



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Modificación de prácticas de crianza: su efecto sobre la nutrición infantil y factores socioemocionales maternos"

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

Ana Cristina Cara García

Directora: Mtra. Assol Cortés Moreno

Dictaminadores: Mtro. Rosendo Hernández Castro

Mtra. Martha Elba Alarcón Armendáriz





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

RESUMEN

Este estudio tuvo como propósito evaluar la efectividad de un programa basado en la promoción de prácticas maternas apropiadas en la crianza sensible y responsiva para mejorar las condiciones de salud y nutrición en infantes y su relación con los niveles de estrés y ansiedad del cuidador. Participaron 13 niños entre 7 y 13 meses de edad con sus cuidadores, un niño con emaciación y dos con desmedro, los 10 casos restantes presentaron pérdidas en más de un parámetro. Se obtuvieron los datos antropométricos de los niños (*ZPE*, *ZLE* y *ZPL*); además se evaluaron las variables mediante los instrumentos CuPRE, IEP e IDARE y los comportamientos en torno a la mesa fueron videograbados y analizados a través del software The Observer video-pro, V. 4.1. Los cuidadores principales puntuaron en términos de medias con índices bajos de estrés en la crianza y altos en ansiedad. Se presentaron cambios favorables respecto a los comportamientos en el contexto de alimentación y en los parámetros de peso y longitud. Los factores socioemocionales y las interacciones al comer sin previo entrenamiento conductual, constituyen elementos de riesgo para las prácticas de crianza y el estado nutricional del niño. Se subraya la importancia de realizar intervenciones a partir de un entrenamiento conductual para favorecer las prácticas de crianza adecuadas, además de implementar entrenamientos que le permitan al cuidador manejar y controlar el estrés, la ansiedad y depresión.

Palabras clave: Prácticas Alimentarias, Intervención Conductual, Desmedro, Responsividad Parental, Factores de Riesgo

AGRADECIMIENTOS

La realización de este trabajo fue ha sido un desafío ya que no solo estaba centrada en terminarlo, me encontraba justo en el momento de consolidarme como una mujer libre, responsable, emprendedora y capaz, durante el proceso, les agradezco a todos el tiempo, la paciencia, las enseñanzas y el amor con el que me apoyaron, los amo.

Primeramente quiero agradecer a mis asesores de reporte, inicio con la Maestra Assol Cortés, gracias por haberme aceptado en el proyecto, por escucharme y asesorarme académicamente, además de siempre fomentar en mí la ética que distingue a un buen profesional en materia de Psicología. Al Maestro Rosendo Hernández, quien siempre me recibió un una sonrisa y con ello hacia amenas mis estancias en el cubículo, le agradezco infinitamente su ayuda y dedicación a mi trabajo. A la Maestra Martha Alarcón por darse la oportunidad de asesorar mi trabajo y hablarme siempre con sinceridad. A la Licenciada Addalid Sánchez por estar conmigo durante el proceso y portarse tan profesional que me parece increíble que una mujer tan joven como tú sea capaz de ser tan profesional, además te agradezco el tiempo extra que pasamos revisando este trabajo.

Le agradezco a mi madre Lourdes García, el creer en mí, el alentarme y exigirme siempre durante mi vida académica dar lo mejor, gracias madre por enseñarme que todo lo bueno amerita grandes esfuerzos, madre contigo siempre estaré agradecida por haberme enseñado a pescar, a dar, a trabajar duro y en conclusión a buscar mi paz y mi felicidad. Amo tu esencia y admiró tus fortalezas. Te amo mamá.

Te doy las gracias padre Alejandro Cara por impulsarme a concluir éste proyecto, siempre haz estado al pendiente de mí y de mis sueños, por apoyarme en todos mis deseos, por reconocerme como un ser humano capaz y talentoso por crear valor en mí, papá, gracias por ser mi amigo y enseñarme que si aplicas el ojo por ojo el mundo se quedaría ciego. Amo tu esencia y admiró los ojos con los que miras el mundo, te amo papá.

Hermana Itzel Cara García, eres mi inspiración, siempre has sido y serás mi mejor amiga, mi compañera, mi primera opción para compartir mis proyectos, desde siempre he querido figurar en tu vida como una persona a la cual puedas admirar para que logres superarte. Eres una persona grandiosa y amo desde que te conocí tu ser, la manera en que brillas.

Gracias por enseñarme a vencerme a mí misma, a ver más allá de lo que puedo percibir, gracias hermana por enseñarme que la vida es hermosa y tiene un camino lleno de oportunidades que se hacen más grandes y palpables cuando haces un buen equipo. Te amo.

Agradecerle a este matrimonio me hace sentir orgullosa tan solo por poderlo hacer, a la señora Luz Ramírez y el señor Gerardo Tejeda Villalón, por haberme apoyado siempre y hacerme sentir como en casa mientras pasaba tardes trabajando en la tesis, les doy las gracias por ser mis amigos, por escucharme, por darme su opinión, por tomarme en cuenta, por enseñarme las bondades de un matrimonio, les agradezco el demostrarme su cariño e invitarme a formar parte de su familia, sin embargo y por sobre todas las cosas les agradezco mucho el haberme permitido conocer a Dios a través de ustedes. Los amo y quiero que sepan que siempre serán parte de mí y de lo que pueda yo enseñar y mostrar al mundo.

Te doy las gracias Gerardo Tejeda mi fotógrafo favorito por acompañarme durante el proceso, por enseñarme a ser más tranquila, por ayudarme a darle valor al silencio, por valorar mis fortalezas, por ayudarme a empoderarme, por exigirme que siempre diera lo mejor de mí, gracias infinitas por ayudarme a equilibrar mi vida, por ser mi amigo y hasta mi tutor, gracias por procurarme y amarme. Quiero darte las gracias sobre todo por darte la oportunidad de crecer y desarrollarte a mi lado, por habernos tocado el alma, te amo.

A mis amigas... ustedes quienes son la familia que escogí para tenerla siempre a mi lado y con quienes he tenido la dicha de compartir momentos increíbles, experiencias sorprendentes, ustedes con quienes amo charlar y soñar, es indispensable reconocerlas a todas porque cada una de ustedes forma parte de mi corazón y seguirá formando parte de mi vida, les dedico este trabajo como fruto del esfuerzo que realice, considérense tías de este proyecto; Jessica Rodríguez, Leslie Mejía, Rubí Escobedo, Natalia Silva, Karen Veloz, Isabel Castro e Ivonne Aguilar a cada una de ustedes les agradezco su compañía y amistad incondicional, las amo.

Por último quiero agradecer al ser más importante que me acompaña siempre y nunca me abandona, gracias Dios por permitir que concluyera esta etapa de mi vida, por darme la salud y la fuerza que necesitaba. Gracias por esta vida tan hermosa.

ÍNDICE

Resumen	2
Agradecimientos	3
Introducción	7
1 Desnutrición en la infancia	8
1.1 Definiciones de la desnutrición	8
1.2 Características de identificación y criterios de clasificación de la desnutrición	11
1.3 Estadísticas	14
1.4 Repercusiones de la desnutrición	17
1.4.1 Físicas	18
1.4.2 Psicológicas	19
1.5 Impacto de la cultura y la sociedad en la desnutrición	20
2 Prácticas y estrés de la crianza	24
2.1 Factores socioemocionales implicados en la crianza	29
2.1.1 Depresión	29
2.1.2 Ansiedad	32
2.1.3 Estrés Parental	35
2.2 El efecto de las intervenciones en crianza	38
Método	44
Resultados	51
Discusión y conclusiones	62
Bibliografía	69
Apéndice	77

Se agradece a DGAPA-PAPIIT IN307914 “Salud y nutrición en el infante: programa basado en la promoción de prácticas maternas apropiadas” el financiamiento otorgado para la elaboración del presente trabajo.

INTRODUCCION

Un aspecto fundamental para una buena salud son los dos primeros años de vida, es un periodo crucial para el desarrollo físico e intelectual del niño, es la etapa de mayor peligro y de daños irreversibles derivados de una pobre condición alimentaria. Dentro de este periodo, los primeros seis meses son relativamente de poco riesgo para la salud y nutrición del niño cuando existe la acción protectora de la lactancia materna, sin embargo, cuando se introduce la alimentación complementaria incrementa el riesgo relacionado con la desnutrición, especialmente si las prácticas de destete y ablactación son incorrectas (Cortés, 2013).

Como bien se conoce, una adecuada alimentación y cuidados por parte de la madre dotan al niño de un desarrollo óptimo. Es imprescindible la importancia que guarda el estado nutricional en la constitución de una persona sana, ya que a partir de las primeras interacciones en cuanto a los comportamientos alimentarios el sujeto adquirirá ciertos hábitos de alimentación que persistirán durante su vida.

Dichos hábitos dependen de las prácticas de crianza que se constituyen por los patrones y creencias de comportamientos en los adultos enfocados a satisfacer las necesidades de supervivencia de los infantes con la finalidad de asegurar una buena calidad de vida al menor, sin embargo, dichas prácticas si se encuentran permeadas por percepciones de malestar como el estrés y la ansiedad en niveles inadecuados llegan a generar varios fenómenos importantes que afectan el funcionamiento de los padres y la adaptación del niño, respecto a la crianza; el papel del cuidador pasa de ser una fuente de protección a un factor de riesgo para el desarrollo del infante.

La importancia de realizar investigaciones que generen cambios conductuales en los cuidadores a través de intervenciones psicoeducativas por parte de un sector de profesionales del área de la salud, se traduce a resultados favorables en el estado nutricional de infantes y a mejorar las percepciones que se generan en torno a la crianza. De modo que, las prácticas de crianza de los cuidadores principales serán sensibles y responsivas con el debido entrenamiento conductual y emocional.

1. DESNUTRICIÓN EN LA INFANCIA

1.1 Definiciones de la desnutrición

En un país como México, en vías de desarrollo, se manifiestan problemas que agravan la salud de los niños, como el caso de la desnutrición que se encuentra entre las principales causas de mortalidad, constituyéndose como un problema de salud pública a nivel nacional (Consejo Nacional de Población, 2005). Es por ello que el presente trabajo se concentra en evaluar cómo las prácticas de crianza repercuten en la nutrición infantil y cómo se asocian a factores socioemocionales en el cuidador. Para generar una comprensión del tema se comienza por abordar los elementos que caracterizan a la desnutrición, en este sentido, se muestran las principales definiciones de algunos organismos internacionales:

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura define en el Estado de la Inseguridad Alimentaria en el mundo, a la *desnutrición* como el resultado de la *subalimentación* la cual consiste en ser un estado del individuo con una duración de al menos un año de incapacidad para adquirir alimentos suficientes para satisfacer las necesidades de energía alimentaria. Por lo que la desnutrición es el resultado de una subalimentación o de absorción y/o uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos como resultado de repetidas enfermedades infecciosas. Comprende la insuficiencia ponderal en relación con la edad, la estatura demasiado baja para la edad (retraso del crecimiento), la delgadez peligrosa en relación con la estatura (*emaciación*, resultante por lo general de una pérdida de peso asociada a un período reciente de inanición o enfermedad) y el déficit de vitaminas y minerales (malnutrición por carencia de *micronutrientes* que hacen referencia a vitaminas, minerales y determinadas sustancias que el organismo necesita en pequeñas cantidades).

El concepto de hambre como se menciona en el Programa Nacional México sin Hambre (PNMsh), se encuentra estrechamente vinculado a la insuficiencia alimentaria y su consecuencia directa es la desnutrición; el hambre en un contexto inmediato en México se define como la situación que enfrenta una persona al encontrarse en pobreza extrema de alimentación, además debe considerar a la persona con hambre como una persona que tiene un ingreso inferior al valor de la línea de bienestar mínimo (es decir, su ingreso corriente

total no le permite adquirir la canasta alimentaria aunque utilice todos sus recursos para ese propósito) y enfrenta tres o más carencias sociales, entre las que se incluye la carencia de acceso a la alimentación (Diario Oficial de la Federación, 2014).

Los pobres extremos de alimentación afrontan un doble reto para acceder a una nutrición adecuada; por un lado tienen problemas para adquirir alimentos por razones económicas (ingresos bajos e insuficientes para acceder a una canasta alimentaria); y, por otro, debido a la alta prevalencia de carencias sociales como el rezago educativo, la falta de acceso a la seguridad social y a los servicios médicos, así como a los rezagos en servicios básicos, calidad y espacios en la vivienda, padecen un bajo aprovechamiento de los alimentos, derivado de factores como malos hábitos y condiciones de salud e higiene deficientes, así como escasos servicios básicos en sus viviendas (DOF, 2014).

Retomando, el organismo United Nations Children's Found por sus siglas en inglés UNICEF, menciona que la desnutrición normalmente es el resultado de la combinación de una ingesta alimentaria inadecuada y una infección. En los niños, la desnutrición es sinónimo de deficiencias en el crecimiento, ya que los niños desnutridos tienen una estatura y un peso menores de lo que deberían tener atendiendo a su edad (Wisbaum, 2011).

En el informe del Estado Mundial de la Infancia de 1998 se habló del término desnutrición definiéndolo como: “las consecuencias de la combinación de una ingesta inadecuada de energía proteínica y micronutrientes con infecciones frecuentes” (UNICEF, 1998).

Así mismo, en el área dedicada a la investigación de la salud del Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI (Márquez, García, Caltenco, García, Márquez & Villa, 2012), llaman desnutrición a aquella condición patológica inespecífica, sistémica y reversible en potencia que resulta de la deficiente utilización de los nutrimentos por las células del organismo, se acompaña de variadas manifestaciones clínicas relacionadas con diversos factores ecológicos, y además reviste diferentes grados de intensidad (grado 0, normal; grado I, desnutrición aguda; grado II, desnutrición crónica recuperada o en homeorresis y grado III, desnutrición crónico agudizada).

En el mismo sentido, Parra, Téllez y Escobar (2003), entienden por desnutrición a la carencia de alguno o de todos los elementos nutritivos causados por deficiencias en la dieta o bien por alteraciones en la digestión o absorción. La desnutrición resulta de la ingestión insuficiente de nutrientes, lo que desencadena una condición patológica debido a la carencia principalmente de proteínas, de carbohidratos y lípidos o deficiencia de oligoelementos esenciales donde se incluye el yodo, la Vitamina A y el hierro (Fe). Además, los autores definen como una adecuada nutrición aquella que contiene un balance entre lo que el organismo requiere y lo que gasta por sus actividades; dicho en otras palabras, un balance entre los macronutrientes (proteínas, carbohidratos y lípidos), los minerales y vitaminas contenidas en la dieta y la energía invertida en el desarrollo de las actividades y rutinas.

Por otra parte, existe una deficiencia que llega a generar confusión en cuanto a la desnutrición, es conocida por el nombre de *anemia* y se define como una disminución en la concentración de hemoglobina, la hemoglobina es una heteroproteína de la sangre de color rojo característico, que transporta el oxígeno desde los órganos respiratorios hasta los tejidos. Según la OMS, se acepta que existe anemia cuando la concentración de hemoglobina en sangre es inferior a los siguientes valores:

- Niños de 6 meses a 6 años 11 gr./dl
- Niños de 6 a 14 años 12 gr./dl
- Varones adultos 13 gr./dl
- Mujer adulta, no embarazada 12 gr./dl
- Mujer adulta, embarazada 11 gr./dl

Algunos de los síntomas que caracterizan a la anemia son: cansancio, fatiga, dolor de cabeza, irritabilidad, somnolencia, manifestaciones en la piel, palidez, fragilidad en uñas, caída de cabello, disminución del volumen de orina, etc. Debido a que los síntomas son muy similares a los de la desnutrición es imprescindible especificar en qué consiste cada una y cuáles son los criterios que la definen, ya que se puede llegar a confundir en el momento de clasificar la deficiencia con desnutrición o viceversa.

Conjuntando las anteriores definiciones se puede entender que la desnutrición es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la consecuente aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención al menor, los hábitos y rutinas de higiene todo esto relacionado a las prácticas deficientes de cuidado y alimentación (Cortés, Romero & López, 2013).

1.2 Características de identificación y criterios de clasificación de la desnutrición

Existen dos métodos para identificar la desnutrición por falta de nutrimentos, el primero se realiza mediante la observación directa, evidenciando los rasgos físicos, por ejemplo: fatiga, falta de inmunidad, un cuerpo demasiado delgado, el cabello quebradizo, falta de ánimo (apatía), manchas en la piel, adelgazamiento de la musculatura, hinchazón de las extremidades (*edema*) y el rostro de una persona adulta, todos estos signos facilitarán el proceso de identificación de la desnutrición. El segundo método de identificación es conociendo la talla, el peso y fecha de nacimiento del niño, a estos datos se les denominan: *antropometría*, se refieren a la utilización de las medidas del cuerpo humano para obtener información acerca del estado nutricional una vez conociéndolos se comparan los datos con los patrones de crecimiento infantil de referencia (FAO, 2015; Organización Mundial de la Salud, 2011).

En síntesis, la desnutrición infantil se manifiesta de diversas formas:

- El niño es más pequeño de lo que corresponde para su edad
- Pesa poco para su altura
- Pesa menos de lo que corresponde para su edad
- Manifiesta síntomas físicos asociados a la desnutrición

Después de llevar a cabo el proceso de identificación, se debe clasificar de acuerdo a los indicadores de peso y talla que tipo de desnutrición es la que presenta el niño, cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias. Por ejemplo, la baja altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el

bajo peso es un indicador de carencias agudas de nutrientes. La UNICEF (2012) tiene distintas categorías de clasificación para la desnutrición:

- Desnutrición aguda (emaciación)

También llamada “emaciación”, la desnutrición aguda se caracteriza por un rápido deterioro del estado nutricional en un breve período. En los niños, puede medirse usando el índice nutricional de **peso por estatura (P/A)** o el perímetro braquial.

- Desnutrición crónica (Desmedro)

La desnutrición crónica, también llamada “retraso del crecimiento”, es una forma de deficiencia del crecimiento que se desarrolla a largo plazo. La nutrición inadecuada durante largos períodos (incluso la mala nutrición materna y malas prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño), así como las infecciones reiteradas, pueden provocar retraso del crecimiento. En los niños, puede medirse usando el índice nutricional de **estatura por edad(A/E)**.

- Desnutrición global (insuficiencia ponderal)

Deficiencia de peso para la edad. Índice compuesto de los anteriores ($P/A \times A/E = P/E$) que se usa para dar atención médica urgente. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición global grave es nueve veces superior que un niño en condiciones normales.

De acuerdo con la severidad, la desnutrición se clasifica de la siguiente forma:

- Desnutrición moderada

Definida como un peso para la estatura de menos dos a menos tres desviaciones estándar del peso promedio para la estatura para la población de referencia.

- Desnutrición grave

Resultado de la deficiencia reciente (a corto plazo) de proteínas, energía, minerales y vitaminas que provocan la pérdida de tejido raso y muscular. La desnutrición aguda se presenta con emaciación (bajo peso para la estatura) y/o edema (retención de agua en los tejidos). Para los niños de 6 a 60 meses, se define como la situación en que el

peso para la estatura es inferior a menos tres desviaciones estándar del peso promedio para la estatura en la población de referencia, o un perímetro braquial inferior a 115 mm, o la presencia de edema nutricional o kwashiorkor marásmico.

Otro tipo de clasificación es el que recuperan Parra, Téllez y Escobar (2003) donde se habla, desde el punto de vista clínico que existen dos tipos de desnutrición grave, el *marasmo* y el *kwashiorkor* (hipoalbuminemia). El *marasmo* es producto de una dieta pobre en proteínas y calorías, en combinación con muchas otras carencias y se caracteriza por un severo retraso del crecimiento. Se desarrolla presentando cuadros de infecciones, diarreas, dolores corporales y enfermedades críticas, físicamente se tendrá un aspecto emaciado por la pérdida de grasa subcutánea e intensa atrofia muscular de otros órganos. Además los niños suelen tener una cara triste, con arrugas, como la de una persona mayor. El *kwashiorkor* cursa con edema de grado variable, desde una forma ligera localizada en pies y tobillos hasta el edema generalizado grave, con párpados hinchados por lo que la órbita se ocluye; el abdomen suele estar distendido y con *ascitis* (acumulación de líquido en el espacio que existe entre el revestimiento del abdomen y los órganos abdominales). Las alteraciones características de la piel incluyen lesiones pigmentadas secas, con *hiperqueratosis* (engrosamiento de la piel provocado por la acumulación excesiva de queratina de células muertas), a veces con descamación frecuentemente en extremidades y cara, aunque pueden extenderse al tronco. El pelo se vuelve seco, quebradizo, lacio y pierde color, volviéndose amarillento o blanco. Pese a no ser una manifestación necesaria para el diagnóstico, el retraso del crecimiento suele formar parte del cuadro clínico del kwashiorkor. Fisiológicamente el kwashiorkor es una desnutrición más compleja que el marasmo porque sus efectos son más amplios debido a deficiencias en aminoácidos específicos y su asociación con enfermedades oportunistas, como la tosferina y la tuberculosis.

Lo que está claro es que, de no tratarse, los niños que presentan cualquiera de esos cuadros clínicos tienen grandes posibilidades de morir de desnutrición severa, tanto el kwashiorkor como el marasmo pueden prevenirse asegurando una ingesta adecuada de alimentos nutritivos y evitando las infecciones reiteradas. También son causa de muerte

formas menos graves de desnutrición, sobre todo porque debilitan la resistencia del niño frente a las infecciones (UNICEF, 1998).

A través de lo que se ha visto, existen criterios específicos para clasificar el fenómeno de la desnutrición, los cuales incluyen signos y síntomas característicos. En la siguiente sección se abordará la problemática de la desnutrición en términos de estadísticas realizadas por la UNICEF y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición por sus siglas ENSANUT, con la finalidad de brindar un panorama mundial y nacional del problema.

1.3 Estadísticas

El hablar de estadísticas se permite conocer qué tan estudiado se encuentra el fenómeno de la desnutrición en diferentes niveles; de modo que a través de estándares de referencia (datos numéricos), se permitirá evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas en distintos niveles.

Por ejemplo, en México el PNMSh se encuentra en vigencia a partir del año 2014 hasta el año 2018 y plantea como principales objetivos que se vinculan con el presente trabajo los siguientes: 1. Cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuada de las personas en pobreza multidimensional extrema y carencia de acceso a la alimentación y 2. Disminuir la desnutrición infantil aguda y crónica, y mejorar los indicadores de peso y talla de la niñez, a partir de los anteriores alcances el PNMSh comprende las acciones de corto y mediano plazo para abatir la pobreza extrema de alimentación, y asegurar el abasto y acceso a alimentos en las regiones de mayor concentración de su población objetivo (DOF, 2014).

Según el Diario Oficial de la Federación (2014), la población en pobreza extrema de alimentación es aquella que presenta al mismo tiempo pobreza extrema y carencia por acceso a la alimentación. El indicador de carencia por acceso a la alimentación hace evidente que el número y la proporción de mexicanos que no gozan del pleno ejercicio del derecho a la alimentación es alta. Esta carencia pasó de 24.3 millones en 2008 a 28.4 millones en 2010, siendo la única de las seis carencias sociales incorporadas en la medición de pobreza que se elevó en ese periodo, para luego disminuir a 27.4 millones (23.3%) en 2012. El mayor número de individuos con esta carencia se encuentra en el sector urbano; en

el 2012 se identificaron 18.9 millones de individuos (21.0% de la población urbana), mientras que en el sector rural se encontraban 8.4 millones de personas en dicha condición (30.9% de la población rural).

El programa pasado de la Secretaría del Desarrollo Social (SEDESOL) llevado a cabo entre los años 2006 y 2012 evidencia que uno de los mayores problemas aún vigente en México, en la población menor de 5 años es la talla baja, la cual indica que el individuo que la padece ha pasado por periodos prolongados de deficiencias nutricias que le impiden crecer y desarrollarse normalmente.

De acuerdo con la ENSANUT, en el año 2012 la prevalencia nacional de talla baja en niños menores de cinco años es de 13.6% y representa una disminución de 1.9 puntos porcentuales con respecto a la prevalencia observada en la ENSANUT de 2006 (15.5%).

La prevalencia de anemia para el 2012 se ubicó en 23.3% para los menores de 5 años de edad, 0.4 puntos porcentuales menor que la prevalencia reportada en el 2006 (23.7%). A pesar de los esfuerzos que se llevaron a cabo para su erradicación, estas cifras permanecen altas.

Esta encuesta refirió que cerca de 765 mil menores de cinco años del nivel bajo clasificados por el ICB (Índice de Condiciones de Bienestar) tienen talla baja (22.9%), 179 mil presentaron peso bajo (5.4%) y 64 mil 500 emaciación (1.9%). Este retardo en el crecimiento lineal es mayor para los menores que habitan en las localidades rurales (27.4%) en comparación con las urbanas (18.5%). Por otro lado, los niños que presentaron peso bajo fueron poco más de 106 mil en localidades rurales (6.5%) en comparación con 72,500 en localidades urbanas (4.2%). Si se compara con el resto del país, se infiere, que la situación de la talla baja empeora hasta 9.3 puntos porcentuales (pp), para los niños que pertenecen a las familias en las peores condiciones de bienestar (13.6 vs. 22.9%).

Con base en el análisis de la información de la ENSANUT 2006 y la actual de 2012, se rescata la documentación sobre el retardo en el crecimiento (baja talla) ya que continúa siendo un problema de salud pública que afecta principalmente a los niños más pobres del país. La anemia afecta mayormente a los niños pertenecientes al cuartil más pobre, y sobre

todo a los niños de 1 a 2 años de edad (Shamah, Rivera, Villalpando, Cuevas & García, 2012).

La UNICEF es la organización que nos brinda un panorama amplio de la desnutrición infantil en el mundo en desarrollo, en sus estudios se menciona que cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Un 90% vive en Asia y África (su principal región vulnerable está formada por cuatro países Etiopía, Kenia, Somalia y Yibuti). El 80% de los niños con desnutrición crónica vive en 24 países. De los 10 países que más concentran población en estado de desnutrición, seis están en Asia (Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán), debido en parte a la elevada población que registran. Se calcula que tres de cada diez niños desnutridos en el mundo viven en India. Así mismo se afirma que el 20% de los niños más pobres del mundo tienen alrededor del doble de probabilidades que el 20% de los más ricos de sufrir retraso en el crecimiento debido a la mala alimentación y de morir antes de su quinto cumpleaños. Los niños de las zonas rurales sufren una desventaja similar en comparación con los que viven en las zonas urbanas (Wisbaum, 2011; UNICEF, 2014).

En el mismo sentido la UNICEF (2013) en el informe mundial: “Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress”, describe el panorama a través de estadísticos por criterios de clasificación:

- Desnutrición crónica

La prevalencia global de desnutrición crónica ha disminuido un 36% en los últimos 20 años, pasando de una estimación del 40% en 1990 al 26% en 2011. Mientras que cada región ha observado una reducción en la prevalencia de desnutrición crónica, los mayores descensos se registraron en Asia oriental y el Pacífico. Esta región ha experimentado una reducción del 70% desde 1990, pasando del 42% en 1990 al 12% en 2011.

- Desnutrición global

A nivel mundial, la prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) ha disminuido del 25% en 1990 al 16% en la actualidad – una reducción del 37%. Se estima que

101 millones de niños menores de 5 años padecían desnutrición global en 2011, lo que representa aproximadamente el 16% menores de 5 años en el mundo.

- Desnutrición aguda

A nivel mundial, 52 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición aguda (bajo peso para la estatura) de forma moderada o grave: una disminución del 11% de un estimado de 58 millones en 1990. A nivel mundial, más de 29 millones (5%) de niños menores de 5 años sufren desnutrición aguda. La prevalencia más alta se encuentra en el sur de Asia, donde aproximadamente uno de cada seis niños sufre desnutrición aguda de forma moderada o grave. La tasa es más alta en la India, donde más de 25 millones de niños sufren desnutrición aguda.

- Bajo peso al nacer

Más de 20 millones de niños en todo el mundo (una estimación del 15% de los infantes) nacieron con bajo peso en 2011. India representa más de un tercio de la tasa global.

1.4 Repercusiones de la desnutrición

La desnutrición es una enfermedad que involucra signos físicos y psicológicos en su evolución, ya que no sólo afecta al desarrollo físico del infante sino a la salud mental. Aunado a esto, la familia que vive la desnutrición es quien se ve afectada, por ello se involucran las esferas a nivel social y cultural. Una persona que sufrió de desnutrición a lo largo de su desarrollo tendrá diversas repercusiones de salud en su vida adulta, no tan solo serán las ya conocidas como desarrollo psicomotor limitado y estatura baja, si no que estas deficiencias podrán traducirse en la vida adulta en enfermedades crónicas, ya que éstas tienen su origen en el período fetal o postnatal temprano, afectando directamente el desarrollo de órganos y tejidos como el hígado, los riñones y el cerebro (Cornelio, 2007; Cortés, Romero & López 2013; Garófalo, Gómez, Vargas & Novoa, 2009; Cortés, Romero, Hernández & Hernández, 2004; Ignacio & Pérez 2009; Parra et al, 2003; Villacís 2004).

A continuación se van a abordar las repercusiones a distintos niveles: físico, psicológico, social y cultural de la desnutrición con la finalidad de esclarecer el panorama que envuelve el fenómeno.

1.4.1 Físicas

La salud física es un aspecto que debe cuidarse y fomentarse desde la infancia con una adecuada nutrición, sin ella los efectos que se manifestarán en el cuerpo podrían repercutir a lo largo de la vida.

De esta manera, Ignacio y Pérez (2009) mencionan que si la falta de una alimentación adecuada se prolonga, la desnutrición se agrava y presentan signos físicos como:

- Pérdida permanente de peso
- Desgaste de grasa y músculo
- Detención de su crecimiento y desarrollo
- Hinchazón sobre todo de piernas, brazos y cara
- Delgadez excesiva (demasiado flaco)
- Problemas de la piel
- Debilidad del cabello

Algunos signos físicos de cualquier tipo de desnutrición muy general identificados por Villacis (2004), como fatiga, irritabilidad y letargo, además de la diarrea y la neumonía que son afecciones comunes entre los niños que padecen esta enfermedad, estos síntomas son denominados efectos a corto plazo. A medida que continúa la privación de proteínas, se observa un retraso en el crecimiento, pérdida de la masa muscular, inflamación generalizada (edema), atrofia muscular (se observa un desarrollo inadecuado de los músculos) y disminución de la inmunidad, siendo común un gran vientre protuberante, a estos signos se los conoce como efectos a largo plazo.

Aparte de este tipo de manifestaciones físicas visibles, Parra, Téllez y Escobar (2003) reportan que el desarrollo orgánico del individuo, una vez pasadas la lactancia, la primera niñez, tomando en cuenta las condiciones nutritivas que haya tenido durante la vida

intrauterina y el periodo posnatal, los requerimientos nutricionales deficientes durante estas fases críticas de la vida pueden dar origen a graves alteraciones del sistema nervioso central y de otros órganos, fomentando repercusiones serias y definitivas en la vida adulta.

La inadecuada absorción o utilización de los nutrientes debido a la desnutrición puede ocasionar a largo plazo enfermedades renales crónicas, enfermedades cardiopulmonares, digestivas, pancreáticas o hepáticas, el cáncer, los errores del metabolismo y otras enfermedades similares. Entre los gérmenes que atacan con más frecuencia a las personas desnutridas especialmente a los niños y que constituyen la principal causa de mortalidad infantil, están el virus del sarampión, el virus del herpes, el de la hepatitis, el bacilo de la tuberculosis y los hongos (Parra, Téllez & Escobar, 2003).

1.4.2 Psicológicas

La desnutrición esta intrínsecamente relacionada con la formación del desarrollo del Sistema Nervioso Central, si la desnutrición sucede en los primeros años de vida, se retrasa el crecimiento cerebral, afectando el desarrollo psicomotor, coeficiente intelectual y capacidad de aprendizaje (Cornelio, 2007; Garófalo, Gómez, Vargas & Novoa, 2009).García, Parra y Díaz (1994) señalan que el deterioro observable en el desarrollo intelectual como consecuencia de la exposición a la desnutrición repercute en algunas de las funciones intelectuales que se comparan con la de síndromes asociados al daño cerebral.

En el mismo sentido, Villacis (2004) argumenta que los niños con desnutrición tienden a presentar los siguientes signos psicológicos: alteración en el desarrollo del lenguaje, alteración en el desarrollo motor y alteraciones en el desarrollo del comportamiento (irritabilidad, indiferencia u hostilidad).

Cortés, Romero, Hernández y Hernández (2004), quienes recuperan los efectos a nivel psicológico que provoca la desnutrición mencionan que las consecuencias adversas de la desnutrición crónica en el desarrollo físico y psicológico del niño han sido documentadas en diversos estudios; puntualizan sobre los cambios estructurales y bioquímicos en el sistema nervioso central que pueden alterar el funcionamiento y limitar las capacidades de aprendizaje. Así mismo hablan de los efectos en el comportamiento y se reportan de manera generalizada, irritabilidad, apatía, llanto monótono, falta de atención, de

exploración y de responsividad social, además de tolerancia reducida a la frustración, falta de iniciativa, de independencia y disminución pronunciada en el desarrollo lingüístico y educativo.

Entre algunos factores que afectan de manera negativa el desempeño de los niños en la escala de Bayley de desarrollo infantil y contribuyen a que dichos efectos perduren, son por ejemplo, el subconsumo de alimentos, porque el desarrollo físico de los menores se ve limitado y la actividad física disminuida al compararse con la de niños bien nutridos, la apariencia del infante desnutrido induce a que los contactos de los cuidadores sean escasos y su conducta sea reservada para niños de menor edad; el niño tiene menos probabilidades de explorar su medio y, por tanto, las habilidades motoras, sociales y de aprendizaje no alcanzan los niveles que caracterizan el desarrollo en condiciones óptimas. Debido a que estos factores repercuten directamente en el niño, él irá perdiendo la capacidad de adaptarse y enfrentar las demandas sociales que le sucederán (Cortés, Romero, Hernández & Hernández, 2004).

Así mismo, se ha demostrado que las interacciones cálidas y sensibles entre los cuidadores y los infantes pequeños contribuyen a una unión segura en la lactancia. La formación de una unión segura es un hito del desarrollo emocional que proporciona la base para relaciones posteriores sanas. El desarrollo saludable de los humanos se origina en la práctica de la conducta alimentaria y esta depende de dos factores, la elección de los alimentos y la respuesta del cuidador en el contexto de alimentación hacia el niño pero se ve permeada por factores relacionados a la percepción del ambiente en que se encuentra el cuidador, dentro de los que figuran: el estrés, la ansiedad y la depresión (Black & Aboud, 2011; Cortés, Romero, Hernández & Hernández, 2004).

1.5 Impacto de la cultura y la sociedad en la desnutrición

Los niños con desnutrición crónica diagnosticada, van a ver afectado su desarrollo físico e intelectual a corto, mediano y largo plazo, permeando no sólo su futuro sino el de sus familias, comunidades y sociedad en general. En los países en desarrollo el 40% de los niños y jóvenes más pobres están desnutridos. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la

utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación (Wisbaum, 2011).

Hacerse cargo del problema de la desnutrición infantil no es exclusivamente un imperativo moral para los gobiernos y la sociedad, sino también un problema social y económico. Este daño no sólo afecta al individuo sino a la sociedad entera, ya que la principal riqueza de un país reside en su capital humano, y si éste se encuentra dañado, se diluye la posibilidad de crecer en un futuro cercano. Este flagelo afecta de manera importante los costos operacionales en los sectores de la salud y la educación de los países, pero su mayor impacto está en las pérdidas de productividad (Martínez, 2005).

Para la sociedad es de vital importancia atender a la desnutrición en niños menores de dos años, ya que a esta edad puede ser tratada, además es el momento ideal para mejorar la calidad de vida del infante y de la familia, una de las formas de tratamiento de dicha problemática es instruir al cuidador principal sobre las prácticas de crianza adecuadas que favorecen el conveniente estado nutricional del menor.

En un estudio realizado por Hernández, Marín, Medina, Santana, Ordoñez y Cabrera (2014) acerca de la percepción social sobre la alimentación y negociación cultural en madres con hijos menores a cinco años que presentaban desnutrición, se encontró que las madres cuentan con creencias populares que limitan el tratamiento médico-nutricional respecto al control del peso. Es por ello que las madres no cambian fácilmente sus prácticas a pesar de que reciben información constante en diversos programas asistenciales de los cuales son beneficiarias, esto puede deberse a que no se establece desde un inicio una relación de confianza entre el nutriólogo-paciente, por lo que es necesario el establecimiento de una relación de confianza, explicándole las opciones de tratamiento para que escoja y de esta manera se sienta involucrada en la problemática de sus hijos, por otro lado, cuando la madre haya adquirido las habilidades necesarias, en ese momento se debe de continuar y dar seguimiento a través de programas educativos para mejorar la adherencia al tratamiento nutricional de sus niños, por lo que proponen el desarrollo de manera efectiva de una política de salud intercultural, que consiste en aceptar la legitimidad del

modelo de salud y enfermedad del usuario, en otras palabras, que el profesional comparta el mundo simbólico del usuario, comprendiendo, respetando e incluso integrando los elementos culturales que considera relevantes para brindar la atención al usuario, también se refiere a poner en práctica cinco elementos de la comunicación intercultural: escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar.

De modo que algunas culturas consideran a la práctica alimentaria como un acto de socialización, ya que es el momento en que el cuidador puede moldear al niño a adoptar formas de la cultura, también es visto como un proceso bidireccional cuidador-niño en el que colaboran para ajustarse a la cultura y por ende a los alimentos que se consumen (Black & Aboud, 2011), de modo que, el ejercicio de la crianza forma parte del proceso de socialización y aprendizaje para los integrantes que conforman la diada y durante el desarrollo ambos deben permanecer expectantes en sus interacciones con los otros. Dichas interacciones permitirán al cuidador aprender a reconocer las causas directas de la desnutrición tal como la mala elección de los alimentos.

El Director ejecutivo de la UNICEF menciona:

“En el mundo se producen alimentos suficientes para satisfacer las necesidades de todos los hombres, las mujeres y los niños que lo habitan. Por lo tanto, el hambre y la desnutrición no son consecuencias sólo de la falta de alimentos, sino también de la pobreza, la desigualdad y los errores en el orden de las prioridades.”(Wisbaum, 2011, pág. 5)

Lo anterior expresa la importancia de la equidad respecto a la repartición de los recursos, es por ello, de vital importancia la labor del PNMSh ya que permite disminuir la desnutrición infantil y minimizar las pérdidas post-cosecha de alimentos durante su almacenamiento, transporte, distribución y comercialización.

Según Martínez (2005) en México se atienden los compromisos que la FAO planteó ya que es más barato invertir en erradicar la desnutrición infantil en el país que sufrir sus consecuencias sociales y económicas. Para lograrlo se requieren además de recursos económicos, políticas técnicamente bien definidas y modelos de gestión que maximicen el

impacto, la eficiencia, el compromiso y participación activa de todos los sectores de la sociedad.

Uno de los sectores de la sociedad que puede ayudar a cumplir los objetivos que plantea Wisbaum (2011), es el sector de la participación social a través de la investigación, pues este permitirá cumplir con el proceso de informar a la sociedad, en especial los profesionales en el campo de la psicología, permitirán ayudar a la sociedad a conocer e implementar las herramientas necesarias para que exista un cambio que beneficie el estado nutricional de los niños y combata la desnutrición.

Para avanzar con mayor claridad respecto de la función del psicólogo en el problema de la desnutrición infantil, se abordará la importancia de las prácticas parentales, así como de los factores emocionales asociados a éstas, y su función como un factor de riesgo o protección para el desarrollo, la nutrición y la salud del niño.

2. PRÁCTICAS Y ESTRÉS DE LA CRIANZA

Con la finalidad de conocer la importancia de las prácticas de crianza y su vinculación con los factores socioemocionales implicados en la crianza es necesario definir los conceptos, haciendo hincapié en la cultura, las creencias, patrones y contexto, además de las investigaciones realizadas en torno al tema.

A través de lo abordado en el apartado anterior se ha demostrado que la desnutrición está estrechamente relacionada con causas del macrosistema, tales como: características étnicas y culturales, tradiciones y creencias de la comunidad, políticas públicas de educación, políticas y reformas de salud y alimentación, aspectos que impactan el ambiente inmediato en el desarrollo del niño y que afectan de manera directa las acciones de cuidado en el microsistema: nivel económico familiar, nivel educativo de los cuidadores, tipo de familia o número de miembros de la misma, fuentes de información sobre cuidados, alimentación y salud a las que recurren los cuidadores y en general aspectos del microsistema y el mesosistema (Cortés et al. 2006; García et al., 2015), sin embargo, los factores que competen a esta investigación se encuentran estrechamente relacionados con los factores psicológicos que afectan las *prácticas de crianza* dentro del microsistema.

Las prácticas de crianza son en los primeros dos años de vida, un factor de predisposición de comportamientos, hábitos, actitudes, costumbres y creencias para cualquier ser humano, pues es el periodo donde se aprenden las interacciones con los otros, además de los hábitos y las creencias. La crianza es una actividad multifacética, ya que los padres deben dar respuesta a varios aspectos en diversas circunstancias, por lo que resulta una tarea compleja y no fácil de realizar. Cuando se comienza a desempeñar la crianza, los padres tienen expectativas que esperan cumplir y que no siempre quedan satisfechas ya que la crianza es un trabajo difícil que implica que el progenitor o cuidador se involucre activamente para contribuir al pleno desarrollo físico y psicológico de los hijos en pro del adecuado desarrollo del menor (García, Robles & Van Berneveld, 2015).

Para Evans y Myers (1994), las *prácticas de crianza* son la manera en que los padres orientan el desarrollo del niño/a y le transmiten un conjunto de valores y normas que facilitan su incorporación al grupo social. De modo que, son las acciones llevadas a cabo

por los padres o personas responsables del niño para responder a las necesidades de su desarrollo. Es imprescindible distinguir que:

“La crianza consiste en prácticas que están ancladas en patrones y creencias culturales. Puesto en los términos más sencillos, los dadores de cuidados tienen una serie de prácticas/actividades que están disponibles para ellos. Estas han sido derivadas de patrones culturales, de ideas de lo que debería hacerse, y que constituyen en las prácticas aceptadas o normas. Estas a su vez, están basadas en creencias acerca de por qué una práctica es mejor que otra. Las prácticas, patrones y creencias afectan el estilo y la calidad del cuidado.” (Evans & Myers, 1994, Pp. 3)

Las prácticas incluyen una serie de actividades, entre las que se destacan, garantizar el bienestar físico del niño (manteniéndolo sano y a salvo del daño, proveyéndole refugio, ropa, además de prevenir y atender cuando esté enfermo), promover el bienestar psico-social del niño (proveyéndole seguridad emocional, socialización, nutriendo y dando afecto), apoyar el desarrollo físico del niño (alimentándolo, bañándolo y permitiéndole el acceso a lugares seguros para jugar y explorar) y promover el desarrollo mental del niño (estimulación y juego) (Evans & Myers, 1994). De modo general, estas prácticas son llevadas a cabo dentro de las familias sin importar que este proceso de crianza exija por parte de los cuidadores tiempo, esfuerzo físico y emocional, capacidad de solución de problemas, autorregulación y sensibilidad para promover un conveniente desarrollo físico, comportamental y cognitivo que impactará en el niño directamente en el papel del padre o madre que desarrollara para su vida adulta.

Una práctica de crianza deficiente, esto quiere decir, carente de sensibilidad, responsividad, herramientas y mecanismos en torno a las interacciones en la mesa, será un preámbulo para que el infante desarrolle comportamientos pocos responsivos en el contexto de alimentación y por lo tanto, presente alguna clase de desnutrición. En la crianza se involucran dos procesos psicosociales, los patrones y las creencias; respecto a la pauta o patrón, ésta tiene que ver con el canon que dirige las acciones de los padres, esto es, con el orden normativo que le dice al adulto qué se debe hacer frente al comportamiento de los niños. Éstas, se constituyen en portadoras de significaciones y representaciones sociales,

puesto que cada sociedad y cultura define explícita o implícitamente qué es la infancia, cuáles son sus características y en consecuencia, que pautas de crianza se deben seguir para el cuidado de los niños, todo esto a partir de la representación de cada persona en cuanto a cómo vivió su infancia. Por otra parte, las creencias se refieren a las explicaciones que dan los padres sobre la manera como orientan las acciones de sus hijos. Se trata de un conocimiento básico del modo en que se debe criar a los niños, son explicaciones y certezas compartidas por los miembros de un grupo que brindan seguridad al proceso de crianza. Se definen como las explicaciones de por qué las pautas y prácticas son como son o como deberían ser, pues permiten a los padres justificar su proceder buscando legitimar su conjunto de creencias en la sociedad (Cuervo, 2010; Evans & Myers, 1994).

Tanto los patrones y las creencias en torno a la crianza se involucran en el desarrollo del niño, ya que algunos factores que los afectan se relacionan con la búsqueda de la aprobación de médicos, familiares y amigos. De modo que los primeros factores que afectan las prácticas de crianza resultan ser los relacionados a las creencias que se formulan y los patrones que se siguen; sin embargo, no son únicos, también existen los modos de crianza, esto es, las diferencias que se hayan entre como la madre duerme al niño a diferencia de otro, por ejemplo, es peculiar que las madres acostumbren a sus hijos a las papillas como primer alimento sólido, sin embargo, el modo se refiere a la clase de papilla que acostumbren darle, enlatada o casera. Otro ejemplo muy cercano a la realidad es el uso de la televisión durante la hora de alimentarse, hay madres que acostumbran sentar a sus hijos frente al televisor con la creencia de que el niño solo se esforzará por comer evitando la distracción a otras actividades, otras optan por apagar el televisor durante la comida ya que ven al televisor como un factor de distracción. Dicho modo de crianza, depende de los patrones y creencias en los que los cuidadores basen sus comportamientos, de manera sencilla lo que constituye al modo es la acción que se realiza en torno a la crianza.

Otro factor de la crianza que repercute en el desarrollo es la falta de información respecto a la edad adecuada para iniciar el periodo de la introducción de alimentos complementarios, pues se está en mayor riesgo de padecer fallo en el crecimiento, este fallo puede ser el resultado de una nutrición inadecuada en el periodo de lactancia, de modo que, es importante conocer los alimentos que están disponibles para los niños dentro del

contexto en que se encuentran, los que son elegidos, la manera en que son ofrecidos, cuándo y dónde se ofrecen, para evaluar qué comportamiento de la diada podrá estar causando reacciones negativas en las interacciones al comer y conllevar a la presencia del fallo en el crecimiento (Cortés-Moreno & Méndez-Lozano, 2011; Evans & Myers, 1994).

Cortés, Romero y Flores (2006) señalan que en diferentes investigaciones reportadas en el campo de la psicología se menciona el papel que juegan las prácticas de crianza como reguladoras del estado de salud infantil, en ellas se ha observado que los niños con desnutrición reciben menor estimulación debido a que los cuidadores son poco responsivos o negligentes en la satisfacción de sus necesidades. Estas condiciones explican parte de las demoras en el crecimiento físico y en el desarrollo motor, cognoscitivo y socio-emocional de los infantes con desnutrición. Por lo que se asume que, no sólo la falta de alimentos constituye un factor de riesgo, sino también los patrones de cuidado y atención que se dirigen al infante, sobre todo en sus primeros años de vida.

Existen múltiples factores que afectan las prácticas de cuidado infantil relacionadas con la alimentación, la preservación de la salud y el desarrollo, entre los que destacan la falta de recursos conductuales relacionados con bajos índices de escolaridad, un ambiente familiar caracterizado por la desorganización y desajustes afectivos como la depresión, la ansiedad y el estrés de la crianza (Cortés-Moreno & Méndez-Lozano, 2011).

Las dificultades contextuales inmediatas que problematizan la crianza también constituyen un factor que afecta la crianza de los hijos, tales como: un nivel socioeconómico bajo, nivel cultural de los padres, costumbres, sexo del infante, percepción que realiza el padre sobre su comportamiento en la crianza, hábitos, ideas del proceso evolutivo y las expectativas de logro que tienen puestas en sus hijos, además de los factores relacionados con la comunidad, tales como el impacto del ambiente en el niño, las expectativas moralmente atribuidas, las características físicas de la vivienda y el contexto histórico (Cortés & Avilés, 2011; Cuervo, 2010; Gaxiola, Frías & José, 2011; Franco, Pérez & Pérez, 2014; Fornós, 2001; Palacios, 1987; Ramírez, 2005).

Distinto a los anteriores factores que perturban la crianza se encuentran los relacionados con los factores socioemocionales, la percepción de los padres sobre el llanto

de los hijos, la desobediencia y la interrupción, son los problemas que demeritan la calidad de la relación emocional (Ramírez, 2005).

Existen diversos factores biopsicosociales relacionados con la salud mental de los padres y cuidadores que generan estrés, depresión, agresividad u otras alteraciones que a su vez afectan las prácticas de crianza y las relaciones con los hijos. Abidin (como se citó en Quihui, 2003) menciona algunas repercusiones directas causadas por factores socioemocionales negativos; por ejemplo, los eventos de vida estresantes, tienen efectos sobre la relación funcional diádica, incluso, el estrés en los padres tiene relación con el infante que es muy irritante.

Las condiciones de crianza apropiadas como proporcionar el alimento correcto al niño, atender a sus necesidades de alimentación e higiene, procurar tiempo específico para el descanso y juego, operan como un elemento promotor del desarrollo y con ello compensan la falta de recursos económicos en la familia o la existencia de factores ambientales desfavorables. A través de las prácticas de crianza sensibles y de calidad, por ejemplo, atender a los intentos del niño por llevarse el alimento a la boca o atender a la señal que emite cuando está saciado, estos comportamientos pueden asegurar la alimentación correcta del niño para prevenir la desnutrición, y en caso de haberla padecido pueden revertirla o minimizar las consecuencias negativas sobre el desarrollo psicológico (Cortés & Avilés, 2011).

Para concluir el punto, los factores macrosociales (estructura económica-social, cultura y creencias sociales) afectan a los factores microsociales (condiciones de vida, dinámica y ambiente emocional familiar y pautas de crianza, entre otros) que determinarán el cauce del desarrollo del niño.

De manera más específica, las habilidades para proporcionar el alimento, las estrategias empleadas para conseguir su consumo, herramientas del cuidado infantil a través de la estimulación adecuada y un ambiente familiar cálido, libre de violencia y con apoyo hacia la madre en función de la crianza fomentará un óptimo desarrollo del niño que además permitirá a los cuidadores gozar de un adecuado ejercicio de la crianza, ya que

dichas herramientas facilitan el vínculo socioemocional que se genera en la relación diádica (Cortés & Avilés, 2011).

2.1 Factores socioemocionales implicados en la crianza

La depresión, ansiedad y el estrés están asociados a los problemas familiares tales como los problemas socioeconómicos, conflictos familiares, falta de redes de apoyo, percepción sobre la crianza, etc. (Cuervo, 2010). Como se ha visto, estas variables afectan las prácticas de crianza y, por lo tanto, se afecta la atención que se brinda al niño durante el contexto de la alimentación fomentando una condición nutricional deficiente. A continuación se abordarán los factores que afectan la crianza, su definición y las investigaciones encontradas respecto al tema.

2.1.1 Depresión

Una de las principales causas de bajo desempeño en la crianza por parte del cuidador se relaciona con la depresión, es un problema de salud pública generalizado que afecta el bienestar, la manera de vivir, la actitud y la manera de ver la vida de las mujeres en los países desarrollados y en desarrollo. La trascendencia de este padecimiento es discapacitante en las esferas de los individuos, además puede llegar a hacerse crónico o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo, en la escuela o en la familia y la capacidad para afrontar la vida diaria (Hughes, Power, Liu, Sharp & Nicklas, 2015; OMS, 2015; Stewart, 2007). La depresión se define como una serie de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro; mismas que conllevan a una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información, de esta manera, las emociones y conductas típicas de la depresión están determinadas por la forma en que la persona depresiva percibe la realidad (Beck, 1972, como se citó en Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000).

La depresión materna se refiere a la depresión durante el embarazo y entre el primer y segundo año después del parto. La depresión postnatal es un factor de riesgo para el deterioro psicológico y emocional que resulta en déficits persistentes en la edad escolar. Esta comprensión impulsó investigación para determinar si se impacta sobre la salud física infantil, en particular el crecimiento, se predijo que impactaría más gravemente en el

crecimiento infantil en entornos que son hostiles a la crianza del niño (en términos de recursos económicos, la higiene y la disponibilidad de atención médica) (Hughes et al., 2015; Stewart, 2007).

Hughes et al. (2015), realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar cómo los síntomas depresivos y el estrés de los padres influye en la naturaleza de los estilos de alimentación en familias de bajos ingresos, ocuparon una metodología de cohorte transversal, midieron la depresión materna pre y post parto mediante la Escala de Depresión Pre y Post Natal de Edimburgo, además se utilizó la entrevista clínica y un cuestionario de rutina proporcionado por la OMS. Los resultados demuestran que la depresión se asocia con el bajo peso infantil, aunque después del ajuste no fue significativa (de OR 3.2 IC 95%: 1.1 a 9.5 a OR 3.1, IC 95% 0.9-9.7), la depresión que ocurre en el primer mes post-parto se asoció significativamente con el bienestar infantil y el bajo peso (OR 5.0 IC 95%: 1.0-24.0) y permaneció después de un análisis multivariado (OR 7.8, 95% CI 1.6-38.5). Por lo que ellos concluyeron que los estilos de alimentación en los que se involucra el estado emocional depresivo tienden a estar asociados con el bajo peso y la obesidad infantil, proponen la promoción de la dinámica de comer entre padres e hijos para favorecer las conductas alimentarias, esta información es útil para estudios de prevención dirigidos a cambiar las conductas de los padres que tienen un impacto negativo en el desarrollo de conductas alimentarias.

La depresión materna se caracteriza por una gran tristeza, escasa energía, falta de motivación y entusiasmo en la crianza de los hijos. También puede llevar a la pérdida de la esperanza, a dudar de sí misma y a sentirse culpable por no ser la clase de madre que ella quiere ser. La depresión es un problema familiar. Cuando una madre sufre de depresión, los síntomas que ella tiene pueden afectar a toda la familia (Mental Health America, 2008). Algunas de las repercusiones más notorias del estado anímico de las madres depresivas son las que repercuten sobre el desarrollo infantil, ya que una madre deprimida desatiende la estimulación que otorga a su hijo y la calidad de su interacción cuidador-niño disminuye, teniendo repercusiones a nivel de maduración cognoscitiva y repertorios conductuales en los infantes; así mismo el impacto de la depresión materna en relación con las interacciones del infante repercute en el desarrollo de comportamientos poco activos desde los tres meses

y persisten sobre el primer año, si persiste la depresión en la madre (Vera & Domínguez, 1996).

Antes de abordar investigaciones tocantes a la competencia social y parental que de ella se deslinda es importante integrar las definiciones que permiten lograr el mejor entendimiento del tema, las competencias sociales se definen como la capacidad de las personas para generar y coordinar respuestas (afecto, cognición, comunicación, comportamiento) flexibles y adaptativas a corto y a largo plazo ante las demandas asociadas a la realización de las tareas (Masten & Curtis, 2000, como se citó en Sallés & Ger, 2011). Específicamente las competencias parentales se definen como el conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de forma flexible y adaptativa la tarea vital de ser padres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos y con los patrones y creencias aceptadas por la sociedad (Rodrigo, Márquez, Martín & Byrne, 2008, como se citó en Sallés & Ger, 2011).

Los problemas emocionales de los padres como la depresión, influyen en sus competencias sociales y por ende en el desarrollo de los individuos, generándoles modelos inadecuados o prácticas negativas para su desarrollo. Entre las investigaciones sobre depresión y pautas de crianza se encuentran las de Knoche, Givens y Sheridan (2007) los cuales identificaron relaciones entre depresión materna, sentido parental y el desarrollo cognitivo de los hijos medido con la Escala de Bayley de Desarrollo Infantil. Las madres reportaron altos niveles de depresión que se relacionaron con altos niveles de sentido de competencia parental y puntuaciones elevadas en Bayley, por otra parte, los hijos de madres con altos niveles de depresión y bajos niveles de sentido de competencia parental reportaron menores puntuaciones en el Bayley. No se encontró una relación significativa entre los niveles de depresión y el desarrollo infantil pero sí entre el puntaje de la Escala de Bayley y el sentido de competencia. Estos resultados sugieren que las posteriores investigaciones deben centrarse en el efecto que tienen las competencias parentales de los cuidadores respecto a la manifestación de la depresión.

En otra investigación realizada por Montiel y Vera (1998a), se aplicó el Inventario de Estrés Parental (IEP), para evaluar áreas de la personalidad del cuidador en relación a la crianza, tal como la depresión, se demostró que la dimensión de las características de la

madre con puntajes altos, refleja un sentimiento de incompetencia para las tareas de la crianza y muestra áreas de naturaleza disposicional que contribuyen a los problemas de interacción (depresión, infelicidad, apego parental, restricción impuesta por el papel de madre, sentimiento de competencia de los padres, aislamiento social y salud de la madre).

Brown y Harris (como se citó en Vera, 1989), analizaron la relación entre apoyo social y depresión, tomando medidas de estrés y soporte social independientes de la sintomatología; su investigación confirmó cómo el grado de soporte o integración social son elementos mediadores en la depresión; siendo las mujeres más aisladas (sin trabajo externo, sin confidente o relación satisfactoria con un hombre), ya que estaban confinadas en su casa con tres o más hijos pequeños las que presentaban una mayor depresión.

Comúnmente, la persona deprimida se encontrará inmersa en un ambiente en el que se presenta la falta o escasez de contacto y apoyo social estables (la ausencia de una red de familiares, amigos y conocidos), que ayude moral, emocional e instrumentalmente a los cuidadores, pues resultan ser factores que tienen un papel directo de facilitación de síntomas físicos y psíquicos (Vera, 1989).

Por lo general y debido a la baja energía para realizar las actividades cotidianas a causa de la depresión materna, tienden a descuidarse aspectos relacionados con el cuidado del niño, tales como la capacidad de solucionar problemas en torno a comportamientos en la mesa, las negativas del niño, sus distracciones y hasta llegar a menospreciar sus intentos por llevarse a la boca el alimento, evidentemente estos comportamientos constituyen interacciones desfavorables que demeritan el estado nutricional del niño y su desarrollo, pues durante el periodo postnatal infantil la exposición a la depresión postparto se asocia con un mayor riesgo para el crecimiento, atenuada durante los 2 primeros años de vida la depresión materna explica algunos de los trastornos alimentarios en los niños, una madre deprimida en un entorno hostil puede resultar especialmente difícil que asegure la adecuada alimentación de su hijo (Stewart, 2007; Wojcicki et al., 2011).

2.1.2 Ansiedad

Tanto la depresión como la ansiedad son experiencias comunes en los seres humanos, dado que son diversas las situaciones que pueden generarlas. Sin embargo aunque comunes, no

han de asumirse como poco importantes y dañinas. Al hablar particularmente de ansiedad se hace alusión a una emoción constituida por cogniciones, recuerdos, anticipaciones y comportamientos específicos acompañados de un fuerte componente somático. La ansiedad es un estado que se asocia a la crianza de los hijos y se presenta en los cuidadores, de modo que repercute en la crianza y en el desarrollo del menor; está alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso (Delgado & Gómez, 2015).

Lazarus y Folkman (como se citó en Vera, 1989), consideran a la ansiedad como: a) una respuesta inmediata al estrés incontrolable; b) una respuesta emocional construida sociocognitivamente, es decir, una "etiqueta" o representación social impuesta a un conjunto de situaciones y estímulos externos (respuesta a la amenaza de un hecho que se valora y que no se sabe si se puede controlar), de índices fisiológicos (alta activación del sistema nervioso central), y de gestos expresivos (expresión facial de preocupación, conducta "acelerada"); c) una respuesta emocional asociada al fracaso de realizar las respuestas emocionales (expresivas, por ejemplo), derivada a partir de las normas emocionales culturalmente dadas. Estas respuestas fracasan en condiciones de estrés, de tensiones en el soporte social, de ocupación de múltiples roles contradictorios o de transición entre roles.

Karmina y Rojas (2010) hablan acerca de dos divisiones de la ansiedad; mencionan que la ansiedad estado, representa una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, caracterizada por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, a diferencia de la ansiedad rasgo, que se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado.

Específicamente la ansiedad de la crianza suele presentarse en un ambiente familiar disfuncional, con conflictos maritales, sobreprotección, autoritarismo, apego hostil, escasez de afecto y percepciones negativas de la crianza, estas generan un ambiente propicio para

el desarrollo de ansiedad en el niño, situándose como una problemática que afecta al desarrollo integral del infante, sus procesos de aprendizaje y por ende su nutrición (Jadue, Newcomb, Mineka, Zinbarg & Griffith, como se citó en Franco, Pérez & Pérez, 2014).

En el estudio llevado a cabo por Franco et al. (2014) en donde se investigó la relación entre las prácticas de crianza parental y el desarrollo de síntomas de ansiedad y comportamientos disruptivos en niños entre 3 y 6 años de edad, se ha demostrado que la presencia de ansiedad en los progenitores como variable mediadora en el desarrollo de ansiedad en los hijos influye en el desarrollo de alteraciones cognitivas y emocionales, además se demostró que en las familias en que los cuidadores a cargo son ansiosos se ejerce un mayor control y se promueve menos la independencia, disminuyendo el desarrollo de las competencias sociales en los hijos, de modo que, un niño más controlado será dependiente de las acciones que el cuidador realice para satisfacer sus necesidades.

En otro estudio realizado por Palafox, Jané, Viñas, Pla, Ruiz y Doménech-Llaveria, (como se citó en Delgado & Gómez, 2015), permitió observar que los padres que se encuentran mucho más alterados y/o irritados al momento de establecer pautas disciplinarias utilizan un estilo caracterizado por un mayor número de muestras de afecto negativo, niveles más elevados de crítica y menor sensibilidad hacia los menores, factores parentales que influyen sobre los resultados de ansiedad generalizada en sus hijos. La ansiedad parece actuar sobre todo a nivel de la atención, mientras que la depresión sesga el recuerdo. A partir de lo anterior se entendieron algunas de las reacciones relacionadas con la ansiedad que manifiestan los cuidadores, ya que si los cuidadores padecían niveles de ansiedad elevados, por ende se encontrarían alterados y esto no les permitiría establecer pautas sensibles y responsivas para generar salud y promover un desarrollo más adecuado en los niños (Cortés, López, Hernández, García & Reyes, en prensa).

En resumen, la ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez. En conclusión, la ansiedad y la depresión dificultan el aprendizaje, rendimiento, memoria y

atención (aunque la depresión parece ser más deficitaria, mientras que la ansiedad puede facilitar ciertas conductas en determinadas condiciones, por ejemplo el estrés). Ambas, aparecen como efectos opuestos de los comportamientos de crianza.

De otro modo, a nivel de pensamientos, la depresión se centra en el recuerdo de sucesos negativos pasados, mientras que la ansiedad lo hace en la elucubración de los fracasos y pérdidas que pueden suceder en el futuro. Por lo anterior, tanto la ansiedad como la depresión, si se encuentran presentes en los cuidadores, afectarán la crianza de los hijos y, por ende, la estabilidad de los niveles adaptativos que generen comenzarán a permear la crianza y en consecuencia se desarrollará el estrés.

2.1.3 Estrés Parental

A través de lo expuesto en el apartado anterior, el estrés constituye un factor disposicional para la presencia de la ansiedad y la depresión, ambos son elementos que repercuten en la crianza y el desarrollo del menor, sin embargo, existe un tipo de estrés característico de la crianza el cual es denominado por investigadores en el campo de la medicina y psicología como *Estrés de la Crianza o Estrés Parental*, para hacer referencia a los efectos sobre su disposición para la crianza provenientes de la madre misma, del niño y de su entorno; las fuentes de estrés van desde eventos de vida como la muerte de un familiar, hasta los sentimientos subjetivos de las madres por sus responsabilidades de la crianza (Burke & Abidin; Loyd & Abidin; Abidin, como se citó en Montiel & Vera, 1998a).

Como señala Abidin (como se citó en Cortés-Moreno & Méndez-Lozano, 2011), el estrés parental es un tipo específico de estrés que se origina en las demandas de la paternidad/maternidad y que se añade al inducido por factores socioeconómicos o situacionales.

Dicho estrés surge de la evaluación que hacen los progenitores de sus propias características, las del niño, y de los eventos contextuales en función de las expectativas sobre su rol de padre o madre, así como de la percepción de lo que esperan los demás de su actuación (que se crean a partir de sus creencias y metas de crianza). La madre tiene tres fuentes de estrés: las características de temperamento del niño; su competencia y habilidad como madre incluyendo su salud, y la percepción subjetiva de apoyo del padre. Ya que las

prácticas de crianza son el resultado de acciones conjuntas de valoración benéfica o perjudicial y de los recursos que provienen de las competencias sociales y parentales disponibles, además del apoyo social y familiar que se requiere (Cortés-Moreno & Méndez-Lozano, 2011).

Diversos factores que generan estrés en torno a la crianza se suscitan cuando la madre forma parte de una familia en situación de riesgo, lo cual se encuentra considerado al mismo nivel que una desventaja económica, algún grado de pobreza, el número de hijos, la edad de la madre, la percepción del apoyo del padre. Se ha dado gran relevancia al papel de la madre por la función que la cultura le impone sobre la crianza de los hijos (pautas de crianza); entre más estresadas, aisladas y con problemas de salud se consideren las madres, perciben menos apoyo de su pareja al ejercer la crianza, sin embargo, también existen factores que han mostrado su influencia en las percepciones de los padres y sus comportamientos, las cuales son: desacuerdo marital, aislamiento, ansiedad, depresión, alcohol, abuso de droga, bajos ingresos, desempleo, molestias diarias y paternidad sola (Abidin, Crnic & Low, Webster-Stratton, como se citó en Cortés-Moreno & Méndez-Lozano, 2011).

En un estudio realizado por Hughes et al. (2015), se examinó cómo los síntomas depresivos y el estrés de los padres de bajos ingresos influyen en la naturaleza de los estilos de alimentación que brindan a sus hijos; se encontró que los padres con un estilo de alimentación no involucrado (indulgente) o autoritario reportaron un efecto menos positivo en la crianza y más estrés parental.

Algunas investigaciones realizadas en el campo de la psicología en las que se implementó el instrumento Inventario de Estrés Parental (IEP) para identificar el papel del estrés de la crianza y las interacciones madre-hijo en el estado nutricional de infantes, demuestran que las madres de niños desnutridos puntuaron alto en las subescalas del IEP de adaptabilidad, aceptabilidad y apoyo del cónyuge, además sus interacciones se caracterizan por negligencia y la falta de entusiasmo (Cortés-Moreno & Méndez-Lozano, 2011).

En otro estudio, se implementó el IEP para conocer la relación del estrés de la crianza con el desarrollo del niño de 1 a 5 años, se encontró que la aceptación del niño por

la madre influye en el desarrollo, específicamente en las áreas de lenguaje, motora fina y sensocognitiva. Además se encontró que las madres realizan una valoración positiva sobre el apoyo de la pareja en tareas relacionadas con la crianza; a la inversa se encontró que las madres que se consideran más aisladas, estresadas y con problemas de salud se perciben menos apoyadas por la pareja (Peña, Quihui & Vera, 2004).

El estrés y la desnutrición se relacionan ampliamente, debido a un incremento de estrés generado por los primeros fracasos en la crianza para lograr que el niño consuma lo servido suele acompañarse de señales de ansiedad y frustración, estas señales generan estrés en el niño, factor que aumenta la probabilidad de que se niegue a comer; fracasos constantes se convierten en un círculo vicioso que afectará el apetito del niño, de modo que, la situación de alimentación puede volverse aversiva para ambos y resultar en un patrón de subconsumo o hasta generar desnutrición (Ramsay, 2004 como se citó en Córtes-Moreno & Méndez-Lozano).

Pérez, Menéndez y Victoria (2014) realizaron un estudio con el objetivo de caracterizar a una muestra de familias en situación de riesgo en cuanto al estrés parental y las estrategias de afrontamiento, así mismo analizaron sus estrategias de afrontamiento en relación a su perfil sociodemográfico. Encontraron que en lo que se refiere a estrés parental, las madres en situación de riesgo (bajo nivel académico, nivel socioeconómico bajo, número elevado de hijos, presencia de otros familiares en el hogar), manifiestan elevados niveles de tensión a la hora de hacer frente a su rol, además estas madres tienden a afrontar los problemas centrándose en ellos. Además, se encontró que aunque la literatura ofrece evidencias de los efectos perniciosos de la pobreza, así como su influencia en la vivencia del estrés, los resultados revelaban diferencias en el estrés percibido en función del grado de pobreza.

La investigación relacionada con el estrés parental ha sido abordada a través del IEP ya que es una herramienta útil la cual permite conocer las escalas de la personalidad que limitan el desempeño del cuidador y brinda la pauta para correlacionar estos resultados con otros instrumentos o cuestionarios que retomen aspectos de la psicología de la salud en poblaciones. Por ejemplo, se ha encontrado que, el nivel de riesgo para el bienestar del niño dependerá de la manera en que el estrés afecte la calidad y sensibilidad de las

prácticas; aunque la relación no es lineal, ya que niveles muy altos o muy bajos de estrés pueden conducir a una práctica parental inefectiva y niveles moderados de estrés pueden funcionar como facilitadores de prácticas sensibles y responsivas.

2.2 El efecto de las intervenciones en crianza

A continuación se recopilan algunas intervenciones que se han realizado en torno a la crianza, enfatizando las propuestas que se generaron en dichas investigaciones.

Black y Aboud (2011) abordaron el papel de la práctica de crianza sensible, apuntaron que debe ser caracterizada por comportamientos rápidos, apoyo emocional, contingente y apropiado para el desarrollo, es un proceso que implica cuatro pasos: 1) Crear una rutina estructurada donde se impliquen las expectativas y emoción que se promueve en la interacción, 2) Atender a las acciones motoras, expresiones faciales y vocalizaciones, 3) Reconocer las señales y responder con prontitud en una manera que sirva de apoyo emocional y sea apropiada para el desarrollo y 4) Saber que el niño presentará respuestas predecibles.

Además de esos pasos, reportan que los infantes están más atentos a los cuidadores que responden haciendo coincidir sus señales. Incluso cuando hay diferencias en la cantidad y estilo de la capacidad de respuesta, los infantes parecen beneficiarse de los cuidadores que son sensibles por estar más atentos a ellos, de este modo se produce una respuesta más clara, significativa y sensible.

Para los cuidadores la alimentación perceptiva y sensible incluye: 1) Asegurar que el contexto de alimentación sea agradable y con pocas distracciones, que el niño esté sentado cómodamente, frente a otros, que las expectativas se comuniquen con claridad y que la comida sea sana, sabrosa y apropiada para el desarrollo en un horario predecible para generar el hambre en el niño; 2) Alentar y asistir al niño en cuanto a las señales de hambre y saciedad; 3) Responder al niño de manera rápida implicando apoyo emocional y contingente apropiado para el desarrollo (Black & Aboud, 2011).

Como uno de los principios que rigen la alimentación perceptiva se encuentra promover la reciprocidad en las interacciones alimentarias y en última instancia, la

responsabilidad de los niños para una alimentación saludable. De lo contrario, si una alimentación no es responsiva y está dominada por la falta de reciprocidad entre el cuidador y el niño, debido a que el cuidador toma el control y domina la situación de alimentación (controla/presiona) o se muestra indulgente ignorando las señales del niño manifestando poco compromiso y responsividad, el desarrollo del niño se opacará y repercutirá en su estado nutricional.

En una investigación hecha por Martínez y García (2011) se muestra que los niños influyen en sus entornos y los entornos influyen en ellos, es decir, el contexto ambiental afecta y es afectado por ellos; por lo tanto, los niños no están predeterminados fatalmente por sus características, ni tampoco protegidos, ni son influidos por las características de los cuidadores únicamente, en sus resultados manifiestan la importancia de realizar intervenciones que promuevan el desarrollo y que ayuden a las familias a enfrentar las dificultades aun en un contexto de riesgo.

A pesar de que los médicos atribuyen a menudo problemas de alimentación en el niño, es más fácil de cambiar el comportamiento de los niños, mediante la alteración del contexto o de la conducta del cuidador en lugar de intentar cambiar la del niño. Aplicado a la alimentación la preparación proactiva incluye el establecimiento de rutinas alrededor de la hora de comer, que sea en el mismo lugar y al mismo tiempo que los demás integrantes de la familia, asegurar que los niños estén sentados en una posición de apoyo y comodidad, para que el cuidador pueda modelar el comportamiento apropiado a la hora de la comida. Los beneficios a corto plazo de la alimentación perceptiva se espera que sean hijos sensibles a sus señales internas de hambre y saciedad y a comer de una manera competente y responsable. Los beneficios a largo plazo de las prácticas de crianza sensible mejorarán el desarrollo psicosocial, cognitivo y sus beneficios a largo plazo incluirán una nutrición y crecimiento saludable.

Es necesario profundizar en el conocimiento de las necesidades de apoyo de las familias en situación de riesgo, dicho aspecto resulta fundamental para diseñar e implementar intervenciones beneficiosas y desarrollar programas de educación familiar que impliquen cambios en la forma de criar, actuaciones que permitan fortalecer las competencias parentales de los progenitores para que puedan optimizar el desempeño de

sus funciones como madres y padres, en las prácticas disciplinarias y en la atención que los padres prestan a sus hijos (Cortés-Moreno & Méndez-Lozano, 2011; Franco et al, 2014; Pérez et al, 2014).

Las intervenciones encaminadas a promover el desarrollo de los niños resultan la mejor inversión para fortalecer el capital humano del país además de ser prioritarias en los países en vías de desarrollo, donde se vive pobreza, enfermedades, alimentación deficitaria y la mala administración de los recursos, como consecuencia es común que se viva en hogares poco estimulantes (Oré, Díaz & Penny, 2011). En este sentido, el entrenamiento conductual a padres basado en competencias parentales resulta en cambios conductuales que están asociados con la reducción de la conducta problemática de los niños.

Debido a que no es posible realizar cambios materiales o contextuales en los cuidadores, se ha comprobado que para mejorar el desarrollo de los menores no basta con mejorar sus condiciones de salud y nutrición, pues el verdadero cambio radica en hacer intervenciones que logren tener un efecto positivo en la calidad del ambiente (Walker, Chang, Powell & Grantham-McGregor, 2004, como se citó en Oré, Díaz & Penny, 2011); además, es labor de la psicología dotar de herramientas y habilidades que permitan a los individuos adquirir la capacidad de solucionar sus problemas y generar de esta manera cambios en los estilos de vida; específicamente en las prácticas de crianza dirigidas a la alimentación con la finalidad de reducir la aparición de fallo en el crecimiento y problemas socioemocionales maternos, no se puede afirmar cuál práctica de crianza fomenta la emisión de conductas negativas al comer, sin embargo, se pretende que enseñando a los cuidador es a través del entrenamiento en manejo de contingencias con ensayos conductuales y estrategias en solución de problemas el problema de la desnutrición infantil modificaría su curso hacia fomentar un adecuado estado nutricional y a su vez en modificar las conductas que tiene el niño al comer (Cortés, 2013).

Diversos estudios han comprobado que para mejorar el desarrollo de los menores no basta con mejorar sus condiciones de salud y nutrición realizando intervenciones psicoeducativas o facilitando la inserción a programas sociales como el PNMSh; lo que verdaderamente es funcional es evaluar el impacto de las intervenciones como lo hacen Oré, Díaz y Penny (2011) quienes evaluaron el impacto de una intervención grupal con

madres y niños de ocho meses de edad en el desarrollo infantil en un distrito urbano marginal pobre de la ciudad de Lima en Perú. Participaron 163 díadas que fueron evaluadas con el Bayley y con un cuestionario de datos sociodemográficos y entrevistas; la intervención consistió en juntar a las participantes en mesas de diálogo para conversar aspectos de la crianza, problemas de pareja y familiares, el diseño de las reuniones contemplaba reconocimiento espacial, actividades de manipulación, contacto y en todo momento la observación directa de la facilitadora, posterior al registro anecdótico. Los resultados indicaron que la intervención tuvo un impacto general positivo en el desarrollo de los niños participantes, observándose efectos significativos en los factores de Regulación emocional y Calidad Motora de la escala de comportamiento del Bayley. Afirman que la interacción madre-niño tiene que ver con el tono y el control de los movimientos, así como la efectividad y el vínculo. Lograron promover en las madres la observación de las conductas y mensajes de sus hijos, además de que lograron experimentar diferentes estrategias de comunicación.

El manejo de los problemas de conducta infantil debe enfocarse en la evaluación del cambio en las conductas de los padres que permitan probar si tal modificación genera un cambio en el reporte del estado nutricional de los niños, especialmente, en un contexto de la salud pública donde es necesario promover la práctica basada en la evidencia. Por ejemplo, en la investigación realizada por Aboud (2007, como se citó en Oré, Díaz & Penny, 2011) como objetivos se planteó examinar el impacto de un programa de crianza basado en los conocimientos y prácticas de las madres relacionadas a la estimulación psicosocial, además examinó el impacto del desarrollo del lenguaje infantil en relación con el estado nutricional; la intervención consistió en realizar sesiones educativas que evaluaron la calidad del programa en cuanto a la participación activa en las sesiones y de mostrarse en las sesiones dispuestas a practicar lo aprendido. Se encontraron cambios en el nivel de conocimiento de las madres sobre las prácticas y cuidado para mejorar el desarrollo y también en las oportunidades de estimulación que se brinda en el hogar, pero no en la interacción madre-niño. A pesar de que ambas intervenciones no estaban dirigidas a corregir el problema de la desnutrición se rescatan con la finalidad de hacer énfasis en la importancia de evaluar el efecto de las intervenciones. De modo que, la crianza y los factores socioemocionales maternos que en ella se implican sin entrenamiento previo

conductual, pueden llegar a afectar las interacciones diádicas, específicamente los comportamientos en la mesa y conducir a problemas de desnutrición. Todos estos esfuerzos son para promover el crecimiento saludable y para prevenir el bajo peso entre los niños pequeños a través de incorporar estrategias de la alimentación sensible y responsiva.

El presente reporte cumple con uno de los objetivos específicos de un proyecto general que ha centrado su atención en las prácticas de crianza como un factor que regula el estado de nutrición y salud de los niños, dentro de éste, se han realizado diversos estudios en los que se identifican patrones de interacción cuidador-niño durante la alimentación asociados al estado de nutrición. (Cortés, López & Avilés, 2008; Cortés, Romero, Hernández & Hernández, 2004), a partir de dichos análisis surge el proyecto general que propone una estrategia de intervención basada en la modificación de los patrones que afectan el consumo del niño (psicoeducación sobre la desnutrición, sus consecuencias y modos de alimentar al niño de manera adecuada, atención a las señales de hambre/saciedad, y manejo de contingencias para regular el consumo infantil) ya que el estilo materno responsivo se ha mostrado como uno de los más adecuados para promover la ingestión de alimentos y en consecuencia incidir en el estado nutricional (Cortés, López, Hernández, García & Reyes, en prensa).

Ya que se ha encontrado que los anteriores estudios documentados se concentran en los efectos de las intervenciones respecto a la crianza o exclusivamente a los comportamientos de un integrante de la díada, con el presente estudio se busca incorporar los efectos de una intervención respecto a los factores socioemocionales que vive el cuidador y el niño a través de la evaluación de su estado nutricional. De este modo, el objetivo del presente trabajo es evaluar la efectividad de un programa basado en la promoción de prácticas maternas apropiadas en la crianza sensible y responsiva para mejorar las condiciones de salud y nutrición de infantes, y su relación con los niveles de estrés y ansiedad en el cuidador. Este trabajo forma parte del proyecto Salud y nutrición en el infante: programa basado en la promoción de prácticas maternas apropiadas (PAPIIT IN307914) cuyo propósito es desarrollar una estrategia de intervención para mejorar el estado de salud y nutrición del niño, considerando diversos factores del contexto social y

emocional de la madre y principalmente, incorporando nuevos elementos relacionados con temáticas y estrategias (Cortés, 2013) que se desarrollaran a lo largo del presente reporte.

Los objetivos específicos de la presente investigación son los siguientes:

- a) Evaluar los factores de ansiedad y estrés del cuidador con sus prácticas de crianza.
- b) Evaluar los patrones de interacción en la mesa y su relación con el estrés y ansiedad del cuidador principal.
- c) Evaluar los factores de estrés y ansiedad del cuidador principal que se relacionan con el estado nutricional del niño antes y después de la intervención.

Siguiendo con la línea de la investigación las hipótesis de trabajo son las siguientes:

- a) Existen relaciones entre los niveles de estrés de la crianza y ansiedad del cuidador con las prácticas de crianza.
- b) Existen relaciones entre los patrones de interacción en la mesa y los niveles de estrés y ansiedad del cuidador.
- c) Después de la intervención mejorarán los indicadores de estrés de la crianza y ansiedad del cuidador.
- d) Después de la intervención mejorarán los indicadores de peso y talla en los niños con los patrones de interacción en la mesa

MÉTODO

Participantes

Se obtuvo una muestra no probabilística de 13 díadas (niño-cuidador), seleccionadas en dos Centros de Salud del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) ubicados en una zona con altos índices de marginalidad del municipio de Tlalnepantla, Estado de México. Los participantes fueron convocados de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión:

- a) Indicadores antropométricos en los rangos de peso y talla que indiquen desnutrición de leve a moderada (entre 1 y 3 DE por debajo de la media) empleando las tablas de referencia de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2006).
- b) No padecer desnutrición como consecuencia de un problema metabólico o intestinal, ni cursar enfermedad con fiebre durante la evaluación.
- c) Que los cuidadores principales accedieran a participar en la investigación mediante el consentimiento informado, contestando cuestionarios, asistiendo a las sesiones de la intervención, permitiendo efectuar las mediciones pertinentes y los registros en video durante la alimentación en casa.

Se excluyeron los casos de niños que presentaban menos de una puntuación z , para la longitud, edad y peso, los que pertenecían al Programa Oportunidades (PNMsH) y aquellos que su desnutrición se debió a un problema metabólico o de absorción intestinal.

De los 13 niños que participaron, dos eran del sexo masculino y 11 del sexo femenino, cuyas edades oscilaban entre los 7 y 13 meses de edad, específicamente participaron cinco niños de 7 a 9 meses (G1) cuyo porcentaje representa el 38.5%, cuatro de 10 a 11 meses (G2) lo que representa un 30.8% y los últimos cuatro entraron en el rango de 12 a 13 meses (G3), lo que representa el mismo porcentaje. En cuanto a los datos específicos de la muestra se encontró que existe la ausencia de cuatro padres y participaban dos abuelas en la labor de crianza. Las edades de las madres fluctuaban entre 17 y 33 años, las de los padres fluctuaron entre los 17 y los 32 años. La media general respecto a los años de estudio en la madre es de 10.05 años y de los padres es de 8.50 años.

Caben resaltar dos aspectos de la muestra la cual tuvo por característica ser de corte no probabilístico incidental y que los participantes consintieron de manera informada su participación en la investigación .

Escenario

Las mediciones antropométricas fueron llevadas a cabo en los Centros de Salud “Lázaro Cárdenas III” y “Santa Cecilia”, pertenecientes al municipio de Tlalnepantla de Baz, en ellos se recabaron los datos antropométricos, demográficos y se resolvieron los cuestionarios e inventarios correspondientes, las videograbaciones en la hora de alimentación fueron tomadas en el domicilio de cada participante los días y horarios que la cuidadora decidiera.

Aparatos y materiales

1. Para los indicadores antropométricos. Infantómetro de aluminio Seca Modelo 207, con exactitud de un milímetro y una balanza digital pesa-bebés con precisión de 100 gramos.

2. Para el registro de consumo. Báscula electrónica marca Tanita 1582 con precisión de 20 gramos para pesar alimentos y recordatorio de 24 horas.

3. Para el registro de la interacciones y su codificación. Cámaras de video grabaciones digitales, computadoras personales con el software “The Observer video-pro, V. 4.1 (Noldus, 2002).

Se diseñaron materiales dedicados a la intervención para facilitar el entendimiento de los cuidadores en las sesiones relacionadas con el área psicoeducativa, en entrenamiento en manejo de contingencias y las estrategias en solución de problemas, los cuales abordaron las siguientes temáticas: alimentación y desarrollo infantil, reconocimiento del estado nutricional de los niños, principios de la conducta, preferencias alimentarias, lactancia y ablactación y enfermedades infecciosas (respiratorias y gastrointestinales).

Diseño

Se empleó $N=1$ de tipo longitudinal con intervención empleando tres cohortes definidos por la edad de inicio, diseño A-B-C (Méndez-Ramírez, Namihira-Guerrero, Moreno-Altamirano & Sosa de Martínez, 1990).

Instrumentos

Aunque se tomaron más medidas de acuerdo a los fines del proyecto general, las medidas que se ocuparon para cumplir con el objetivo de este trabajo se obtuvieron a partir de los siguientes instrumentos.

Indicadores antropométricos:

Las medidas de peso y longitud supina se efectuaron de acuerdo a la técnica recomendada por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 1995). Los datos obtenidos se procesaron para obtener las puntuaciones z con el programa ANTHRO 2005 (WHO, 2006), que emplea una nueva referencia poblacional, comprendiendo sesgos regionales y tendencias seculares actualizadas.

Cuestionario de factores sociodemográficos e historia de salud

Se diseñó un cuestionario con los principales datos demográficos que incluía aspectos de conformación familiar, nivel educativo familiar, características de la vivienda, datos sobre prácticas de salud en la familia e historia de salud del niño, donde se indagó sobre las condiciones perinatales del niño, antecedentes de lactancia y enfermedades recurrentes, así mismo el cuestionario incluyó prácticas de higiene y de prevención y tratamiento de enfermedades (Cortés & Avilés, 2011).

Inventario de Estrés Parental

Se administró el Inventario de Estrés Parental, proporciona una medida de malestar de las madres relacionado con la labor de crianza: a mayor puntuación, mayor malestar (Abidin, 1995; citado en Cortés-Moreno & Méndez-Lozano, 2011). Comprende tres dimensiones: a) características del niño; b) características de la madre, y c) estresores de vida. Las dos primeras están construidas como escala tipo Likert y se componen de las

siguientes subescalas: 1) dimensión del niño: adaptabilidad, aceptación, demanda, humor, distractibilidad y reforzamiento de los progenitores, 2) dimensión de los progenitores: depresión, apego, restricción del rol, sentido de competencia, aislamiento social, relación con el cónyuge y salud parental. Se empleó una versión adaptada para niños del norte de México (Montiel & Vera, 1998b) con 38 reactivos de la dimensión del hijo, 35 de la dimensión del padre y 21 de estresores relacionados con eventos vitales. Para este estudio se realizaron algunos cambios léxicos para adecuarlo a la población del centro de México. La consistencia interna en esta muestra mostró los siguientes valores de α de Cronbach: $r = 0.75$ para la dimensión de las características del niño, $r = 0.78$ para la dimensión de las características de la madre y $r = 0.84$ para la totalidad del instrumento.

Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE).

Este inventario consta de dos escalas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: a) *ansiedad-rasgo*, en la que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente, b) *ansiedad-estado*, en esta los sujetos responden cómo se sienten en un momento determinado. Consta de 40 aseveraciones, 20 reactivos que evalúan cada dimensión arrojando un resultado dependiendo el nivel en que se encuentren (bajo <30, medio 30-44 y alto >45) (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1970).

Cuestionario de Práctica Responsiva y Estimulación (CuPRE)

Consta de 23 reactivos con cinco opciones de respuesta, diseñado como una herramienta para detectar la sensibilidad y efectividad del cuidador para satisfacer las necesidades básicas -físicas y psicológicas- del niño. El instrumento muestra buena consistencia interna ($\alpha = 0.83$). El CuPRE evalúa la práctica de crianza a través de cinco factores: estimulación a partir de juego, práctica responsiva, práctica de competencias, atención planeada y disposición para atender las demandas del niño (Cortés, Romero & Flores, 2006).

Categorías de interacción

Se realizó una visita al hogar de cada díada participante para registrar en video las interacciones ocurridas a la hora de la comida. El registro inició en el momento en que el niño recibía el alimento servido por el cuidador, y terminó cuando el adulto lo indicó o cuando el niño se retiró de la mesa permitido por el cuidador. Se calculó la cantidad ingerida de líquidos y sólidos pesando los alimentos y bebidas antes y después del consumo del niño en el registro de alimentos. Los codificadores entrenados realizaron el análisis de las interacciones con el programa de análisis observacional, que fue configurado para registrar las frecuencias y duraciones de cada categoría. El sistema categorial utilizado (Apéndices 1 y 2) fue el mismo de un estudio precedente (Cortés-Moreno & Méndez-Lozano, 2012) el cual incluyó las siguientes dimensiones: a) organización del contexto: que valora si la configuración general de la situación facilita u obstaculiza al niño en sus acciones dirigidas a alimentarse; b) presentación/consumo, referente a las conductas del adulto para presentar el alimento y asegurar su ingestión y las formas en que el niño ingiere o deja de ingerir el alimento, y c) vocalizaciones de ambos integrantes de la díada, donde se indicaron si vocalizan y a qué hacen referencia las vocalizaciones. Ligados a la dimensión de presentación/consumo, se registraron los ajustes afectivos de la madre (afecto positivo, afecto negativo, impaciencia y falta de entusiasmo) y del niño (agrado o desagrado por la situación y apatía).

Procedimiento

Se inició asistiendo a la dirección general de Centros de Salud en Tlalnepantla de Baz, Estado de México, para solicitar el permiso de trabajar en algunos de sus centros de salud, posterior a ello, se recibió la notificación de dar inicio a la investigación en el Centro de Salud “Lazaro Cárdenas III” y “Santa Cecilia”. Enterados los Directores de ambos Centros de Salud, por parte del responsable académico del proyecto, se designó un espacio para trabajar, ofreciendo a su vez la disponibilidad de los enfermeros de campo para ubicar los domicilios de los participantes. La intervención se realizó de manera individual.

Habiendo obtenido datos antropométricos de 70 niños aproximadamente, se seleccionaron 13 díadas por satisfacer los criterios de inclusión. Los cuidadores fueron

informados sobre la finalidad del estudio, el número de sesiones y las actividades en que ellos y sus niños participarían, se procedió a firmar el documento de consentimiento informado. Posteriormente se dio inicio a las siguientes fases del procedimiento del estudio (Apéndice 3).

Fase A. Medición inicial y línea base

Se pesó y midió a los infantes para estimar su estado nutricional, se aplicaron los instrumentos diagnósticos (Cuestionario sociodemográfico y de antecedentes, Inventario de Salud, Recordatorio de 24 horas, Cuestionario de Práctica Responsiva y Estimulación (CuPRE), Inventario de Estrés Parental (IEP), Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE)), se acordó la fecha y hora para visitar a los participantes en su hogar para llevar a cabo las tres filmaciones de alimentación en el hogar de los participantes en diferentes días, se codificaron los videos y se realizó el análisis de las interacciones para identificar los patrones característicos de las diadas participantes y trabajar posteriormente sobre ellos.

Fase B. Intervención

La intervención consistió en seis sesiones psicoeducativas que se llevaron a cabo mediante el procedimiento que se ilustra en el Apéndice 4.

En la sesión uno se trabajó el reconocimiento del estado nutricional del niño, principios de lactancia y ablactación, en la sesión dos se trabajó con la identificación del desarrollo de gustos y preferencias hacia los alimentos por parte del niño y se abordaron los patrones de interacción y consumo, para la sesión tres se abordaron los principios de comportamiento y se retroalimentó la ejecución del cuidador a la hora de alimentar al niño conforme fueron analizados y codificados los videos. Al terminar esta sesión se dejó una semana de práctica, para continuar con la sesión número cuatro que consistió en evaluar los obstáculos percibidos durante la alimentación en la primera semana de práctica y se dio paso al entrenamiento conductual de la técnica de solución de problemas; al término, se procedió a dejar una segunda semana de práctica, después de esta, se llevó a cabo una medición mediante dos registros de video con la finalidad de corroborar los cambios, al terminar la última grabación se dejaron pasar seis semanas entre la evaluación inicial y la post evaluación.

Fase C. Primer seguimiento

Para evaluar los efectos de la intervención, una semana después del término de ésta se obtuvieron de nuevo todas las mediciones tomadas al inicio del estudio: Cuestionario de prácticas responsivas (CuPRE), Inventario de Estrés Parental (IEP) y Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

Análisis de Resultados

Se realizó una correlación no paramétrica de Rho de Spearman para los datos obtenidos de peso y talla con los instrumentos establecidos CuPre, IEP e IDARE, con sus respectivas subescalas para ver los factores socioemocionales involucrados en la crianza. Así mismo, fue utilizada dicha prueba para conocer las relaciones que existen de las categorías conductuales con los factores socioemocionales, se realizó un Análisis de Varianza (ANOVA) de un factor para observar las relaciones entre los factores emocionales con los factores sociodemográficos. Para identificar el efecto de la estrategia respecto a las variables estudiadas (datos antropométricos, categorías conductuales, factores socioemocionales, factores de crianza) se empleo la prueba de rangos de Wilcoxon. Las asociaciones de los antecedentes de salud y alimentación se obtuvieron a través de un análisis descriptivo. Todos los análisis se realizaron empleando el programa estadístico IBM, SPSS Statistics 23.0 (Agosto, 2014).

RESULTADOS

Los siguientes resultados se presentan por grupo de edad ya que corresponden a los obtenidos durante la primera medición y brindan un panorama general del estado de salud de los niños al inicio del estudio.

Estado de nutrición

Al evaluar inicialmente el estado de desnutrición se encontró un caso de emaciación y dos de desmedro, diez niños de trece presentaban pérdidas en más de un parámetro. Como puede observarse en la Tabla 1, en el G1, la media de desnutrición es menor que en el G2 en el que se ven pérdidas de peso, sin embargo, no se ven en cuestión de historia de desnutrición respecto a la puntuación *ZLE*; en el G3 se observa la presencia de la desnutrición crónica con una media de $z = -1.94$. En cuanto al peso al nacer en términos de promedio se presenta un peso normal para toda la muestra $n = 13$, sin embargo, solo un niño del G2 presentó bajo peso al nacer (2.280 kg), para los demás integrantes de la muestra su peso fluctuó entre 2.610 kg y 3.860 kg.

Tabla 1 Medias y desviaciones típicas de los indicadores antropométricos

PARÁMETROS DE CRECIMIENTO	GRUPO DE EDAD					
	GRUPO 1 (7M - 9M)		GRUPO 2 (10M - 11M)		GRUPO 3 (12M - 13M)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<i>ZPL</i>	0.038	1.424	-1.82	0.38	0.022	0.702
<i>ZPE</i>	-0.574	0.897	-1.39	0.77	-0.912	0.521
<i>ZLE</i>	-1.02	1.084	0.012	1.984	-1.94	0.312
PESO AL NACER	3.057	.419	2.905	.674	2.952	.359

Nota:

ZPL= Puntuación z de peso para la longitud

ZPE= Puntuación z de peso para la edad

ZLE= Puntuación z de longitud para la edad

Historia de alimentación

Al analizar las dificultades perinatales (antecedentes de gestación, datos del nacimiento tales como peso al nacer, semanas de gestación y calificación de apgar) se destaca la existencia de un caso en el G2 y dos en el G3, además en este último grupo se encontró el caso del niño que solo lactó un mes dato que se entrelaza con el bajo peso al nacer poniendo en evidencia el desarrollo de la desnutrición crónica. Además se observa que un 38.46% de la muestra no lactaba a libre demanda, lo que corresponde a cinco casos, dos del G1, otros dos en el G3 y uno en el G2.

Se analizaron las prácticas inapropiadas sobre la elección del primer alimento sólido brindado al niño y su edad. Como se aprecia en la Tabla 2, se manifestó desconocimiento sobre la edad adecuada para iniciar la ablactación, sin embargo en el G2, la elección del primer alimento es la adecuada en un 100%, de modo contrario para el G1 y G3 ya que se observa que solo la mitad del grupo eligió adecuadamente el primer alimento sólido para brindar al niño.

Tabla 2 *Porcentajes historia de alimentación*

GRUPO	EDAD DE ABLACTACIÓN		PRIMER ALIMENTO	
	ADECUADA %	INADECUADA %	ADECUADA %	INADECUADA %
1	60	40	40	60
2	25	75	100	0
3	50	50	50	50

Por otra parte y debido a que los resultados de esta investigación se concentran en la modificación de las prácticas de crianza y los factores socioemocionales que de ella derivan, la subsecuente información no será redactada en función de los grupos, ya que la muestra es insuficiente para el análisis de modo que se brinda el panorama general.

Relaciones entre factores emocionales y los patrones de interacción

En términos generales las relaciones que existen entre ambos factores emocionales con las categorías de interacción determinan que a mayor tiempo de interrupción del consumo del niño menor preocupación por las competencias en la crianza, rasgos característicos que

denotan prácticas poco responsivas. Al analizar las asociaciones entre las categorías conductuales de la madre (Apéndice 1) y los factores socioemocionales (IEP e IDARE), mediante una prueba de correlación de Spearman se obtuvieron las siguientes correlaciones negativas, encontrándose una correlación de $r = -0.715$, $p = 0.006$ entre la categoría interrumpir con la subescala de competencia, entre la categoría de preparar y el puntaje total del instrumento ($r = -.699$, $p = .008$), también se encontraron correlaciones positivas ($r = .686$, $p = .010$) entre boca líquidos y la subescala de salud. En cuanto a la conducta de la madre en relación al inventario de ansiedad en la subescala de rasgo se encontró una correlación negativa con hablar de otro tema ajeno al contexto de alimentación ($r = -.815$, $p = .001$) y una correlación positiva con la conducta de no vocalizar ($r = .776$, $p = .002$).

En cuanto a la conducta del niño (Apéndice 2) se obtuvieron las siguientes correlaciones negativas respecto a las categorías del IEP: restricción con sí mismo líquido ($r = -.595$, $p = .032$), de nuevo restricción con no consumo pasivo ($r = -.639$, $p = .019$) y humor con la conducta de aceptar líquidos ($r = -.629$, $p = .021$); las correlaciones positivas que se encontraron respecto la conducta del niño son: entre llanto y depresión ($r = .697$, $p = .008$), se distrae del contexto de alimentación con humor ($r = .564$, $p = .045$), relación con el esposo y pide ($r = .606$, $p = .028$), por último se encuentra la conducta de aceptar líquido relacionado a la subescala de salud ($r = .588$, $p = .034$).

En cuanto al inventario de ansiedad-rasgo se encontraron dos correlaciones una negativa ($r = -.615$, $p = 0.025$) con la conducta de disgustarse y una positiva con comportamiento de no consumo pasivo ($r = .645$, $p = .017$).

Relación entre los factores emocionales y la crianza

La relación que existe entre los factores socioemocionales y las prácticas de crianza, resulta de la presencia del padre, el orden de nacimiento del menor y los años de estudio del cuidador. De modo que, se analizó con relación entre la presencia del padre y los factores de crianza y se observó que guardan relación con el número de estresores $F_{(1,12)} = 17.308$, $p = .049$, el orden de nacimiento guarda relación con el aislamiento por parte del cuidador $F_{(1,12)} = 85.09$, $p = .033$, entre más años de estudio tenga el padre el estrés tiende a disminuir $F_{(1,12)} = 27.13$, $p = .036$. Al analizar los puntajes obtenidos en el CuPre con los

v0063z<actores emocionales (Tabla 3), se encontró que la práctic02+9/8a responsiva se relaciona negativamente con la escala de distractividad del instrumento, lo cual es un rasgo característico asociado a las prácticas poco responsivas.

En cuanto a la crianza y los factores socioemocionales que se vinculan a ella primeramente se rescata la relación positiva que existe entre la restricción y la atención planeada ($r = .584$), lo que quiere decir que a mayores restricciones que ponga el cuidador sobre el niño mejor será la atención durante la crianza. Por el lado contrario, si el cuidador presenta bajos niveles de humor desarrollará mayor promoción del desarrollo de competencias ($r = -.835$), al igual que a mayores niveles de distractividad la práctica de crianza será menos responsiva ($r = -.708$), por otra parte a mayores niveles de aceptación menor disposición sobre la crianza ($r = -.696$).

Tabla 3 Resultados de las relaciones entre crianza (CuPre) y los factores socioemocionales (IEP e IDARE).

IEP	CUPRE					
	TOTAL	ESTIMULACIÓN DEL JUEGO	PRÁCTICA RESPONSIVA	PROMOCIÓN DE COMPETENCIAS	ATENCIÓN PLANEADA	DISPOSICIÓN
DISTRACTIVIDAD	-.442	-.129	-.708**	-.377	-.522	.030
REFORZAMIENTO	-.256	-.374	.228	.301	.245	-.345
HUMOR	-.006	.198	-.167	-.835**	-.127	.049
ACEPTACIÓN	-.615*	-.477	-.340	-.233	.045	-.696**
ADAPTABILIDAD	-.463	-.364	.186	-.160	-.073	-.498
DEMANDA	-.035	.071	-.120	-.311	-.095	-.028
COMPETENCIA	-.060	-.330	.377	-.225	.023	-.203
APEGO	-.514	-.263	-.504	-.176	-.589*	-.247
RESTRICCIÓN	.234	.006	.511	.151	.584*	-.010
DEPRESIÓN	-.300	.184	-.352	-.070	-.370	-.044
RELACIÓN CON EL ESPOSO	-.428	-.471	.033	.310	-.216	-.358
AISLAMIENTO	-.246	.031	-.113	.116	-.304	-.188
SALUD	-.049	-.302	.452	.457	.296	-.416
ESTRESORES	.078	-.148	.248	-.198	.068	-.145
TOTAL	-.589*	-.405	-.064	-.160	-.235	-.560*
IDARE						
ESTADO	-.320	-.047	-.239	.042	-.470	-.351
RASGO	-.144	-.096	-.234	-.145	-.594*	-.125

Nota:

*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

**.. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

Comparación PRE – POST

Con el objetivo de mostrar los cambios que se presentaron tras la intervención en las puntuaciones de peso, talla y edad, se muestra la tabla 4 en la que se observa un resumen de los datos antropométricos representados en valores z , peso para la longitud (ZPL), peso para la edad (ZPE) y longitud para la edad (ZLE).

Tabla 4 Puntuaciones obtenidas para los pesos y tallas respecto a la intervención

PRE TEST	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	MÍNIMO	MÁXIMO	POST TEST	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	MÍNIMO	MÁXIMO
ZPL	-.5385	1.27539	-2.23	1.93	ZPL	-.2823	.86207	-2.01	.99
ZPE	-.9292	.78073	-2.53	.85	ZPE	-.6392	.87878	-2.69	.49
ZLE	-.9854	1.42709	-2.82	1.81	ZLE	-.8746	1.54984	-3.57	.90

Como se muestra al iniciar la intervención los valores de las medias se encuentran cerca de una desviación estándar por debajo de la media $z = -1$, con valores entre los $z = -.5385$ y $z = -.9854$, tras la intervención los valores en general mejoran ya que, a pesar de estar dentro de la normalidad ($z = > -1.0$), se acercan más a la media poblacional.

En la tabla 5 se muestran los resultados obtenidos del Cuestionario de Prácticas Responsivas (CuPre). Los resultados muestran que las puntuaciones aumentan para el completo y en las subescalas: prácticas de competencia y disposición. En el mismo sentido permanecen los valores en las subescalas de: estimulación en el juego y práctica responsiva. En cuanto al cuestionario completo y sus respectivas subescalas las medias correctas son las indicadas para cada puntuación, evidenciando prácticas adecuadas de crianza pre y post intervención.

Tabla 5 Resultados del CuPre respecto a la intervención.

SUBESCALA	PRE TEST				POST TEST			
	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	MÍNIMO	MÁXIMO
COMPLETO	4.4214	.31018	3.96	5.00	4.4849	.28995	4.17	5.00
ESTIMULACIÓN EN EL JUEGO	4.4359	.56740	3.33	5.00	4.4359	.62929	3.00	5.00
PRÁCTICA RESPONSIVA	4.6154	.48774	3.67	5.00	4.6154	.35606	4.00	5.00
PRÁCTICAS DE COMPETENCIA	4.1026	.64384	3.00	5.00	4.1795	1.34450	0.00	5.00
ATENCIÓN PLANEADA	4.8462	.31521	4.00	5.00	4.6923	.32522	4.00	5.00
DISPOSICIÓN	4.0769	.73161	3.00	5.00	4.2692	.78037	3.00	5.00

En la tabla 6 se muestran los valores del Inventario de Estrés Parental (IEP), considerando las medias respecto a la intervención. El puntaje total indica un nivel normal de estrés parental, al señalar las subescalas de la prueba se muestra que los valores de reforzamiento continúan bajos; la demanda es baja, pero se acerca a lo normal en el post; en cuanto a la competencia aumenta un poco pero sigue muy bajo; la restricción aumenta pero sigue siendo bajo; la depresión aumenta aunque el valor sigue considerándose bajo. De modo que el reforzamiento, la demanda, competencia, restricción y la depresión son las áreas en las que se refleja más estrés de la crianza, haciendo mención a la aparición de prácticas poco responsivas y negligentes. En el caso de distractividad, humor, adaptabilidad, aceptación, apego, relación con el esposo, aislamiento social y salud continúan como al principio en los niveles de estrés moderado. En cuanto a los que desde el principio permanecen bajos y continúan bajos se remarcan reforzamiento, demanda, restricción y depresión, además es importante rescatar que el sentimiento de competencia se encuentra muy por debajo de los niveles bajos de estrés parental, por lo que se observa que no es un parámetro que los padres estén manifestando en la crianza.

Tabla 6 Resultados del IEP en función de la intervención

SUBESCALA	MEDIA PRE	MEDIA POST
DISTRACTIVIDAD	22.0000	22.0769
REFORZAMIENTO	5.0000*	5.2308*
HUMOR	10.3846	10.8462
ACEPTACIÓN	10.3077	12.0769
ADAPTABILIDAD	25.6923	27.4615
DEMANDA	11.4615*	12.9231*
COMPETENCIA	9.5385*	10.0000*
APEGO	9.6923	9.0000
RESTRICCIÓN	10.3077*	12.3077*
DEPRESIÓN	12.6923*	14.2308*
RELACIÓN CON EL ESPOSO	15.7692	17.9231
AISLAMIENTO	13.0000	14.8462
SALUD	9.9231	9.0000
COMPLETO	165.7692*	177.9231*

Nota: Los valores señalados (*) corresponden a las escalas del IEP donde se muestran evidencias que contribuyen a mostrar prácticas negligentes

Por otra parte se muestran los resultados del inventario de ansiedad en términos de medias (Tabla 7) en el cual se puede apreciar que los valores de ansiedad estado y rasgo aumentan considerablemente expresandose algunos valores bajos, moderados y altos que continúan en el post.

Tabla 7 Comparación post intervención del instrumento IDARE

	MEDIA	PRE-TEST		POST-TEST		
		MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	MÍNIMO	MÁXIMO
ESTADO	9.98845	22.00	53.00	12.20235	20.00	57.00
RASGO	10.17664	21.00	52.00	10.35089	30.00	58.00

Nota:

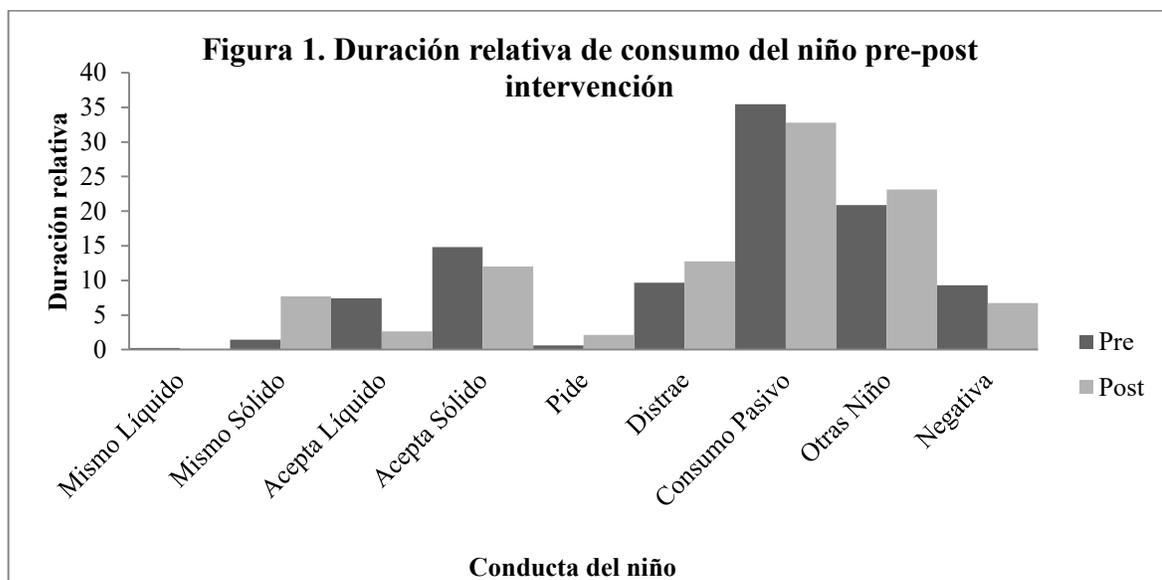
Bajo = < 30

Medio = 30-44

Alto = 45

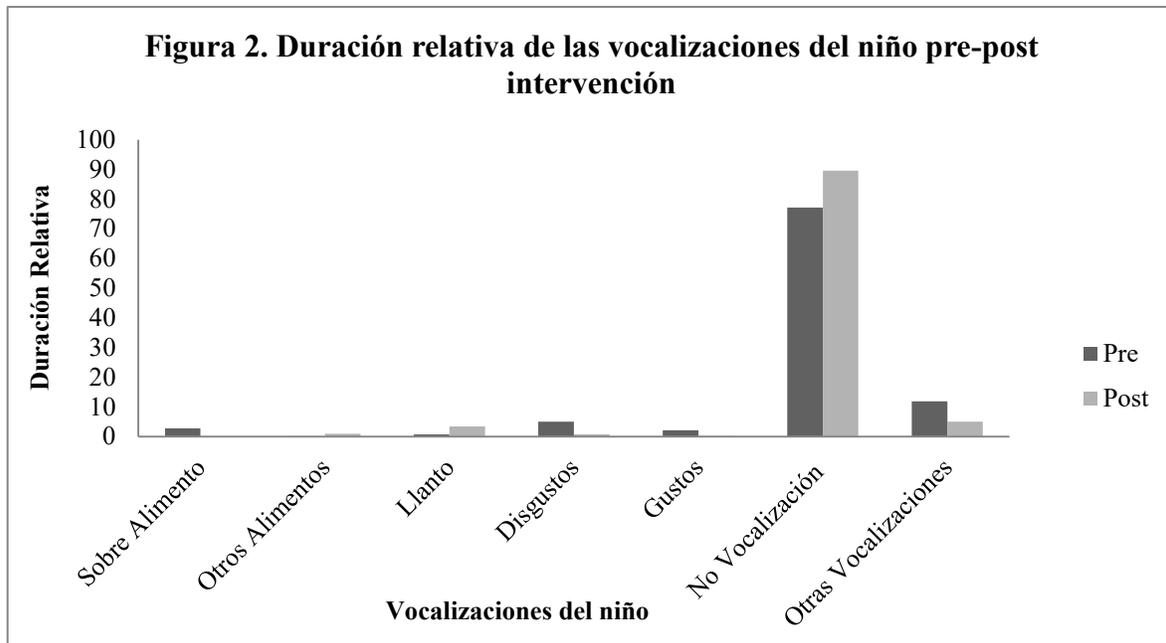
Efecto de la intervención en las categorías de interacción

Con la finalidad de ilustrar los cambios ocurridos tras la intervención en las categorías se realizaron las siguientes figuras con la finalidad de evidenciar los cambios en los valores de duración relativa. A continuación se presenta la figura 1, que muestra las categorías de consumo del niño en el pre y los cambios ocurridos en el post.



Como se observa en la figura 1, el consumo por sí mismo de sólidos aumenta de manera significativa estadísticamente ($z = - 2.12, p = < 0.05$), mientras que la conducta de aceptar sólido disminuye ($z = - 1.80, p = < 0.1$). Por otra parte, se logra una disminución en las negativas y en la conducta de no consumo pasivo, de modo que el niño se muestra tras la intervención más participativo al aumentar el comportamiento de pedir; aunque estas diferencias no alcanzan a ser estadísticamente significativas. Sin embargo, suceden a la par el aumento de conductas no esperadas en el contexto de alimentación, otras conductas y distracciones; cambios que tampoco alcanzaron significancia estadística.

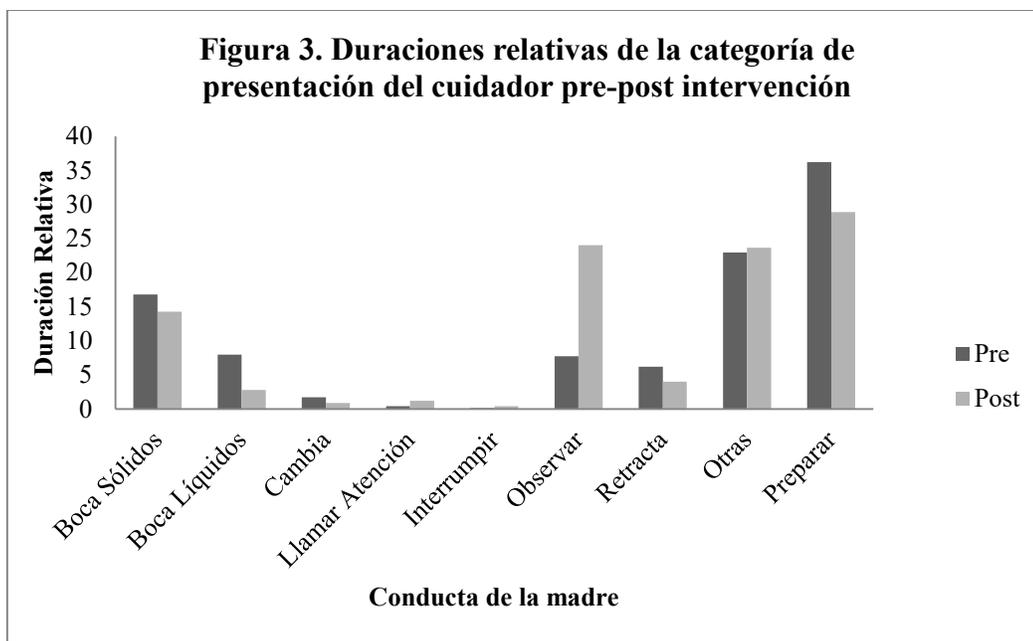
En cuanto a la categoría de vocalizaciones en el niño (Figura 2), la conducta de hablar sobre el alimento disminuyó, al igual que la expresión de gustos, disgustos y realizar otras vocalizaciones, del modo contrario, mencionar el nombre de otros alimentos aumento,



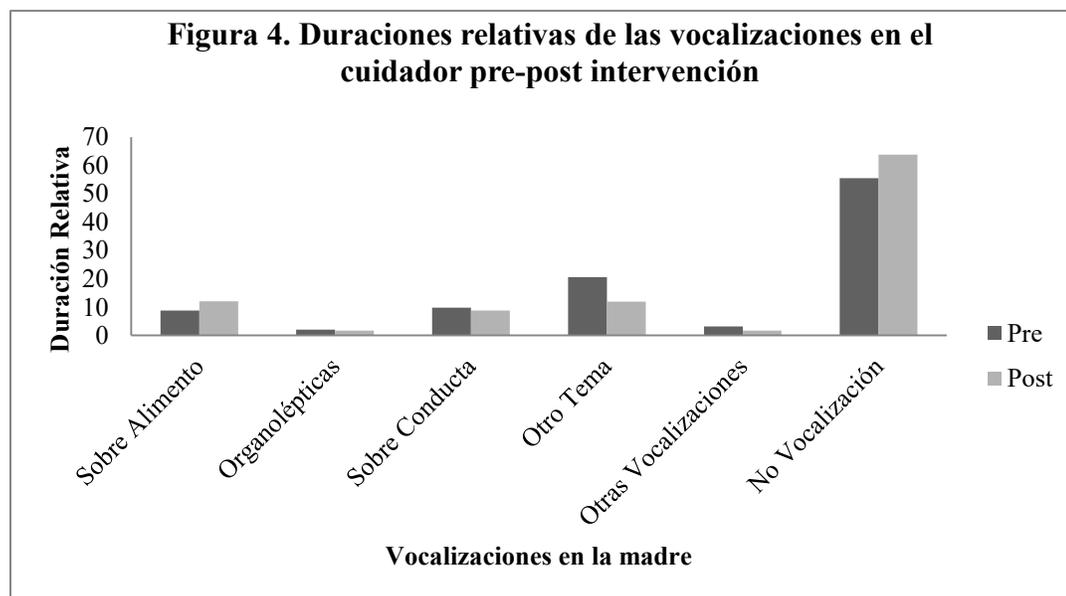
la conducta de llanto y la conducta de no vocalizar de igual manera, lo cual se relaciona con que el niño tiene un aumento considerable en el comportamiento de comer por sí mismo, por lo que no vocaliza y ocupa más tiempo en consumir sólidos y aceptar líquidos. En consecuencia las categorías que se encuentran marginales y son significativas en el canal del niño son: sí mismo sólido, disgustos, gustos, no vocalización.

A continuación se presentan las categorías del cuidador (presentación y vocalizaciones) comparadas con las duraciones relativas obtenidas pre y post intervención, de manera que se observan los cambios ocurridos.

Como se observa en la figura 3 los comportamientos que disminuyen son boca sólidos, boca líquidos y preparar, esto puede deberse a que comienza el autoconsumo. La categoría de cambios que realiza el cuidador también disminuye, esto puede deberse a que durante la intervención se hizo hincapie en la importancia de ofrecer los líquidos al final de la comida en la sesión psicoeducativa de principios de ablactación e importancia de la lactancia. En otro sentido, la conducta de observar aumenta, lo cual denota prácticas más responsivas; el comportamiento de retractar disminuye aludiendo a la práctica responsiva.



En cuanto a las categorías de vocalización en la madre (figura 4) se manifiestan los siguientes cambios se habla más acerca del alimento que será consumido, prestando más atención a la conducta de observar se vincula el incremento en la categoría de no vocalizar. Las categorías de hablar de las propiedades organolépticas de los alimentos, sobre la conducta, otro tema y otras vocalizaciones se observa una disminución post intervención. En cuanto a las categorías que resultan marginales del cuidador se observa que son boca líquidos, observa, otro tema y las no vocalizaciones.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo con el objetivo general del trabajo que consistió en evaluar la efectividad del programa basado en la promoción de prácticas maternas apropiadas en la crianza sensible y responsiva para mejorar las condiciones de salud y nutrición de infantes y su relación con los niveles de estrés y ansiedad en el cuidador, este estudio mostró que las intervenciones realizadas en torno a la salud pueden generar cambios favorables en la interacción díadica, cambios que impactan en el aumento de peso y talla, de modo que los cuidadores antes de llevar a cabo la intervención carecían de habilidades conductuales y presentaban una falta de recursos conductuales para hacer frente a la crianza de los hijos, sobre los principios de lactancia y ablactación (introducción de sólidos y edad apropiada para iniciar el consumo), interacciones apropiadas en el contexto de alimentación, solución de problemas y como manejar el comportamiento (técnicas de modificación de conducta) para favorecer el adecuado estado de nutrición del menor.

Respecto a la hipótesis uno que consiste en comprobar si existen relaciones entre los niveles de estrés de la crianza y ansiedad del cuidador con las prácticas de crianza se encontró que efectivamente guardan relación; por ejemplo, la práctica responsiva disminuye si se presenta mayor distractividad, la atención planeada aumenta a la par de las restricciones que se manifiestan, lo contrario sucede con la ansiedad, a menor atención planeada mayor ansiedad rasgo se presenta, se identificó que si se busca promover la competencia en la crianza es necesario disminuir los malestares que ocasiona el mal humor, lo mismo sucede con la disposición y la falta de aceptación, este hecho se relaciona con lo encontrado por Franco, Pérez y Pérez (2014) ya que señalan que un cuidador ansioso a cargo de un niño ejerce un mayor control y promueve menos la independencia. En cuanto al CuPRE, se considera que el factor que influyó en el puntaje obtenido se debe a la *deseabilidad social*, ya que los padres manifestaron pre-intervención mantener prácticas de crianza adecuadas hacia sus hijos, los puntajes tras la intervención no variaron y seguían considerándose adecuados, hecho que no permite reconocer el papel que tuvo la intervención en cuanto a las prácticas de crianza.

De modo que, según Briñol, De la Corte y Becerra, (2001) este hecho podría ser como una consecuencia de la tendencia en las personas a presentarse ante los demás de forma adecuada desde el punto de vista social, es decir de la forma más valorada socialmente en concreto es a causa de la *deseabilidad social*. Se asocia un aumento en los niveles de estrés ya que las personas que tienen alta deseabilidad social tienden a ceder con más facilidad a la presión con los demás, especialmente cuando se percibe a la fuente de persuasión como un experto (Briñol et al., 2001) en este caso particular serían los pasantes en psicología respecto a la efectividad de las prácticas de crianza apropiada.

Respecto a la relación que guardan los factores socioemocionales con la crianza se encontró que la presencia del padre guardan relación con el número de estresores lo que apoya lo encontrado por Abidin (1992), pues concluye que la percepción de apoyo del padre es una variable influyente para explicar el estrés de la crianza en la madre. Sin embargo, si este se manifiesta con preferencias respecto a uno de sus hijos basándose en el orden del nacimiento, la figura del padre pasa a ser un factor que genera estrés en la madre y se que se muestra en sus prácticas poco sensible y responsivo.

Tocante a la hipótesis dos que consistió en comprobar si existen relaciones entre los patrones de interacción en la mesa y los niveles de estrés y ansiedad del cuidador se encontró que la conducta de interrumpir al niño refleja falta de competencia ($r = -0.715$, $p = 0.006$), Abidin (1992) halló que este hecho refleja la carencia de habilidades prácticas acerca del desarrollo del niño, ya que los padres poseen un rango limitado de habilidades; es por ello que ha sido oportuna la intervención que se realizó para tratar las prácticas poco responsivas.

La mayor duración en la conducta de preparar ($r = -.699$, $p = .008$) se relacionó con un aumento en los niveles de estrés en el cuidador, hecho que favorece al niño, ya que si los niveles de estrés aumentan considerablemente a niveles adecuados la madre se encuentra más involucrada en el proceso de la crianza (Cortés et al, en prensa). La correlación positiva ($r = .686$, $p = .010$) en la subescala de salud parental refleja mayores intentos por llevarse a la boca los líquidos por parte del menor. Hablar de otro tema ajeno al contexto de alimentación ($r = -.815$, $p = .001$) y no vocalizar ($r = .776$, $p = .002$), se relacionó con el

desarrollo de ansiedad-rasgo, ya que constituye un factor de distracción para el menor que demerita el ritmo de la alimentación. De modo que la información sobre las fuentes de estrés que generaron Córtes-Moreno y Méndez-Lozano (2011) son afines a los resultados encontrados en esta investigación, pues mencionan que las fuentes de estrés son el sentimiento de competencia, la habilidad como madre y las creencias que se tengan respecto a la crianza. Sin embargo en ese estudio se encontraron niveles altos de estrés (Córtes-Moreno & Méndez-Lozano, 2011), esto puede deberse a que el instrumento que evaluó la ansiedad no es específicamente de ansiedad en la crianza, ni se relaciona a factores relacionados con el contexto social al que pertenece la muestra, es por ello que los puntajes obtenidos en los niveles de ansiedad no concuerdan con los de los estudios precedentes de esta línea de investigación.

De modo que las correlaciones reflejan que la práctica de crianza es menos responsiva y se asocia al escaso sentido de competencia, al estrés que provoca la crianza y al factor de la distractividad, Abidin (como se citó en Quihui, 2003) menciona que los eventos de vida estresantes, tienen efectos sobre la relación funcional (padre-hijo), incluso, el estrés en los padres tiene relación con el infante que es muy irritante, esto tendrá efectos diferentes en el desarrollo que resultaran en déficits persistentes durante su edad escolar, además dicho autor menciona que los niveles bajo de estrés en la crianza se relacionan con prácticas poco sensibles y responsivas o negligentes.

De acuerdo a la última hipótesis de investigación que consistió en evaluar la mejoría en relación a los factores de estrés y ansiedad del cuidador post intervención se identificó que los niveles de estrés en un principio estaban por debajo del promedio, tras la intervención el efecto que ocurrió generó un aumento en los niveles de estrés, aunque continuaban bajos ya se encontraban dentro del promedio, lo que se debe al efecto que tuvo la intervención.

Este hecho podría surgir de la misma forma en la que se suscitó en la investigación realizada por Abidin (1992), en ella menciona que algunos padres que obtienen puntajes extremadamente bajos en el IEP tienden a ser muy defensivos, miedosos, medianamente paranoides y negligentes con sus prácticas de crianza. Con frecuencia estos padres

reaccionan como diciendo: “Si yo admito que tengo esos problemas resultaré diferente y estaré hundido”. Sin embargo, cuando los mismos padres fueron enfrentados durante una sesión individual de consejo que formaba parte de la intervención, ellos admitían realmente una serie de preocupaciones y problemas que no habían señalado en el IEP, de modo que es recomendable realizar una replicación del inventario de estrés parental seis meses después para continuar evaluando el efecto que tuvo la intervención en torno al aumento del estrés con la misma muestra, además de realizar sesiones psicoeducativas dedicadas a explicar el fenómeno del estrés.

Contrario a lo ocurrido con el estrés, los niveles de ansiedad al principio de la intervención se encontraban elevados y tras la intervención continuaron elevados, lo cual puede deberse a múltiples factores como un ambiente familiar disfuncional, con conflictos maritales, sobreprotección, autoritarismo, apego hostil, escasez de afecto y percepciones negativas de la crianza, todo lo anterior puede ser generado por un entorno hostil de crianza, aunque resulta indispensable precisar que el inventario que evaluó los niveles de ansiedad no es propiamente de la crianza. Sin embargo, desde el comienzo del estudio se detectó que la población vive en una zona de riesgo y con altos índices en delincuencia (AHC, 2015), es por ello que se considera a la ansiedad no propiamente un indicador de los efectos de la intervención ya que a pesar de ella los indicadores se mantienen igual, si no debida a los factores sociodemográficos de los que la población objeto forma parte. Ocheando y Peris (2012) mencionan que la situación social desfavorable (nivel socioeconómico bajo, adversidad económica, condiciones de vida desfavorables) generan una sensación de inseguridad crónica que perpetúa elevados niveles de ansiedad.

Respecto a la hipótesis cuatro que consistió en evidenciar los cambios favorables en los indicadores antropométricos de peso y talla post-intervención en relación con las interacciones al comer, cabe señalar en cuanto a la nutrición infantil los valores en general mejoran ya que, a pesar de estar dentro de la normalidad se acercan más a la media poblacional, el hecho de que no se manifestaran cambios más palpables puede estar relacionado a la percepción social sobre la alimentación y negociación cultural, ya que las creencias populares limitan el tratamiento de control y mantenimiento de peso (Hernández et al., 2014), es por ello de vital importancia establecer un ambiente de confianza y respeto

desde el primer acercamiento con los participantes e irlo trabajando durante la intervención. Respecto a esta hipótesis es importante mencionar que se manifestaron cambios favorables respecto a los parámetros de peso y talla, ya que tras la intervención se promovió la autonomía del niño al consumir sus alimentos este hecho también se encontró en el estudio piloto que realizaron Cortés et al. (en prensa).

En cuanto al efecto de la intervención se encontró que esta ofrece evidencias del proceso de crianza, sus relaciones con los factores socioemocionales y los comportamientos efectivos del cuidador para favorecer la adecuada alimentación, de hecho es imprescindible realizar intervenciones con la finalidad de obtener cambios conductuales que promuevan el desarrollo y que ayuden a las familias a enfrentar las dificultades aún en un contexto de riesgo (Mártinez & García, 2011). Como el caso del PNMSh, que promueve el acceso a la alimentación mediante la distribución de un producto lácteo a través de sus lecherías (LICONSA) con la finalidad de incidir en los contextos donde se halla población en riesgo como una acción social (Memoria Audiovisual de la Administración Municipal de Tlalnepantla de Baz, 2016). A pesar de que dicho Programa favorece el acceso a la alimentación si no se incluye el establecimiento de rutinas alrededor de la hora de comer combinando el uso de la preparación proactiva, el modelado y la crianza sensible y responsiva será difícil garantizar el hecho de un adecuado desarrollo en el niño.

Por otra parte, el efecto de la intervención presentó cambios favorables en las conductas del niño: pedía más alimentos, consumió más sólidos por sí mismo, realizaba menos negativas y consumos pasivos, disminuyó sus vocalizaciones respecto a otros temas lo que impacta en el aumento del consumo de alimentos. En cuanto al efecto de la intervención que estaba dirigida a mejorar la nutrición del niño y a dotar al cuidador de un repertorio conductual apropiado para hacer frente al proceso de crianza y alimentación del menor, se encontró que el cuidador llamó más la atención del niño hacia la alimentación, observó más el comportamiento del niño, retractó menos la cucharada y hablaba más sobre el alimento lo cual es un sinónimo de una práctica alimentaria sensible y responsiva (Cortés-Moreno & Méndez-Lozano, 2011).

Se reconoce como una limitante la participación del padre durante la intervención ya que en algunos de los casos no figuro y este hecho dificulta la realización efectiva de una crianza sensible y responsiva (Cuervo, 2012), una paternidad activa hace que el niño se desarrolle mejor y más sano, que la madre tenga menos sobrecarga, ayuda a que el individuo que ejerce la paternidad se sienta más realizado, además de contribuir a favorecer el vínculo con los hijos y a volverse más sólido y de mejor calidad. Es bien sabido que existen enemigos que limitan la paternidad tales como: estrés (laboral, económico, etc.), ser un papá trabajólico, conflictos con la madre, violencia intrafamiliar, distractores (TV, computador, celular, etc.), machismo, creencias, falta de atención y empatía con las necesidades del niño (UNICEF, 2014).

De modo que si la intervención se dirige a los padres con la finalidad de construir un vínculo con el niño que permita no solo abastecerle de las necesidad económicas que presente, sino también de estimularle, bañarle, cambiar su ropa, prepararle sus alimentos, alimentarle, hablarle, contarle cuentos, cantarle, calmar el llanto, hacerle dormir, pasearle y jugar con él, además de compartir las tareas domésticas (UNICEF, 2014), la posibilidad de mejorar el desarrollo del niño aumenta y con ella la posibilidad de mejorar su desarrollo psicológico, social y emocional en la adolescencia, hasta llegar a generar un impacto en el papel que el niño en un futuro realizará como padre.

Este hecho puede conseguirse solo si, se sensibiliza al padre respecto a la importancia que tenga en la crianza de los hijos. De manera que si se cuenta con la presencia del padre y éste figura en la crianza de los hijos se sugiere aplicar los mismos cuestionarios que se aplican a la madre con la finalidad de generar un nuevo parámetro de comparación y evaluar la percepción del padre respecto a la crianza, los niveles de estrés y ansiedad que le genera.

Una limitante encontrada es el hecho de la deseabilidad social al responder el CuPRE ya que no permite realizar una adecuada comparativa post-intervención del efecto de la misma, sin embargo es por ello de vital importancia llevar a cabo un método de observación directa respecto a las interacciones que el cuidador tenga con el menor y de ser necesario recurrir a un registro anecdótico. Ya que las filmaciones solo se limitan a la hora de alimentarse, quedando fuera las interacciones que la madre realiza con su hijo mientras

es educado o se encuentra jugando con él, si se emplearan los registros anecdóticos en todas las sesiones sería más factible elaborar nuevas categorías de análisis para evaluar la crianza sensible y responsiva y con ellos se podría también evaluar la función del padre en la crianza. Por otra parte también se sugiere la creación de una escala que permita medir la ansiedad específicamente de la crianza validada en población mexicana sin límites de edad.

A pesar de que este estudio no consistió en llevar a cabo un análisis caso por caso se sugiere que con los datos obtenidos en estudios posteriores se realicen análisis por díada retomando aspectos cualitativos claves de los registros anecdóticos y se creen nuevos sistemas de categorías a partir de ellos, con la finalidad de mostrar el proceso de crianza y los factores que la involucran.

En la investigación realizada en la misma línea por Córtes-Moreno y Méndez-Lozano (2012) se planteó la siguiente cuestión ¿Es preciso disminuir los niveles de malestar relacionados con la crianza para promover patrones interactivos que fomenten un consumo adecuado de alimentos? A lo que la presente investigación arroja que es necesario disminuir los niveles de malestar en la crianza, ya que lo que ayuda a promover los patrones interactivos de una crianza sensible y responsiva resulta ser el adecuado manejo de los factores de riesgo como el estrés y la ansiedad acompañados de un entrenamiento conductual en la interacción diádica a la hora de ingerir alimento.

Por lo anterior se propone seguir bajando recursos para la realización de intervenciones gratuitas dirigidas a los cuidadores de niños pequeños que se encuentren en estado de desnutrición o que gusten conocer los aspectos de cuidado básico del niño, en zonas de riesgo ya que es en ellas donde se comprueba la existencia de mayores problemas relacionados con la alimentación.

BIBLIOGRAFIA

- Ahc (18 de Noviembre 2015) Hieren a dos mujeres durante enfrentamiento en Tlalne. *El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/metropoli/edomex/2015/11/18/hieren-dos-mujeres-durante-enfrentamiento-en-tlalne>
- Black, M. & Aboud, F. (2011). Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *The Journal of Nutrition*, 490-494. doi: 10.3945/110.129973
- Briñol, P., De la Corte, L. y Becerra, A. (2001). *Qué es Persuasión*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Consejo Nacional de Población (2005). Estimación de la Mortalidad Infantil para México las entidades Federativas y los Municipios 2005. Consejo Nacional de Población, México, D.F (*Serie Documentos Técnicos*) Recuperado el: 8 de Septiembre 2015. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Nota_metodologica
- Cornelio, J. (2007). Efectos de la desnutrición proteicoenergética en el sistema nervioso central del niño. *Neurología*, 44, 4-71
- Cortés, A. & Avilés, L. (2011). Factores demográficos, crianza e historia de salud: vinculación con la nutrición y el desarrollo infantil. *UniversitasPsychologica*, 10 (3), 789-802.
- Cortés, A. (2013). Salud y nutrición en el infante, programa basado en la promoción de prácticas maternas apropiadas. DGAPA PAPIIT IN307914
- Cortés, A., Romero P. & López M. (2013). Desnutrición y desarrollo infantil: evaluación de factores de riesgo ambientales y de historia de salud. *Psicología y Salud*, 18 (1), 69-80
- Cortés, A., Romero, P. & Flores, G. (2006). Diseño y validación inicial de un instrumento para evaluar prácticas de crianza en la infancia. *Univ. Psychol*, 5 (1), 37-49
- Cortés, A., Romero, P., Hernández, R. & Hernández, P. (2004). Estilos interactivos y desnutrición: sistema de observación para la detección de riesgo en el infante. *Psicología y Salud*, 14, 1-12.

- Cortés-Moreno, A. & Méndez-Lozano, S. (2011). Estrés parental, interacciones diádicas al comer y desnutrición en el periodo de alimentación complementaria. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*,3 (2), 113-125
- Cuervo, M. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas*,6 (1), 111-121.
- Delgado, L. & Gómez, M., (2015) *Prácticas de crianza y su relación con la ansiedad infantil*. (Tesis de Licenciatura inédita) Pontificia Universidad Javeriana Cali. Colombia.
- Diario Oficial de la Federación (2014) Programa Nacional México sin Hambre. México. Recuperado el 8 de Mayo 2016. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343098&fecha=30/04/2014
- Evans, J. & Myers, R. (1994) Prácticas de crianza: Creando programas donde las tradiciones y las prácticas modernas se encuentran. Consultive Group on early Childhood Care and Development. UNICEF. 15, 1-15
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (s.f). Glosario de términos sobre desnutrición. Recuperado el: 1 de Septiembre 2016. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1998). Estado Mundial de la Infancia 1998. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. Recuperado el: 30 de Septiembre 2015. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/mainmesp.htm>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2012). Glosario de nutrición. División de comunicación. Recuperado el: 1 de Septiembre 2016. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2013). Mejorar la Nutrición Infantil. El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr. Recuperado el: 30 de Septiembre 2015. Disponible en:

http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Spanish_UNICEFNutritionReport_low_res_10May2013.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2014). Estado Mundial de la Infancia 2015: Resumen. Estados Unidos. Recuperado el: 30 de Septiembre 2015. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2015_Summary_Spanish_Web.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2014). Guía de paternidad activa para padres. Recuperado el: 5 de Octubre 2016. Disponible en: <http://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2015/01/Guia-Paternidad-Activa.pdf>

Fornós, A. (2001). La crianza: su importancia en las interacciones entre padres e hijos. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 31 (32), 183-198.

Franco, N., Pérez, A. & Pérez M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.

García, A., Robles, E. & Van Barneveld, O. (2015). Actividades de crianza y autoatribución de roles de género en una muestra de padres mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(2). 495-512.

García, M., Parra, L. & Díaz, S. (1994). Los efectos de la desnutrición sobre los procesos de aprendizaje y memoria en modelos animales. *Biomed*, 5

Garófalo, N., Gómez, A., Vargas, J. & Novoa, L. (2009). Repercusión de la nutrición en el neurodesarrollo y la salud neuropsiquiátrica de niños y adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 81.

Gaxiola, J., Frías, M. & José, A. (2011). Factores protectores y los estilos de crianza: un modelo bioecológico. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social y de la Salud*, (1) 28-39

Hernández, E., Marín, A., Medina, A., Santana, A., Ordoñez, M. & Cabrera, Z. (2014) Percepciones sociales sobre la alimentación y negociación cultural deficiente en

las recomendaciones dietéticas dirigidas a madres con hijos menores de cinco años que presentan desnutrición. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 1 (2), 71-80

Hughes, S., Power, T., Liu, Y., Sharp, C. & Nicklas (2015) Parent emotional distress and feeding styles in low-income families. The role of parent depression and parenting stress. *Appetite*, (92) 337-342.

Ignacio, A. B. & Pérez, M. T. (2009) *Desnutrición Infantil*. (Monografía de Trabajo Social) Unidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Veracruzana. Minatitlán, Veracruz.

Karmina, E. & Rojas, C. (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48 (5) 491-496.

Knoche, L., Givens, J. & Sheridan, S. (2007) Risk and protective factors for children of adolescents: maternal depression and parental sense of competence. *Journal of Child and Family Studie*, 16 (5), 684-695

Márquez H., García V., Caltenco M. L., García E., Márquez H. F. & Villa A. (2012). Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. *El Residente*, 7 (2).

Martínez, M. & García, M. (2011) La crianza como objeto de estudio actual desde el modelo transaccional. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), 169-178.

Martínez, R. (2005). Hambre y desnutrición en los países miembros de la Asociación de Estados del Caribe (AEC) *Políticas Sociales*, (111), 7-15.

Memoria Audiovisual de la Administración Municipal de Tlalnepantla de Baz, Estado de México. Trienio 2016-2018. [TlalnepantladeBaz] (2016, Abril 25). Lechería LICONSA, Lázaro Cárdenas 3era. Sección, abril 8, 2016. [Archivo de video] Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=hAp91pfR9k4>

- Méndez-Ramírez, I., Namihira-Guerrero, D., Moreno-Altamirano L., y Sosa de Martínez C.(2006) El protocolo de Investigación: lineamientos para su elaboración y análisis 2ª edición. Trillas. México.
- Mental HealthAmerica (2008). La depresión materna. *Marcando la diferencia a través de la acción de la comunidad: una guía de planeamiento*. 7-16
- Montiel, M. & Vera, J. (1998a). Análisis de las propiedades psicométricas del índice de estrés de la crianza en una población rural. *La Psicología Social en México*,8, 86-90
- Montiel, M. & Vera, J. (1998b). Estrés de la Crianza en cinco Contextos Socioculturales de Riesgo. *La Psicología Social en México*,8, 200-207.
- Montiel, M., Vera, J. A., Peña, M.O., Rodríguez, A. L., &Felix, M. J. (2002). Estrés de la crianza, número de hijos y edad de la madre. *La psicología social en México*,9, 856-861.
- Ocheando, G. & Peris, S. (2012) Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral SEPEAP*, XVI (9) 707-714
- Oré, B., Díaz, J. & Penny, M. (2011) Impacto de una intervención con grupos de mamás y bebés en el desarrollo infantil. *Revista de Psicología*, 29 (1), 37-66
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2015). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2015. Glosario. Recuperado de: <http://www.fao.org/hunger/glossary/es/>
- Organización Mundial de la salud (2006). Patrones de crecimiento infantil. Nota Descriptiva no. 1. Recuperado el: 8 de Octubre 2015. Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/1_que.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (2007) Manual WHO Anthro para computadoraspersonales, version 3, Software para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niñosdelmundo. Ginebra.Recuperado el: 1 de Diciembre 2015. Disponible en http://www.who.int/childgrowth/software/manual_anthro_para_pc.pdf

- Organización Mundial de la Salud (2011). Patrones de crecimiento infantil. Recuperado el: 1 de Diciembre 2015. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Depresión. Recuperado el: 1 de Diciembre 2015. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud (s.f.) Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Recuperado el: 1 de Diciembre 2015. Disponible en www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
- Palacios, J. (1987). Las ideas de los padres sobre sus hijos en la investigación evolutiva. *Infancia y Aprendizaje*, 39-40,97-111
- Parra L., Téllez J. & Escobar C. (2003). *La desnutrición y sus consecuencias sobre el metabolismo intermedio* [versión electrónica]. México: Facultad de Medicina UNAM. Recuperado de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no46-1/RFM46108.pdf>
- Peña, M., Quihui A. & Vera, J. (2004). Estrés materno y el desarrollo infantil en comunidades del Estado de Sonora. *Anuario de Investigaciones Educativas*,6, 171-179
- Pérez, J., Ménendez, A. & Victoria M. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales. *PsychosocialIntervention*, 23, 25-32
- Quihui, A. (2003). *Estrés Materno y el Desarrollo Infantil en Comunidades al Sur del Estado de Sonora*. Tesis de licenciatura inédita. Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Sonora. Hermosillo, Sonora.
- Ramírez, M. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios Pedagógicos XXXI*, 2, 167-177
- Ramsay, M. (2004) *Feeding skill, appetite and feeding behaviours of infants and young children and their impact on growth and psychosocial development*. [version electronica]. Encyclopedia on Early Childhood Development. Recuperado de: <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/535/feeding->

skill-appetite-and-feeding-behaviours-of-infants-and-young-children-and-their-impact-on-growth-and-psychosocial-development.pdf

- Shamah, T., Rivera, J., Cuevas, L., García, R. & Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012. *Instituto Nacional de Salud Pública*.
- Spielberger, C. D. & Díaz-Guerrero, R. (1970). Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. México, D.F.-Santafé de Bogotá. El Manual Moderno.
- Stewart, R. (2007) Maternal depression and infant growth – a review of recent evidence. *Maternal and Child Nutrition*,3,94-107. doi: 10.1111/j.1740-8709.2007.00088.x
- Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8 (3), 417-449
- Vera, J. & Domínguez M. (1996). Personalidad de la madre como concomitante de las estimaciones de riesgo en el desarrollo del niño. *La Psicología Social en México*, 6, 438-443.
- Vera, J. & Domínguez, M. (1996). Aspectos psicosociales del cuidado del niño en la zona rural del estado de Sonora. *Enseñanza e investigación en Psicología*,2 (2), 162-181
- Vera, J. & Rodríguez, C. (2009). Prácticas de crianza, desarrollo y cuidado del niño en poblaciones rurales e indígenas. *Revista de Estudios e Pesquisas sobre as Américas*,2, 10-22
- Vera, J., Morales, D. & Vera, C. (2005). Relación del desarrollo cognitivo con el clima familiar y el estrés de la crianza. *Psico-USF*,10 (2) 161-168
- Vera, R. (1989). Factores psicosociales de la depresión y la ansiedad en madres con hijos deficientes mentales. *Zerbitzuan*,9, 94-105
- Villacís, B.P. (2004). *Investigación Estadística Exploratoria sobre la desnutrición Infantil en el Hospital del Niño Francisco de Ycaza Bustamante*. Periodo 2001-2002. (Tesis de Ingeniería inédita) Instituto de Ciencias Matemáticas. Escuela Superior Politécnica del Litoral. Guayaquil, Ecuador.

Wisbaum W. (2011). La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. UNICEF. Noviembre 2011. Recuperado el: 8 de Septiembre 2015. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

Wojcicki, J., Holbrook, K., Lustig, R., Epel, E., Caughey, A., Muñoz, R., Shiboski, S & Heyman M. (2011) Chronic maternal depression is associated with reduced weight gain in latino infants from birth to 2 years of age. OPEN ACCESS Freely available online. PLoS one. Vol. 6 Issue 2 e16737

World Health Organization. (2006). ANTHRO 2005: Software for assessing growth and development of the world's children [Computer software]. Geneva, Switzerland: Author.

Apéndice

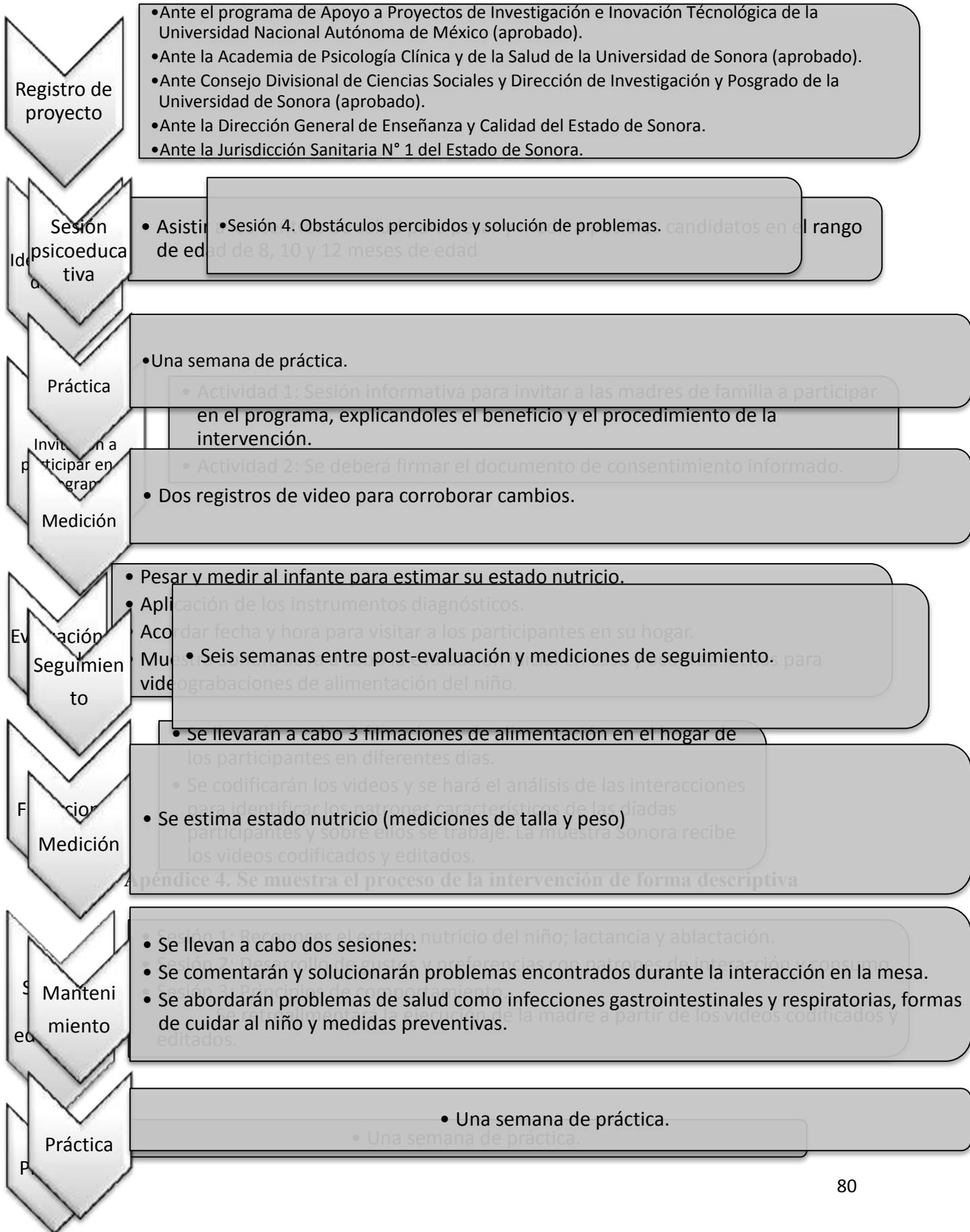
Apéndice 1. Categorías de interacción, verbalización y presentación/consumo del cuidador.

CANAL	CATEGORÍAS DE INTERACCIÓN
POSITIVO	EL CUIDADOR EXPRESA VERBALMENTE SU COMPETENCIA CON LA SITUACIÓN O CON EL NIÑO, MUESTRA UNA EXPRESIÓN FACIAL DE SATISFACCIÓN, RÍE EN OCASIONES Y/O ACARICIA AL NIÑO COMO MUESTRA DE CARIÑO
IMPACIENCIA	EL CUIDADOR MUESTRA UNA EXPRESIÓN FACIAL DE ENOJO, ALZA LA VOZ, FUERZA AL NIÑO A CONSUMIR EL ALIMENTO TRATANDO DE EVITAR SU MOVIMIENTO Y/O EXPRESA VERBALMENTE DISGUSTO POR EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO O LA SITUACIÓN
TRANQUILA	EL CUIDADOR NO MUESTRA EXPRESIÓN FACIAL DE ENOJO O SATISFACCIÓN, SE MANTIENE SERIO ANTE LA SITUACIÓN, MANTIENE UN TONO DE VOZ CONSTANTE Y NO EXPRESA AGRADO NI DESAGRADO.
FALTA DE ENTUSIASMO	ESTADO DE ÁNIMO IMPASIBLE QUE SE REFLEJA EN LA AUSENCIA DE GANAS O ENTUSIASMO.
CATEGORÍAS DE VERBALIZACIÓN	
SOBRE EL ALIMENTO	EL CUIDADOR HABLA ACERCA DEL ALIMENTO QUE VA A CONSUMIR EL NIÑO O DICE SU NOMBRE.
PROPIEDADES ORGANOLÉPTICAS	EL CUIDADOR HABLA HACIENDO REFERENCIA A LAS PROPIEDADES DE SABOR, OLOR, COLOR, TEXTURA DE LOS ALIMENTOS O ACERCA DE LOS POSIBLES BENEFICIOS DE CONSUMIRLOS.
SOBRE CONDUCTA	EL CUIDADOR LE DA INDICACIONES AL NIÑO O HACE REFERENCIA A SU CONDUCTA CON RELACIÓN AL CONSUMO DE ALIMENTOS.
OTRO TEMA	EL CUIDADOR HABLA SOBRE TEMAS AJENOS A LA ALIMENTACIÓN.
OTRAS VOCALIZACIONES	EL CUIDADOR EMITE OTRAS VOCALIZACIONES COMO TOS, RISA, ESTORNUDOS O NO ES POSIBLE IDENTIFICAR LO QUE DICE.
NO VOCALIZACIÓN	EL CUIDADOR GUARDA UN SILENCIO PROLONGADO MAYOR A TRES SEGUNDOS DE DURACIÓN.
CATEGORÍAS DE PRESENTACIÓN/CONSUMO	
BOCA SÓLIDO	EL CUIDADOR TOMA EL ALIMENTO CON CUBIERTO O LA MANO Y LO COLOCA EN LA BOCA DEL NIÑO.
BOCA LÍQUIDOS	DAR AL NIÑO ALIMENTO LÍQUIDO EN LA BOCA CON VASO O BIBERÓN.
CAMBIAR	SE RETIRA UN ALIMENTO Y SE PRESENTA OTRO COMO ALTERNATIVA
LLAMAR LA ATENCIÓN	EL CUIDADOR DIRIGE LA ATENCIÓN DEL NIÑO HACIA EL ALIMENTO (EJ. MOVIENDO LA CUCHARA).
INTERRUMPIR	EL CUIDADOR IMPIDE QUE EL NIÑO SE LLEVE POR SÍ MISMO EL ALIMENTO A LA BOCA.
OBSERVAR	EL CUIDADOR DIRIGE LA MIRADA CONSTANTE Y CONTINUAMENTE HACIA EL NIÑO POR MÁS DE TRES SEGUNDOS SIN REALIZAR OTRA ACTIVIDAD.
RETRACTA	EL CUIDADOR ALEJA DEL FRENTE DEL NIÑO EL ALIMENTO QUE SOSTIENE CON EL CUBIERTO O CON LA MANO.
PREPARA	EL CUIDADOR DISPONE DE LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA QUE EL MENOR PUEDA ALIMENTARSE SIN DIFICULTAD (DÁNDOLE CUBIERTOS AL NIÑO, ACERCÁNDOLE LOS ALIMENTOS, CORTANDO LA COMIDA EN PEQUEÑOS TROZOS.
OTRAS	EL CUIDADOR REALIZA CONDUCTAS AJENAS AL CONTEXTO DE ALIMENTACIÓN.

Apéndice2. Se muestra el canal del niño respecto a las categorías de interacción, verbalización y consumo.

CANAL	CATEGORÍAS DE INTERACCIÓN
AGRADO	EL NIÑO MUESTRA SATISFACCIÓN POR LA SITUACIÓN EXPRESÁNDOLO VERBALMENTE SONRIENDO Y/O CON ALGUNA EXPRESIÓN DE FACIAL.
DESAGRADO	EL NIÑO MUESTRA INSATISFACCIÓN POR LA SITUACIÓN EXPRESÁNDOLO VERBALMENTE, LLORANDO O GIMIENDO, TRATANDO DE ESCAPAR Y/O GOLPEANDO.
SERENO	EL NIÑO SE MUESTRA APACIBLE ANTE LA SITUACIÓN, SIN EXPRESIONES DE AGRADO O DESAGRADO.
APÁTICO	ESTADO DE ÁNIMO IMPASIBLE QUE SE REFLEJA EN LA AUSENCIA DE GANAS O ENTUSIASMO.
CATEGORÍAS DE VERBALIZACIÓN	
SOBRE ALIMENTO	EL NIÑO HABLA ALUDIENDO A LOS ALIMENTOS QUE TIENE FRENTE A ÉL O QUE VA A CONSUMIR O MENCIONA SUS NOMBRES.
MÁS ALIMENTOS	EL NIÑO SOLICITA UNA CANTIDAD ADICIONAL DE ALIMENTOS MEDIANTE SEÑALAMIENTOS O GESTICULACIONES EN RELACIÓN AL ALIMENTO O MEDIANTE EXPRESIONES DIRIGIDAS AL CUIDADOR (“MÁS”, “QUIERO”, ETC.)
OTROS ALIMENTOS	EL NIÑO NOMBRA ALIMENTOS QUE NO ESTÁN A LA VISTA O LOS COLICITA AL CUIDADOR EXPLÍCITAMENTE.
LLANTO	EL NIÑO LLORA DURANTE UN PERIODO MAYOR A TRES SEGUNDOS.
DISGUSTOS	EL NIÑO EXPRESA VERBALMENTE RECHAZO A UN ALIMENTO O SITUACIÓN CON VOCALIZACIONES ONOMATOPÉYICAS, PALABRAS AISLADAS O EXPRESIONES MÁS COMPLEJAS.
GUSTOS	EL NIÑO EXPRESA VERBALMENTE LA PREFERENCIA POR UN ALIMENTO O SITUACIÓN CON VOCALIZACIONES ONOMATOPÉYICAS, PALABRAS AISLADAS O EXPRESIONES MÁS COMPLEJAS.
No VOCALIZACIÓN	EL NIÑO NO EMITE NINGÚN TIPO DE VOCALIZACIÓN POR UN PERIODO MAYOR A TRES SEGUNDOS.
OTRAS VOCA	EL NIÑO EMITE VOCALIZACIONES COMO RISA, TOS, ESTORNUDOS, O HABLA ACERCA DE TEMAS AJENOS A LA ALIMENTACIÓN.
CATEGORÍAS DE CONSUMO	
SÍ MISMO LÍQUIDO	EL NIÑO BEBE POR SÍ MISMO TOMANDO LA BEBIDA CON UN UTENSILIO Y LLEVÁNDOLA A LA BOCA SIN ASISTENCIA DEL CUIDADOR.
SÍ MISMO SÓLIDO	EL NIÑO COMO POR SÍ MISMO TOMANDO EL ALIMENTO CON UN UTENSILIO O LA MANO Y LLEVÁNDOLA A LA BOCA SIN ASISTENCIA DEL CUIDADOR.
ACEPTA LÍQUIDO	EL NIÑO TOMA LA BEBIDA DESPUÉS DE QUE EL CUIDADOR LA COLOCA EN O CERCA DE LA BOCA.
ACEPTA SÓLIDO	EL NIÑO CONSUME EL ALIMENTO DESPUÉS DE QUE EL CUIDADOR LO COLOCA EN O CERCA DE LA BOCA.
PÍDE	EL NIÑO SOLICITA ALGÚN ALIMENTO NOMBRÁNDOLO O SEÑALÁNDOLO.
SE DISTRAE	EL NIÑO FIJA SU ATENCIÓN EN ASPECTOS AJENOS A LA ALIMENTACIÓN POR MÁS DE TRES SEGUNDOS (NO INTERACTÚA CON EL CUIDADOR NI CONSUME ALIMENTO).
No CONSUMO PASIVO	EL NIÑO NO CONSUME EL ALIMENTO O LO MANTIENE DENTRO DE LA BOCA POR MÁS DE TRES SEGUNDOS SIN MASTICACIÓN EVIDENTE.
OTRAS	EL NIÑO REALIZA CONDUCTAS AJENAS AL CONTEXTO DE ALIMENTACIÓN.
NEGATIVA	EL NIÑO SE RESISTE A CONSUMIR ALIMENTO, NO ABIRIENDO LA BOCA, CERRÁNDOLA, TAPÁNDOLA CON LA MANO, GIRANDO LA CABEZA, RETIRANDO LA MANO DEL CUIDADOR CUANDO ÉSTE INTENTA COLOCAR ALIMENTOS O BEBIDAS EN SU BOCA O CERCA DE ELLA, EXPULSANDO EL ALIMENTO UNA VEZ QUE ESTA ADENTRO.

Apéndice 3. Ruta crítica de la intervención



NO. DE SESIÓN Y NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	OBJETIVO	MATERIALES	PROCEDIMIENTO
1 RECONOCIENDO EL ESTADO NUTRICIO	EL CUIDADOR RECONOCIO Y PRACTICO LA FORMA DE IDENTIFICAR EL ESTADO NUTRICIO DE SU HIJO, MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE LAS TABLAS NHCS-OMS.	DIAPOSITIVAS IMPRESAS TABLAS IMPRESAS DEPENDIENDO EL SEXO DEL NIÑO	SE EXPLICO AL CUIDADOR MEDIANTE LA PRESENTACIÓN QUE ES Y COMO CALCULAR EL ESTADO NUTRICIO. SE LE BRINDO EL PESO Y LA TALLA DEL NIÑO, CON EL SE LE PIDO QUE COLOCARA EN LAS GRAFICAS CON UN PUNTO EL LUGAR DONDE SE ENCONTRABA SU HIJO. SE LE EXPLICARON LO QUE SIGNIFICA CADA COLOR. - FRANJA VERDE: PESO NORMAL - FRANJA AMARILLA: DESNUTRICIÓN MODERADA - FRANJA ROJA: DESNUTRICIÓN GRAVE
LACTANCIA Y ABLACTACIÓN	EL CUIDADOR RECONOCIO LA IMPORTANCIA DE PRACTICAR LA LACTANCIA	MATERIAL DIDÁCTICO (PRINCIPIOS DE ABLACTACIÓN Y LACTANCIA)	SE LES PIDIO A LOS CUIDADORES QUE HABLARAN ACERCA DE LO QUE CONOCIAN ACERCA DE LA LACTANCIA Y ABLACTACIÓN, CON LA EXPOSICIÓN SE PROCEDIO A DESMITIFICAR LOS MITOS Y CREENCIAS EN TORNO A ELLAS Y SE DIO A CONOCER INFORMACIÓN NUEVA (PORCIONES, ALIMENTOS IDIONIOS PARA EL COMIENZO DE LA ABLACTACIÓN, ETC.) A TRAVÉS DE LA EXPOSICIÓN
2 PREFERENCIAS ALIMENTICIAS	QUE LOS CUIDADORES RECONOCIERAN LAS CARÁCTERISTICAS RELEVANTES ACERCA DEL DESARROLLO DE PREFERENCIAS ALIMENTICIAS Y NEOFOBIAS E IDENTIFICARON LAS SEÑALES DEL NIÑO ASOCIADAS A SUS PREFERENCIAS. LOS CUIDADORES MODIFICARON SUS RESPUESTAS ANTE LAS PREFERENCIAS DEL NIÑO A DIN DE INCREMENTAR EL CONSUMO DE ALIMENTOS.	DIAPOSITIVAS IMPRESAS MATERIAL DIDÁCTICO (HOJA DE PREFERENCIAS ALIMENTICIAS, HOJA DE GUSTOS Y DISGUSTOS)	SE COMENTO EL TEMA DE LA SESIÓN ENFATIZANDO LA IMPORTANCIA DE CONOCER LAS PREFERENCIAS POR LOS ALIMENTOS DE LOS NIÑOS. SE EXPLORÓ LOS GUSTOS QUE LOS CUIDADORES RECONOCEN EN SUS HIJOS. SE LLENO LA HOJA DE GUSTOS Y DISGUSTOS ANTES DE INICIAR LA EXPOSICIÓN, POSTERIOR A ELLO, SE LE GENERO UNA PLATICA SOBRE CUALES SERIAN SUS ACCIONES FUTURAS AL OBSERVAR LAS PREFERENCIAS Y GUSTOS DEL NIÑO.
3 PRINCIPIOS BÁSICOS DEL	QUE LOS CUIDADORES CONOCIERAN LAS TÉCNICAS DE	DIAPOSITIVAS IMPRESAS MATERIAL DIDÁCTICO	SE LES PIDIO A LOS PADRES EJEMPLOS DE LAS CONDUCTAS QUE LES AGRADAN Y LES

COMPORTAMIENTO (MANEJO DE CONTINGENCIAS)	MODIFICACIÓN DE CONDUCTA APLICADAS EN EL HOGAR PARA INCREMENTAR O DECREMENTAR LA OCURRENCIA DE DETERMINADAS CONDUCTAS QUE LOS CUIDADORES IDENTIFICARON LAS ACCIONES QUE SUS HIJOS TOMABAN EN EL CONTEXTO DE ALIMENTACION Y EVALUARON COMO PODIAN MODIFICARLAS A PARTIR DE LO EXPUESTO	(MANEJO DE CONTINGENCIAS) FRAGMENTOS DE LOS VIDEOS UNA VEZ CODIFICADOS REPRODUCTOR DE VIDEO	DESAGRADAN EN SUS HIJOS, TAMBIÉN SE LES CUESTIONO SOBRE QUE HACEN CUANDO QUIEREN MODIFICARLAS, INCREMENTARLAS O EXTINGUIRLAS; POSTERIOR A ELLO SE DIO INICIO A LA EXPOSICIÓN DEL TEMA, DURANTE LA EXPOSICIÓN DE DIERON EJEMPLOS SOBRE: <ul style="list-style-type: none">- REFORZAMIENTO POSITIVO- REFORZAMIENTO NEGATIVO- INSTIGACIÓN- REFORZAMIENTO DIFERENCIAL- CASTIGO POSITIVO Y NEGATIVO AL FINALIZAR SE INSTIGO A LOS CUIDADORES A PONER EN PRÁCTICA LO APRENDIDO CON LAS CONDUCTAS QUE MANIFESTARON SUS HIJOS EN EL CONTEXTO DE ALIMENTACIÓN, PARA ELLO SE LES MOSTRARON LOS FRAGMENTOS DE VIDEO PARA QUE EVALUARAN LA CONDUCTA Y APLICARON LOS PRINCIPIOS DE COMPORTAMIENTO
4 SOLUCION DE PROBLEMAS	QUE LOS CUIDADORES IDENTIFICARON LOS PROBLEMAS Y OBSTACULOS PERCIBIDOS DURANTE LA CRIANZA EN EL CONTEXTO DE ALIMENTACIÓN	MATERIAL DIDACTICO (FOLLETO DE LA TÉCNICA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS)	SE COMENZO POR ATENDER A LAS DIFICULTADES SURGIDAS DURANTE LA SEMANA EN EL CONTEXTO DE ALIMENTACIÓN. SE CONTINUO POR ABORDAR UNA EN PARTICULAR E IRSE RESOLVIENDO CONFORME EL FOLLETO INDICABA. AL CONCLUIR TOCO EL TURNO DE LA MADRE QUIEN EJEMPLIFICARÍA CUAL ES EL PROCESO A SEGUIR PARA RESOLVER UN PROBLEMA
5 ENFERMEDADES INFECCIOSAS GASTROINTESTINALES Y RESPIRATORIAS	LOS CUIDADORES CONOCIERON LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS INFECCIONES E IDENTIFICARON SEÑALES DE ALARMA QUE INDICAN LA PRESCENCIA DE LA ENFERMEDAD; ADEMÁS DE QUE RECONOCIERON Y PRACTICARON LA FORMA DE PREVENIRLAS.	DIAPOSITIVAS IMPRESAS DADO FICHAS PARA TABLERO JUEGO MATERIAL DIDACTICO (ENFERMEDADES INFECCIOSAS GASTROINTESTINALES Y RESPIRATORIAS)	SE EXPUSIERON LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS INFECCIONES, LOS SIGNOS Y SINTOMAS Y LOS FACTORES QUE FOMANTAN SU APARICION Y SE ACLARARON DUDAS. DESPUÉS SE PROCEDIO A JUGAR CON LOS CUIDADORES CON LA FINALIDAD DE REFORZAR LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS.