

1 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES



FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES EN
PACHACÁMAC**

**Tesis para optar el grado de Licenciada en Psicología
con mención en Clínica
que presenta la bachiller:**

**JOYCE DE LA PIEDRA GUTIÉRREZ
ASESORA: MARÍA ANTONIA RODRÍGUEZ GARCÍA**

Lima, Perú

2016

Dedicatoria:

*Con todo ese amor que recibí,
para los niños de Pachacámac.*



7 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

Agradecimientos

Agradezco a mi asesora, por confiar en mi proyecto de tesis y por confiar en mí para realizarla. Al personal administrativo de la Facultad de Psicología de la PUCP, por su ayuda en todos los trámites indispensables para llevar a cabo esta investigación. Al personal del Centro de Salud, por su paciencia y buena disposición con mi trabajo; por abrir sus puertas y brindarme el apoyo necesario para contactar a las madres. A las madres que participaron en este estudio, por la confianza depositada y por haber compartido sus experiencias conmigo, por haberme regalado su tiempo. A mi familia, por el amor que cada uno de ellos me ha dado y por haber generado la red de intersubjetividades y medio en el que me he formado.

RESUMEN

El presente estudio exploró la asociación entre el estrés parental y la anemia infantil en madres de niños de 6 a 59 meses, que acudían al Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño. Sesenta y una madres respondieron el cuestionario Índice de estrés parental/Versión corta (PSI-SF, por su sigla en inglés) (Abidin, 1995), y se obtuvo información del nivel de hemoglobina de sus hijos a partir de las historias clínicas. La anemia en los niños resultó independiente del estrés parental de sus madres. Los niveles de estrés parental fueron normales entre las participantes; sin embargo, hubo una mayor percepción del *distrés* parental y menor percepción de las características difíciles de los niños en la muestra. El estrés parental estuvo asociado a tener más de un hijo. No se encontró que la anemia en los niños estuviera asociada a alguna variable sociodemográfica de la madre o característica del niño. Finalmente, se recomienda un modelo de intervención de promoción de la salud para mejorar la alimentación de los niños, que fomente el empoderamiento y la autoeficacia en las madres.

Palabras clave: estrés parental, anemia, nutrición infantil.

ABSTRACT

The present study explored the association between parenting stress and anemia in mothers of children aged 6-59 months, who attend the pediatric service of a primary health center. Sixty-one mothers answered the Parenting Stress Index/Short Form (PSI-SF) (Abidin, 1995) and children's anemia was identified via clinical histories. Parenting stress was not associated with anemia in children. Normal levels of parenting stress were found among mothers; notwithstanding there was a higher perception of parental distress and a lower perception of being a difficult child in our sample. High levels of parenting stress were associated with having more than one child. Anemia in children was not associated with any mother's social-demographic characteristic or children's characteristic. Finally, it is recommended that children's nutrition is improved through a health promotion model, fostering empowerment and self-efficacy in mothers.

Keywords: parenting stress, anemia, children nutrition.

9 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	7
MÉTODO	17
Participantes	17
Medición	17
Procedimiento	20
Análisis de datos	22
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN	31
REFERENCIAS.....	37
APÉNDICES.....	45
Apéndice A: Consentimiento informado	45
Apéndice B: Ficha sociodemográfica	48
Apéndice C: Derechos para el uso del PSI-SF versión en español	50



7 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

INTRODUCCIÓN

El estrés es una respuesta de los organismos que se da tanto en el aspecto fisiológico como en el psicológico y permite mantenernos en equilibrio y adaptarnos a nuestro medio, a sus cambios o demandas. Sin embargo, cuando esta respuesta es elevada puede llegar a causar daños en ambas esferas. En la fisiológica, la respuesta es general a diversos *estresores* (Seyle, 1956), donde las catecolaminas (Canon, 1939) y el cortisol (Seyle, 1956) juegan un rol importante. De manera distinta, en el nivel psicológico los organismos tienen diferentes respuestas frente al mismo *estresor*; algunas personas reaccionan de manera exacerbada, mientras que otras no (Lazarus y Eriksen, 1952). Según Lazarus y Folkman (1987) esto se debe a que la respuesta al estrés depende de la evaluación cognitiva de la situación estresante y del modo en que sea afrontada. Es decir, esta respuesta en realidad es un proceso en el que al evaluar nuestro ambiente como desfavorable, decidimos entre dos caminos: tomar acciones que cambien dicha circunstancia o utilizar medios cognitivos para alterar nuestra percepción de ella, lo cual a su vez nos lleva a una reevaluación de la situación resultante.

Según estos autores, la evaluación como el tipo de afrontamiento moldean la respuesta al estrés, mejorando o empeorando nuestra relación con el medio ambiente. Tanto la evaluación como el afrontamiento dependen de diferencias personales y variables situacionales, lo que nos da una amplia gama de posibilidades en el proceso, donde la motivación del sujeto y sus creencias —así como los recursos con los que cuenta— entran a tallar. Cuando la respuesta logra modificar el ambiente para nuestro favor o alejarnos de aquello que no podemos modificar —ya sea tomando acciones o recursos cognitivos—, la respuesta habrá sido exitosa. Es por esto que no existe una respuesta positiva o negativa por sí misma, sino que dependerá de la situación que debamos afrontar.

Esta teoría se ha aplicado a diversas situaciones (Cicchetti, 2005), en las que cada uno de los componentes del proceso de estrés, los *estresores*, las evaluaciones, los recursos, el afrontamiento y sus efectos finales han sido ampliamente estudiados. La *parentalidad* también es una experiencia fuente de estrés, que se ha estudiado siguiendo la teoría de Lazarus y Folkman (Gamerzy, 1983; Webster-Stratton, 1990; Abidin, 1992) y se ha encontrado que está determinada por variables personales y situacionales, tales como la evaluación paterna que se haga del niño (Mash y Johnston, 1990), la evaluación de las

competencias del propio padre y la disponibilidad de recursos, que incluyen el apoyo de la pareja y la economía familiar (Webster-Stratton, 1990).

Si bien no existe una respuesta de estrés correcta por sí misma, ante situaciones estresantes habrá personas que reaccionen de manera adaptativa y personas que no sean capaces de hacerlo. Del mismo modo que el estrés elevado nos lleva a respuestas mal adaptativas, se ha encontrado que niveles elevados de estrés parental afectan e impactan negativamente a los hijos, ya que influyen en la conducta de los padres, la relación niño-cuidador y, finalmente, el desarrollo de los niños (Bahk *et al.*, 2015).

Abidin (1992) propone que el estrés parental es aquel que surge alrededor de las demandas de cuidar a un niño y que es el resultado de la interacción entre las características de los cuidadores, las del niño y las del ambiente, donde las estrategias de afrontamiento inadecuadas de los padres, el temperamento difícil de los hijos y situaciones adversas, como los problemas en la relación de pareja del cuidador, poco soporte percibido de las redes sociales, problemas laborales, tener muchos hijos, que no hayan sido deseados, frecuentemente generan un elevado nivel de estrés parental. Cuando este estrés es moderado, permite llevar a cabo prácticas sensibles y responsivas, pero cuando es elevado afecta negativamente la conducta del cuidador y sus estrategias de crianza, lo cual, a su vez, tiene un impacto en la conducta de los niños y su desarrollo (Abidin, 1995; Montiel *et al.*, 2002; Bahk *et al.*, 2015).

Un padre estresado enfrentará mayores dificultades en el cuidado de su niño y —debido a la importancia de los adultos a este respecto y su efecto en su desarrollo físico y emocional— se han estudiado diversas problemáticas y factores con relación a este tema.

Un niño necesita una adecuada provisión de comida, salud, estimulación y apoyo emocional, mientras que el estrés parental elevado está asociado a desapego, problemas en el desarrollo cognitivo de los niños, problemas de conducta, problemas en la escuela y problemas emocionales (Vera *et al.*, 2005; Webster-Stratton, 1990; Soltis *et al.*, 2015; Jones *et al.*, 2014; Hooper *et al.*, 2015). Asimismo, se ha visto que el estrés parental está asociado a estados nutricionales deficientes de los niños, aunque clásicamente se ha vinculado estos últimos a la poca disponibilidad y baja calidad de los alimentos (recursos económicos, educación de los cuidadores, etc.). Del mismo modo en que las conductas de los padres influyen en el desarrollo emocional de los niños, el componente *comportamental* de los

9 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

padres juega un rol importante en su estado nutricional (Zeitlin, 1996; Engle, 2001; Peter, 2014).

Es por eso que se comenzaron a buscar variables psicológicas de la madre asociadas a la nutrición del niño. Hasta donde se sabe, Talbot *et al.* (1947) fue uno de los primeros en sugerir dichas variables en el estado nutricional deficiente de los niños; desde entonces, en la década de los sesenta creció el interés por el estudio de *estresores* maternos y sociales asociados a problemas en el desarrollo y en la nutrición infantil (Patton y Gardner, 1963; Elmer, 1966; Leonard *et al.*, 1966). Es así que en 1974 Talbot, Sobel y Burke estudiaron a un grupo de niños con desnutrición crónica (*failure to thrive*) —aunque ahora este término es más amplio y también se refiere a retrasos en el desarrollo cognitivo—, y encontraron que la característica de este estado se mantenía a pesar de que los niños parecían recibir la alimentación adecuada y aparentemente no existía ninguna causa orgánica, sugiriendo que dichas variables no bastaban para explicar el fenómeno.

Hoy en día, se sostiene que el componente *comportamental* en la alimentación de los niños es indudable, y sabemos que las prácticas alimenticias de los padres influyen no solo en la dieta de los niños sino en su consecuente estado nutricional (Bentley, 1991; Engle, 2001). Incluso, los programas dirigidos a mejorar la economía familiar no son suficientes (Kennedy y García, 1993). El estrés parental propiamente dicho fue estudiado recién en la década del 90 por Bithoney Van Sciver *et al.*, (1995) en Boston, Estados Unidos. Ellos analizaron la relación entre el nivel de estrés parental de 48 madres y la desnutrición global en sus niños, y lo que encontraron fue que las características maternas e infantiles del estrés parental estaban asociadas a la desnutrición global. Si bien no encontró una relación entre el estrés parental total y la desnutrición global, observó que las madres de niños desnutridos se sienten menos competentes y perciben a sus hijos menos adaptados al medio. Sin embargo, en 2007, Dunne *et al.* (2007) realizaron en Inglaterra un estudio sobre la salud mental de las madres y la desnutrición en sus niños. La investigación empleó una muestra de 234 mujeres y los resultados arrojaron que no existe tal relación. Dunne *et al.* (2007) midieron el estrés parental, depresión, autoestima, y competencia parental en madres de niños con desnutrición y sin desnutrición y, contrariamente a Bithoney *et al.* (1995) no encontraron diferencias entre los grupos en ninguna de sus variables.

Existen diversos indicadores del estado nutricional, ya que este depende de la alimentación y de su impacto en la presencia de macro y micronutrientes y su subsecuente

efecto en las funciones que necesite realizar el organismo y de su desarrollo. Estos indicadores nutricionales y de la salud se pueden basar en los efectos últimos, como la morbimortalidad infantil, en la presencia de signos clínicos, o en la medición de los nutrientes o biomoléculas en la sangre, como la vitamina A o el hierro. La desnutrición crónica, la desnutrición global y la aguda, y el sobrepeso, son indicadores que se obtienen de la relación entre el peso, la talla y la edad del niño, por lo que dan cuenta del efecto de la alimentación en un cierto período de tiempo sobre las medidas antropométricas mencionadas. Por ejemplo, la desnutrición aguda indica si ha ocurrido una pérdida de peso reciente con un índice del peso del niño para su talla y el que se espera para ella; y la desnutrición global indica la presencia de desnutrición con un índice del peso del niño y el peso esperado a su edad (Ubilluz *et al.*, 2008). La medición de nutrientes en sangre es un indicador del efecto de la alimentación en un período de tiempo más corto e incluso en ausencia de signos. Las mediciones de biomoléculas, como la hemoglobina, también son indicadores del estado nutricional y de salud de un individuo, aunque ciertamente su regulación no dependa solamente del tipo de alimentación (INS, 2014).

La deficiencia de hemoglobina, aunque se puede dar en ausencia de otros tipos de desnutrición, guarda relación con el indicador de desnutrición crónica, que señala un retardo del crecimiento con un índice de la talla del niño y la talla esperada a su edad, justamente porque al cuerpo le toma un tiempo agotar sus depósitos de hierro (INS, 2014). La anemia es el trastorno que se presenta cuando la concentración de glóbulos rojos o hemoglobina (Hb) en la sangre no es suficiente para los requerimientos del organismo. Las causas de anemia son diversas, pues cualquier disminución en la producción de los eritrocitos (eritropoyesis) que contienen la hemoglobina o el aumento de su destrucción pueden significar un descenso de la concentración de hemoglobina en sangre. Las enfermedades hereditarias, muy poco comunes, pueden causar un aumento de la destrucción de eritrocitos, como la destrucción eritrocitaria inmunológica, esferocitosis y eliptocitosis, la deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa y la talasemia. Las enfermedades infecciosas por parásitos, bacterias y virus, que son más comunes, también pueden causar un aumento de la destrucción de eritrocitos, como las parasitosis por geohelminthos, malaria, *Helicobacter pylori*, *Mycobacterium tuberculosis*, parvovirus, citomegalovirus, rubeola y VIH. En cuanto a la disminución en la producción de eritrocitos, se encuentran como causas la exposición a metales pesados y los procesos inflamatorios crónicos (infecciones, obesidad y embarazo). Y, más comúnmente, es causada

11 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

por la deficiencia de los nutrientes implicados en el proceso, como el hierro, las vitaminas C, A, B12 y el folato (INS-UNAGESP, 2014).

Sin embargo, en la casi totalidad de los casos de anemia lo que está afectada es la producción de los eritrocitos, debido a un desequilibrio en la homeostasis del hierro, elemento esencial para el organismo y que debe ser obtenido de la dieta. Cuando la dieta no suple las necesidades de hierro, el organismo agota sus reservas de depósitos de ferritina y surge la patología conocida como anemia por deficiencia de hierro (ADH) (Agudelo *et al.*, 2003; INS, 2014). La anemia también se puede deber a la deficiencia de otros nutrientes como el ácido fólico, que es el caso de las gestantes, o por falta de vitamina A y complejo B, por lo que podríamos decir que la mayoría de los casos de anemia infantil se trata de una anemia nutricional (George *et al.*, 2000; WHO, 2001, Rebozo *et al.*, 2005; INEI, 2014).

La hemoglobina es el principal componente de los glóbulos rojos, que son las células encargadas de llevar el oxígeno desde los pulmones hacia los demás tejidos, por lo que su función es primordial. Debido a que el oxígeno es requerido en una amplia gama de procesos fisiológicos, la anemia puede tener varios efectos, observables en un continuo de gravedad, según el tiempo de padecimiento y la severidad de la misma. El requerimiento de hemoglobina no es el mismo en todos los momentos del desarrollo o circunstancias del ser humano, aquel depende de la edad de la persona, sexo, presión de oxígeno atmosférico a la que se vive y la etapa de gestación. Con estas consideraciones, en niños desde los 6 meses, una concentración de hemoglobina en sangre de 10g/dl a 10.9g/dl se considera anemia leve, de 7g/dl a 9.9g/dl es anemia moderada, y menor a 7g/dl es anemia severa (OMS, 2011b; NHLBI, 2012; INS, 2014). Niveles bajos de hemoglobina en sangre o anemia podrían ser asintomáticos al inicio o mostrar síntomas relacionados con la disminución del transporte de oxígeno, como debilidad, cansancio, dolores de cabeza, problemas de concentración, falta de apetito y mal humor, a corto o mediano plazo. Pero a largo plazo y en edades tempranas, las consecuencias son nefastas, pudiendo llegar a afectar el tamaño del cerebro, el desarrollo intelectual y psicomotor si la anemia es moderada o severa. A largo plazo, los niños y los adolescentes anémicos podrían mostrar un bajo rendimiento en la escuela, así como problemas generales de salud una vez alcanzada la adultez, dependiendo de la severidad de la anemia y el tiempo de padecimiento (Leiva *et al.*, 2001; Stanco, 2007; NHLBI, 2012).

La anemia es un problema severo de salud pública y de prioridad nacional para el Perú. Los más afectados son los niños menores de 5 años, sobre todo entre los 6 meses —

edad en la que se inicia la alimentación complementaria— y los 2 años, así como mujeres gestantes. Su prevalencia en niños y niñas menores de 5 años es de 35.6%, con 21.8% en el grupo de 48 a 59 meses y 63.1% en el grupo de 9 a 11 meses, período en el que ya se comenzó a dejar, poco a poco, la leche materna y se están incorporando otros alimentos a la dieta. La situación también empeora según el sector al que pertenece el niño; para el sector rural la prevalencia es de 44.5%, mientras que para el sector urbano es de 31.7%. Del mismo modo, la situación varía según la región de proveniencia del niño. En la región de la selva la prevalencia es de 46%, mientras que en la costa y en la sierra es de 28.8% y 43.5%, respectivamente; aunque Puno es el departamento más afectado, con 63.5%. Además, un bajo nivel educativo, dificultades económicas y poco acceso a servicios por parte de las madres también son factores de riesgo de padecer anemia en los niños (Alcázar, 2012; INEI 2012; INEI 2013, INEI 2014).

Es por esto que la anemia se ha vinculado principalmente a una menor calidad en la alimentación, cuyas causas posibles son bajos índices de educación de las madres, falta de recursos económicos en la familia y poco acceso a servicios. Esto guarda relación con el hecho de que el sector más afectado es el rural y que esta enfermedad aqueja mayormente a niños a partir de los 6 meses de edad, justamente el período en el que se empieza a dejar la lactancia que venía cubriendo todas las necesidades nutricionales del niño y se inicia la alimentación complementaria (INEI, 2014).

En consecuencia, para enfrentar el problema, en países donde la prevalencia de anemia es igual o mayor que 20%, como es el caso de nuestro país, la Organización Mundial de la Salud recomendó el uso de multimicronutrientes en polvo en niños de 6 a 23 meses de edad (OMS, 2011a). Por su parte, UNICEF está llevando a cabo esta recomendación con su programa “Chispitas Nutricionales”, que incluye al Perú desde agosto de 2009 y es parte de la atención primaria a todos los niños de esta edad (UNICEF, s.f.; Minsa, s.f.). El tratamiento para curar la anemia también se implementa desde la atención primaria y a todos los niños de 0 a 3 años en su “Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño”. Esta estrategia incluye, además, el programa “Nutriwawa” que promueve la buena nutrición a través de la educación nutricional de la madre y herramientas para conseguir alimentos asequibles, así como suplementos de micronutrientes y sulfato ferroso (MINSAs, s.f.).

Pero, además de la educación y la economía familiar, como mencionamos anteriormente, el componente *comportamental* paterno, es decir, las prácticas alimenticias de

13 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

los cuidadores, también determina la dieta de los niños y su estado nutricional (Engle, 2001; Piazza *et al.*, 2003). Estas prácticas incluyen los alimentos escogidos y las estrategias empleadas por los encargados de alimentar al niño, prácticas que están influenciadas, en parte, por su conocimiento sobre la nutrición, por actitudes hacia la comida, la comida que suele haber en casa y el moldeamiento parental de las conductas alimenticias. Las estrategias que la madre usa para que el niño coma impactan su estado nutricional; esto es, la forma de dar de comer de las madres, el estilo y su habilidad, que se han asociado al estado nutricional del niño (Engle *et al.*, 2000). Ejemplos de lo mencionado son los estudios de Cortés *et al.* (2004) y de Cortés y Méndez (2008) —ambos en México—, que encontraron que las madres de niños desnutridos se mostraban impacientes y faltas de entusiasmo y atención hacia la actividad de alimentar a sus hijos. En cambio, un estilo con demandas razonables y consecuentes, sensible y receptivo para los niños tiene un buen impacto en el peso de estos últimos, según un estudio sobre 383 inmigrantes en Estados Unidos (Tovar *et al.*, 2012). Del mismo modo, en México, Cortés *et al.* (2004 y 2008) observaron que los cuidadores de los niños con un peso adecuado facilitaban el consumo de alimentos prestando atención a la actividad, lo que el niño hacía en la mesa y hablándoles más sobre la comida y sus características. Sumado a esto, los niños con peso adecuado mostraron más independencia para comer que los desnutridos.

La problemática de la alimentación y los estados nutricionales de los niños siguen el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1986) y el de estrés parental de Abidin (1995). La alimentación de los niños es una fuente de estrés, hay una evaluación de los propios recursos por parte del cuidador que se encarga de alimentarlo, de las características del niño a la hora de comer, y del contexto que los rodea. Así como se sabe que indudablemente los recursos económicos para conseguir la comida y el conocimiento con el que cuenta el cuidador afectan la salud del niño desde su nutrición, se ha encontrado que los problemas de pareja, poco soporte social y las características del propio niño —como, por ejemplo, ser un “niño difícil para comer”— también están asociados a la mala alimentación de los niños.

En cuanto al contexto, la alimentación de los niños es un aspecto importante de la crianza y representa un reto del rol parental, más aún si consideramos un escenario en el que la alimentación es una actividad que las familias, la sociedad y la cultura suelen ver como una responsabilidad que recae sobre las madres, particularmente, siendo ellas las que deben asegurar el buen desarrollo físico y emocional de sus niños (Ramsay, 2004; Cortés y Méndez,

2011). El estrés parental afecta la conducta de la madre y esta, a su vez, la conducta del niño, convirtiendo la hora de la comida en una serie de interacciones perjudiciales para el estado nutricional del niño (Cortés *et al.*, 2004; Cortés, 2008). Entonces, quizás no solo estamos hablando de las creencias alrededor de la alimentación, la educación de la madre o los recursos económicos cuando hablamos de estados nutricionales deficientes como la anemia, sino que, también el estrés podría estar jugando un rol importante.

A esto se suma el hecho de que el inicio de la alimentación complementaria no es una tarea fácil; requiere ciertos recursos por parte del cuidador, conocimiento, tiempo, motivación, etc. Si bien al comienzo la leche materna o alguna fórmula que la reemplace — en caso de que alguna dificultad impida la lactancia— brinda todos los nutrientes necesarios para el desarrollo a partir de los 6 meses, esta situación cambia y se deben incorporar los nuevos alimentos a la dieta del niño poco a poco, pues su organismo aún no está acostumbrado a ellos, le cuesta aceptar nuevos sabores, texturas, etc. El inicio de la alimentación complementaria debe ser adecuado y aportar los nutrientes propicios en cantidades necesarias, según la edad del niño. En las visitas al pediatra se enseña a las madres a incorporar paulatinamente distintos alimentos a la dieta de sus niños. Hasta los 8 meses, esta consiste en alimentos blandos, como papillas, mazamorras y purés, deben incluir harinas sin gluten, menestras sin cáscaras, grasa animal y vegetal, carnes y vísceras, frutas no cítricas y vegetales como el zapallo, camote y papa; las cantidades van de 2 a 5 cucharadas, entre 2 y 3 veces al día. En la segunda etapa, a partir de los 9 meses y hasta los 11 meses, el infante puede comer alimentos que ya requieran ser masticados, pero picados finamente, como fideos cortos, verduras y frutas no cítricas en trozos pequeños y carne finamente picada; es importante la inclusión de la clara de huevo en esta etapa, por ser una rica fuente de proteínas. Las cantidades de alimento en este período van de 5 a 7 cucharadas, 4 veces al día. A partir del año de edad en adelante, el infante puede ingerir todo tipo de alimentos, incluso los que requieran ser masticados y las cantidades en cada ingesta van entre 7 y 10 cucharadas 5 veces al día (MINSA, s.f.). Como vemos, la alimentación del niño exige mucho reparo por parte del cuidador.

La investigación sobre la relación entre el estrés parental y el estado nutricional de los niños también ha estudiado las interacciones a la hora de la comida y los estados nutricionales, como la desnutrición crónica. Piazza *et al.* (2003) hicieron un análisis funcional de la interacción en la alimentación de 15 niños y sus padres, y observaron que las

15 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

interrupciones con juegos y darle al niño la comida que prefiere son seguidas de una conducta inapropiada por parte de estos, sugiriendo que las estrategias empleadas por el cuidador para alimentar a sus niños impactan en su estado nutricional. En el año 2011, en México, Cortés y Méndez encontraron que las madres de niños desnutridos presentaban mayores niveles de estrés parental global y, además, percibían a sus hijos poco adaptados, como también menos apoyo de su pareja.

Consecuentemente, se ha encontrado que las características de los niños y los padres también influyen en el estado nutricional de los niños. En el Perú, (Valderrama y Alena, 2003) realizaron un estudio de las características propias de los niños asociadas a una curva plana de crecimiento, y encontraron que las madres de niños con problemas de crecimiento eran descritos más frecuentemente por sus madres como “niños difíciles para comer”. En Australia, Peters *et al.* (2014), estudiaron los factores parentales que contribuían a una dieta saludable en los niños —que contuviera frutas y verduras—, y encontraron que los padres de niños que comían raciones más saludables percibían mayor soporte de sus parejas, mientras que los padres de niños con dietas poco saludables —menos frutas y vegetales— presentaban mayores niveles de estrés debido a “lo difíciles que eran sus hijos para comer”.

El efecto del estrés parental también se ha estudiado en relación con la anemia en niños y no solo con la desnutrición global o crónica. En Uruguay, Kordas *et al.* (2011), demostraron una relación entre una dimensión del estrés parental y un nivel bajo de hemoglobina en niños. Los investigadores midieron los niveles de hemoglobina de 109 niños y el estrés de sus madres, encontrando que las madres de niños con anemia perciben menos soporte emocional que sus pares no anémicos. Por lo que, para el caso de la anemia, el estrés parental también podría jugar un rol importante.

Desde el año 1996, en que se publicó la primera Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES), las estrategias para enfrentar la anemia y la mala alimentación en los niños peruanos han basado su intervención en la educación de las madres y el suplemento de nutrientes (INEI-UNAGESP). Sin embargo, parece que las mejoras que se promovieron en el pasado con estas estrategias ya no son suficientes (Pelto, 2000; Huamán *et al.*, 2012). Más aún, en los últimos tres años se ha observado un incremento de la prevalencia de anemia a nivel nacional, con 30.7% para el año 2011, 32.9% para 2012 y 34.0% para 2013 (Alcázar, 2012; INEI, 2012, 2013 y 2014). Por esto, la anemia sigue siendo una enfermedad que contribuye a la pobreza y cierra su círculo, pues además de un peligro para la salud representa

una notable disminución de oportunidades e inequidad social, ya que un funcionamiento cognitivo disminuido podría obstaculizar el rendimiento laboral o académico de los sujetos y hacer decrecer la posibilidad de salir de la pobreza (Leiva *et al.*, 2001; Alcázar, 2012, WHO, 2013).

El hecho de que tanto el estrés parental como las prácticas alimenticias inadecuadas estén asociados a una mala conducta alimentaria por parte de los niños y finalmente a estados nutricionales deficientes (Cortés y Méndez, 2004; Cortés 2008), incluida la anemia (Kordas, 2011) sugiere que el estrés parental es un componente importante en la dieta de un niño, donde la interacción entre madres e hijos a la hora de la comida generaría situaciones de tensión que impactarían negativamente en el comportamiento de la madre y este, a su vez, en las conductas alimentarias de su hijo (Piazza *et al.*, 2003).

Sin embargo, se requieren más estudios para determinar si existe relación entre el estrés parental y el estado nutricional de los niños, sobre todo con la anemia específicamente; ya que los estudios tendrían un impacto en la manera en cómo se viene interviniendo esta problemática, que hasta ahora solo atiende el aspecto educativo y económico, mas no mira el estrés de las madres alrededor de la alimentación de sus hijos, que podría estar afectando el nivel de hemoglobina de los niños. Más aun si consideramos que el mismo diagnóstico de anemia podría estar contribuyendo a elevar el nivel de estrés parental y propiciar disfunciones en las relaciones padre-niño, tal y como lo hace el diagnóstico de diversas enfermedades en los infantes (Hoghughi, 2004).

Es por esto que la presente investigación tiene como objetivo explorar la asociación entre el estrés parental y la anemia en niños de 6 a 59 meses. Para esto, realizamos un estudio en el que medimos el estrés parental en madres y el nivel de hemoglobina en sus niños en un momento dado, esperando encontrar niveles de estrés significativamente más elevados en las madres de niños con anemia.

17 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

MÉTODO**Participantes**

La población de la cual se obtuvo la muestra fue representativa de las madres de niños con alimentación complementaria, que acuden al Centro de Salud Pachacámac para la atención del control del crecimiento y el desarrollo. La muestra quedó conformada por 61 madres hispanohablantes con un rango de edad de entre 16 y 42 años ($M= 27.16$, $DE= 6.18$), provenientes de distintas zonas del distrito de Pachacámac. Como requisitos para este estudio las madres debían haber culminado los estudios escolares, ser las encargadas de darle de comer a su hijo o hija y no padecer ninguna enfermedad crónica.

El 14.75% ($n= 9$) había culminado la educación técnica y el 11.47% ($n= 7$) había finalizado la educación universitaria. El 72.13% de las madres ($n= 44$) se dedicaban exclusivamente al hogar y a sus hijos, el 24.59% ($n= 15$) realizaba alguna labor en casa o los fines de semana además de dedicarse al hogar y a sus hijos, y el 3.28% ($n= 2$) trabajaba en las mañanas además de dedicarse al hogar y a cuidar a sus hijos. El 90.16% de las madres ($n= 55$) contaba con una pareja y convivía con ella, el 3.28% ($n= 2$) contaba con una pareja, pero no convivían y el 6.56% ($n= 4$) no tenía pareja. En cuanto al número de niños, el 47.54% de las madres ($n= 29$) tenía un solo hijo, el 34.43% ($n= 21$) tenía 2 hijos, el 13.11% ($n= 8$) tenía 3 hijos, el 3.28% ($n= 2$) tenía 4 hijos y el 1.64% ($n= 1$) tenía 6 hijos. El 11.48% ($n= 7$) hablaba el quechua en casa y el 1.64% ($n= 1$) hablaba el catalán en casa.

En cuanto a los hijos, de quienes se obtuvo el nivel de hemoglobina, como requisito para este estudio debían haber iniciado la alimentación complementaria y no padecer ninguna enfermedad crónica. El rango de edad de estos niños osciló entre los 6 y los 49 meses ($M= 21.8$, $DE= 12$), 32 fueron mujeres (51.46%) y 29 fueron varones (47.54%). Sus niveles de hemoglobina en sangre tuvieron una antigüedad promedio de 4 meses ($DE= 3.8$) y un rango de 9.2 y 12.8 ($M= 11.9$, $DE= .87$). El 57.38% de los niños ($n= 35$) tenía niveles normales de hemoglobina, el 32.79 % ($n= 20$) contaba con anemia leve y el 9.84% ($n= 6$) tenía anemia moderada, en ninguno de los niños se detectó anemia severa.

Medición

La anemia de los hijos se determinó mediante la revisión de las historias clínicas, que cuentan con la información de la concentración de hemoglobina (Hb). Dicha concentración se obtuvo mediante una prueba que determina los gramos de hemoglobina presentes por decilitro de sangre. Esta prueba, conocida como Hemocue, cuenta con una especificidad y sensibilidad del 90 y 80%, respectivamente (Neufeld *et al.*, 2002). Según indican el Instituto Nacional de Salud y la Organización Mundial de la Salud, consideramos todas concentraciones de Hb inferiores a los 10g/dl como casos de anemia; entre los 10g/dl y 11.9g/dl (10.9 para niños y embarazadas) como anemias leves, entre los 7g/dl y 9.9g/dl como anemias moderadas, y menores a 7g/dl como severas (OMS, 2011b; INS, 2014).

Los datos sobre las madres y sus hijos, como los criterios de inclusión, exclusión, datos sociodemográficos, etc., fueron recolectados con una ficha de datos y a partir de la historia clínica de los niños (Anexo B). En la primera parte de la ficha de datos se revisaron los criterios de inclusión/exclusión, como también que las madres tuvieran niños que ya iniciaron la alimentación complementaria y que contaran con análisis de hemoglobina recientes. Luego se verificó que fuera la madre quien cuidara de su hijo, que ninguno tuviera alguna enfermedad crónica y que la madre hubiera terminado la educación secundaria y pudiera entender el cuestionario. En la segunda parte se recolectaron los datos sociodemográficos de la madre; en la tercera parte, los datos sobre la alimentación del niño, y en la cuarta y última parte se recolectaron los datos de la historia clínica, como el nivel de hemoglobina y el estado nutricional del niño.

El estrés parental en las madres se midió a través del Índice de estrés parental de Abidin (1995), en su versión corta (PSI-SF). Este índice fue elaborado para medir el estrés percibido por los padres en su tarea de crianza, a partir del modelo de estrés parental de Abidin (1995), que considera las variables del niño y del padre, y de su versión completa de 120 ítems, del mismo autor.

El instrumento, en su versión corta, está conformado por 36 ítems con una escala Likert de 5 puntos que determina un puntaje global del estrés parental a partir de tres subescalas llamadas *distrés* parental (ítems 1 al 12), relaciones difíciles padre-niño (ítems 13 al 24) y características difíciles del niño (ítems 25 al 36), que son las mismas subescalas que en la versión completa. El *distrés* parental se refiere a la percepción de estrés por parte del padre en su rol, desde su sentido de competencia como criador, las restricciones en otros aspectos de su vida, debidas a la crianza, dificultades con la pareja por la crianza del niño y la

19 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

falta de apoyo social en su rol como padre. La subescala relaciones difíciles padre-niño, se refiere a la calidad de la relación con el niño en tanto las expectativas del padre o madre sobre los logros de sus hijos son cubiertas por el desempeño de estos, así como por los refuerzos que reciben por parte de los niños. Las características difíciles del niño (ítems 25 al 36), se refieren a la percepción de los padres sobre las conductas de sus hijos en términos de su adaptabilidad, impulsividad, falta de autocontrol y otros comportamientos disruptivos (Abidin, 1995). Tanto para la escala total, como para las subescalas, se considera que puntuaciones que caen del percentil 16 al 84 representan niveles de estrés dentro de un rango normal, del percentil 85 al 89 representan niveles de estrés elevados, y puntuaciones que caen en el percentil 90 o más son clínicamente significativas.

Además, el instrumento cuenta con una escala de respuesta defensiva, que se obtiene de la suma de los valores de las respuestas a los ítems de la subescala de *distrés* parental 1, 2, 3, 7, 8, 9 y 11 e indica que el padre no está experimentando el estrés o la tensión propia de cuidar de un niño. Mediante esta escala podemos determinar si existe deseabilidad social por parte del padre, con la intención de mostrar una imagen propia más favorable y más competente o no querer mostrar los problemas en la relación con su hijo. Puntuaciones iguales o menores a 10 en esta escala, sin embargo, también podrían sugerir que el padre no está comprometido con su rol por diversas razones o que, efectivamente, es muy competente (Abidin, 1995).

Al igual que su versión completa, el PSI-SF ha sido ampliamente utilizado. Se ha usado en poblaciones de diferentes características: hispanas, afroamericanas, afroamericanas de NSE bajo, rural, padres adolescentes y abuelas encargadas de la crianza en Kenia. Del mismo modo, se ha traducido a diferentes idiomas, como el inglés, francés, alemán, italiano, sueco, japonés, chino, etc., mostrando ser válido y confiable (NCTSN, 2005).

En una muestra de 1056 padres adultos, en Estados Unidos, mostró una confiabilidad test-retest después de 360 días de .68 a .85 para la escala más alta y la escala más baja y una consistencia interna de .80 a .91, respectivamente. En cuanto a su validez, el estrés parental correlaciona positivamente con preocupaciones durante el embarazo, intrusión maternal y apego inseguro. Mientras que correlaciona negativamente con la autoeficacia parental. Además, el PSI-SF discrimina a madres de niños con problemas de lenguaje y con depresión (NCTSN, 2005). Del mismo modo, el estrés parental está asociado positivamente a estilos de crianza no saludables y al uso de disciplina violenta, así como negativamente a calidez

parental y reciprocidad. Puntuaciones altas de estrés parental, son más probables en padres abusivos y negligentes (Rogers, 1993; Haskett *et al.*, 2006).

En una población española se hallaron nuevamente los 3 factores de la versión corta, que explicaban el 47% de la varianza, una consistencia interna de .82 en *distrés* parental y de .90 para la escala total (Díaz *et al.*, 2010). En el Perú, en una muestra de 58 padres y madres con niños con trastornos del espectro autista se obtuvo una consistencia interna de .93, con .82 para relaciones difíciles padre-niño, con .84 para *distrés* parental y .87 para características difíciles del niño (Pineda, 2012). Más recientemente, también en el Perú y en 33 madres con niños con trastornos del espectro autista, se encontró una consistencia interna de .92, con .85 para *distrés* parental, .80 para relaciones difíciles padre-niño y .88 para características difíciles del niño (Mendoza, 2014).

En el presente estudio se obtuvo una consistencia interna de .79 para la escala de estrés parental, con .71 para *distrés* parental, .52 para relaciones difíciles padre-niño y .60 para características difíciles del niño.

Procedimiento

Se realizó una aplicación piloto del protocolo utilizado en este estudio con 10 madres, para hacer correcciones de la ficha de datos y recoger información sobre las preguntas que realizaban las madres sobre los ítems de la prueba. Con el procedimiento estandarizado, contactamos a las madres que se encontraban en la sala de espera del Centro de Salud para el servicio de control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. Se verificó si la edad del niño era igual o mayor a 6 meses, que el niño hubiera iniciado la alimentación complementaria y que contara con el análisis de hemoglobina antes de invitarlas a participar. En esta fase, 10 madres decidieron no participar y 20 no contaban con los análisis de hemoglobina.

Las madres que accedieron fueron invitadas a un espacio privado, donde se les presentó más ampliamente el estudio y se les recalcó que la participación era totalmente libre y voluntaria y que no habría ningún tipo de repercusión en su atención ni en la de sus hijos si no deseaban participar. También se les hizo explícito, en todo momento, que participaran o no del estudio, su identidad sería protegida y conocida solamente por el investigador quien, en ningún momento y bajo ninguna circunstancia, la revelaría; que los datos recogidos se

21 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

usarían de manera anónima y general, referidos a la población. En esta fase 4 madres decidieron no participar.

A las madres que aceptaron participar se les presentó el consentimiento informado, que fue leído en voz alta, explicándoles la voluntariedad de su participación, los riesgos y beneficios; además, se les otorgó tiempo para resolver cualquier duda que surgiera con respecto a su participación. Una vez firmado este documento, se procedió a la recolección de los datos, y la información sobre el nivel de hemoglobina del niño fue brindada luego por el centro de salud, con autorización de la madre. En esta fase 5 madres no cubrieron los requisitos para participar.

Para medir el estrés parental, se les aplicó la PSI-SF, que duró aproximadamente 20 minutos. Para asegurar que el cuestionario y sus preguntas fueron comprendidos y no había dudas al respecto, este instrumento que es de autoaplicación, fue suministrado por la investigadora, quien explicó a las madres cómo se llenaba, leyó las preguntas en voz alta y apuntó la respuesta que la madre elegía. En esta fase, 3 protocolos se descartaron debido a que las madres no comprendían las preguntas.

Al finalizar la recolección de datos, se otorgó el espacio y tiempo necesarios para contener y elaborar cualquier emoción negativa o preocupación que pudiera haber surgido en las madres como producto de la aplicación de la prueba. También se verificó su nivel de estrés y se sugirió y ofreció el acceso al servicio de psicología que ofrece el Centro de Salud de manera gratuita a todas aquellas con un nivel de estrés parental elevado en las pruebas. En cuanto a los niños y su nivel de hemoglobina, todos aquellos que al momento de recolectar los datos presentaban anemia, ya estaban siendo tratados con sulfato ferroso o multimicronutrientes de manera gratuita, ya que es parte de la atención que se les ofrece en el Control del Crecimiento y Desarrollo al cual acudían al momento del estudio. Además, sus madres recibieron un folleto con información sobre la anemia, de qué se trata y con qué herramientas cuentan ellas para enfrentarla.

Los datos recogidos, las fichas y protocolos se codificaron para evitar la identificación de los participantes y no fueron entregados al Centro de Salud, de modo que la confidencialidad de los participantes quedó protegida. Ellos solo contaron con información general sobre los datos recogidos, en tablas o a modo de gráficos y en un informe escrito, pero nunca sobre la procedencia de cada dato individual. Asimismo, al finalizar la

investigación los protocolos fueron archivados y sin acceso a personas ajenas a la investigación.

Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico STATA. Se realizó el análisis de la consistencia interna del PSI-SF para verificar el buen funcionamiento del instrumento y el de la normalidad de las variables. Las variables maternas obtenidas del PSI-SF fueron categorizadas según los baremos indicados para el PSI-SF, como “estrés normal” (menor o igual al percentil 85), “estrés elevado” (mayor al percentil 85 y menor al percentil 90) o “estrés clínicamente significativo” (mayor al percentil 90) (Abidin, 2012). Sin embargo, se decidió recategorizar las variables en “estrés normal” y “estrés elevado”, ya que había categorías con menos de 5 sujetos. Del mismo modo, la variable de los niños “nivel de hemoglobina”, se categorizó como “no anemia” y “anemia”, debido a que ningún niño presentó anemia severa. La elección de los baremos propuestos por el autor y el uso de categorías en lugar de una variable continua, se hizo en base al tamaño pequeño de la muestra, su poca variabilidad, la utilidad clínica de los resultados y en favor del poder de la prueba.

Con las demás variables se procedió a trabajar de la misma forma, en categorías bivariadas. Así, la “cantidad de hijos” de las madres también fue categorizada en “un hijo” y “más de un hijo”, al igual que la variable “situación estresante”, que fue categorizada en “ninguna situación estresante” y “alguna situación estresante”; la variable “trabajo de la madre” fue categorizada en “trabaja” y no trabaja”. Para la variable del presupuesto con el que se alimenta al niño diariamente, se generaron las categorías de 1.8 a 4.3 soles, de 4.5 a 6.1, de 6.3 a 8.3 y de 8.4 a más, según sus cuartiles.

Para conocer la muestra, se analizaron los estadísticos descriptivos de las variables de estrés parental y anemia, así como de las variables sociodemográficas incluidas en la ficha de datos en todos sus niveles. Para las pruebas de inferencia, se analizaron las variables y sus categorías anteriormente generadas. Se realizó un análisis de chi cuadrado de Pearson entre el estrés parental y cada una de las variables que en la bibliografía se encontraban asociadas a estrés parental, como el número de hijos que tenía la madre, el sexo del hijo, el trabajo de la madre y que la madre estuviera atravesando por una situación estresante. Respecto de la

23 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

anemia, del mismo modo, se analizó su relación con las variables que en la bibliografía se encontraban asociadas a anemia, mediante un análisis de chi cuadrado de Pearson, como la educación de la madre, el sexo del niño, el presupuesto para alimentarlo, si era un niño “difícil para comer” o si estaba desnutrido.

Para concluir el estudio, se llevó a cabo el análisis de chi cuadrado de Pearson entre las variables de estrés parental, sus dimensiones y la anemia. Si bien se realizó una comparación de medias con la prueba T de Student entre los puntajes de estrés parental de las madres de niños con anemia y sin anemia —la cual no resultó significativa— se prefirió presentar los resultados del análisis de chi cuadrado de Pearson debido a la poca variabilidad de los puntajes y a la mayor utilidad clínica de los resultados.





25 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

RESULTADOS

A continuación, se dan a conocer los principales hallazgos de esta investigación, que tuvo como propósito valorar la relación entre el estrés parental de madres y la anemia en sus niños en el Centro de Salud de Pachacámac. En primer lugar, se presentan los datos descriptivos, las medidas y los niveles de estrés parental encontrados en las madres. Luego se expone la relación entre el nivel de estrés parental y variables de la madre y el niño, y la relación entre la anemia y variables de la madre y el niño. Por último, se presenta la relación entre el estrés parental, sus subescalas y la anemia en los niños.

Tabla 1*Medidas y desviaciones estándar del estrés parental y sus subescalas*

Escala	Subescalas	M	DE	Rango
Estrés parental		97.30	17.91	62-137
	<i>Distrés</i> parental	37.24	9.20	21-56
	Relaciones difíciles padre-niño	27.59	6.34	16-48
	Características difíciles del niño	32.69	7.72	17-49

Elaboración de la autora.

Las madres tuvieron un puntaje promedio de 97.3 en la escala de estrés parental ($DE=17.91$, $RAN=62.137$), un puntaje promedio de 37.24 en la subescala de *distrés* parental ($DE=9.20$, $RAN=21.56$), 27.59 en la subescala de relaciones difíciles padre-niño ($DE=6.34$, $RAN=16,48$) y un puntaje promedio de 32.69 en la subescala de características difíciles del niño ($DE=7.72$, $RAN=17.49$). Los puntajes en promedio corresponden a niveles normales de estrés parental según los baremos del autor de la prueba. Sin embargo, la escala de *distrés* parental se encuentra en el límite del nivel normal y la escala de características difíciles del niño está más cerca al mínimo en el rango de puntuación de las madres participantes. Por lo tanto, las madres reportan niveles de estrés parental normales y una baja percepción de las características difíciles del niño (Tabla 1). Así, también podemos ver que el 75.41% de las madres tuvo un nivel de estrés parental normal, mientras que el 52.46% presentó un nivel de estrés elevado en la subescala de *distrés* parental y solo un 16.39 % tuvo un nivel de estrés elevado en la subescala de relaciones difíciles padre-niño (Tabla 2). Por otro lado, solo una

de las madres de la muestra arrojó una elevada escala de defensión que tuvo puntaje promedio de 21.43 ($DE= 5.74$, $RAN= 9.34$).

Tabla 2*Nivel de estrés parental y sus subescalas*

Variable		Madres	
		f	%
Estrés parental	Normal	46	75.40
	Elevado	15	24.59
<i>Distrés parental</i>	Normal	29	47.54
	Elevado	32	52.45
Relaciones difíciles padre-niño	Normal	51	83.60
	Elevado	10	16.39
Características difíciles del niño	Normal	44	72.13
	Elevado	17	27.86
Defensión	Significativa	1	1.64
Total		61	100

Elaboración de la autora.

En cuanto a las características de las madres, estas manifestaron estar atravesando distintas situaciones estresantes. El 19.67% ($n= 12$) decía tener problemas económicos; el mismo porcentaje alegaba problemas familiares, el 3.27% ($n= 2$) inconvenientes con su pareja, el 9.84 ($n= 6$) decía tener problemas con el hijo mayor y el mismo porcentaje expresaba transitar por más de un problema; mientras que el 37.70% respondía no estar atravesando ningún problema ($n= 23$). Las medidas de estrés parental para las madres que no estaban atravesando ninguna situación estresante y para las madres que atravesaban una o más situaciones estresantes fueron de 98.59 y 96.55, respectivamente (Tabla 3). No hubo una relación entre esta característica materna y el estrés parental.

Del mismo modo, que la madre trabaje es una variable independiente del estrés parental ($p= .15$). Las madres que no trabajan tuvieron una puntuación promedio de estrés parental de 98.13 y las madres que trabajan de 95.38 (Tabla 3). Igualmente, el sexo del hijo

27 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

resultó independiente del estrés parental. Las madres de hijos varones y las madres de mujeres obtuvieron puntajes promedio de estrés parental de 96.71 y 97.88, respectivamente, y esta característica del niño y el estrés percibido por su madre resultaron ser variables independientes ($p= .94$).

Contrariamente, el número de hijos, sí resultó estar relacionado con el estrés parental. Las madres que tenían un hijo solamente, alcanzaron una puntuación de estrés parental promedio de 93.63 y para las madres con más de un hijo fue de 101.43, resultando que el estrés parental no es independiente del número de hijos ($p= .02$) (Tabla 4). Adicionalmente, un nivel elevado de estrés en la subescala de *distrés* parental resultó marginalmente asociado con tener más de un hijo ($p= .05$), de modo que las madres con más de un niño tienen un nivel de estrés parental más elevado y perciben mayor *distrés* parental.

Tabla 3

Medidas de estrés parental según características de la madre o el niño

Variable	M	
Número de hijos	Un hijo	93.6
	Más de un hijo	101.4
Sexo del hijo	Mujer	97.8
	Varón	96.7
Trabajo	No trabaja	98.1
	Trabaja	95.3
Situación estresante	No	98.5
	Sí	96.5

Elaboración de la autora.

Tabla 4

ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

28

Correlaciones entre el nivel de estrés parental, sus subescalas y el número de hijos

Escala/Subescala		Más de un		
		Un hijo	hijo	p
		f	f	
Estrés parental	Normal	11	4	.02*
	Elevado	10	19	
<i>Distrés</i> parental	Normal	19	13	.05*
	Elevado	24	27	
Relaciones difíciles padre-niño	Normal	5	5	.86
	Elevado	20	24	
Características difíciles del niño	Normal	9	8	.6
	Elevado	29	32	

*valor p significativo

Elaboración de la autora.

En cuanto a la alimentación de los niños, se encontró que el 21.31% de ellos ($n= 13$) tenía lactancia materna exclusiva, el 40.98% ($n= 25$) lactancia mixta, el 36.06% ($n= 22$) lactancia complementaria y el 1.64% ($n= 1$) no tomaba leche. El 31.15% de los niños ($n= 19$) estaba tomando suplementos con hierro diariamente, el 13.11% ($n= 8$) los tomaba 3 veces por semana, el 4.92% ($n= 3$) los había tomado en el pasado y el 55.74% ($n= 34$) no tomaba ningún suplemento de hierro. Y en cuanto a su estado nutricional, se encontró que el 37.70% de los niños ($n= 23$) presentaba desnutrición crónica. La desnutrición es independiente de la anemia en los niños ($p= .43$).

Con respecto a la anemia, esta resultó ser independiente del presupuesto con el que eran alimentados ($p= .10$). La alimentación de los niños tuvo un costo promedio diario de 6.80 ($DE= 2.9$, $RAN= 1.80$, 13.90). Del mismo modo, la anemia fue independiente de la educación de la madre ($p= .44$), el sexo del niño ($p= .85$) y de si el niño era “difícil para comer” ($p= .96$).

29 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

Las madres de niños con anemia tuvieron una puntuación promedio de estrés parental de 96.19, y las madres de niños sin anemia de 98.11. Finalmente, el estrés parental y la anemia en los niños no se encuentran asociados ($p= .40$), como tampoco sus subescalas ($p= .39$).





31 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

DISCUSIÓN

Hasta ahora, la mayoría de casos de anemia infantil se han vinculado básicamente a una mala alimentación (George *et al.*, 2000; WHO, 2001, Rebozo *et al.*, 2005; INEI, 2014), por lo que las estrategias nacionales para reducir su prevalencia, enfocadas en la promoción de la salud, tratan de mejorar la nutrición de los niños a través del suplemento de micronutrientes y la educación y el desarrollo de capacidades en las madres para alimentar mejor a sus niños. Estas estrategias incluyen la prescripción y entrega gratuita de sulfato ferroso y multimicronutrientes, así como sesiones educativas de nutrición infantil para las madres y sesiones demostrativas de preparación de alimentos adecuados para los niños (Minsa, s.f.). Sin embargo, las mejoras que estas estrategias lograron parecen haber llegado a su límite, y existe evidencia de que la disminución en la incidencia de la anemia ha cesado (Alcázar, 2012; INEI, 2012, 2013 y 2014). Por esto, es necesario encontrar qué factores están impidiendo que la prevalencia de anemia disminuya en el Perú.

En este estudio se intentó conocer el posible impacto del estrés parental en la presencia de anemia en los niños de 6 a 49 meses de edad. Se ha reportado anteriormente que el estrés parental influye en las conductas y estrategias de los padres y que esto tiene un impacto en las conductas de los niños. Recientemente, se ha sugerido que en el campo de la nutrición infantil, el estrés parental probablemente estaría afectando las estrategias alimenticias de los padres. Esto podría llegar a tener un impacto negativo en la alimentación de los niños e incluso en su estado nutricional y nivel de hemoglobina (Kordas, 2011).

En esta investigación no se encontró ninguna relación entre el estrés parental y la anemia en niños de 6 a 49 meses en el distrito de Pachacámac. Esto podría deberse a que el estudio no haya contado con la metodología necesaria para encontrarla. Una de las limitaciones del estudio fue el funcionamiento de la prueba en nuestra muestra. En cuanto a la confiabilidad de la prueba, el coeficiente de consistencia interna fue de .79 para la escala total, de .71 para la subescala de *distrés* parental y de .52 y .60 para las subescalas de relaciones difíciles padre-niño y características difíciles del niño, respectivamente; por lo que podríamos decir que la prueba funcionó de manera confiable únicamente para la escala total, mas no así para las subescalas.

En cuanto a la validez de la prueba, podemos encontrar limitaciones. Los autores de la prueba señalan que padres con un nivel elevado de estrés pueden obtener valores normales de

estrés en el test aun cuando la escala de validez haya resultado normal (Abidin, 1995; NCTSN, 2005), pues la escala de validez no es lo suficientemente buena en la detección de respuestas inválidas (Milner y Crouch, 1997). Este punto se torna relevante en nuestra población de estudio, donde a pesar de que el 62.3% de las madres decía estar atravesando una situación estresante —que incluía problemas económicos en su mayoría y problemas con sus hijos o de pareja—, solo el 24.59% mostró niveles de estrés elevados con respecto a los baremos del autor. Esto podría implicar que la prueba no resultó válida y no consiguió detectar niveles elevados de estrés en nuestra muestra, a pesar de que las madres no se hayan mostrado defensivas (escala de validez).

En la escala de las características difíciles de los niños, también se puede observar una tendencia hacia puntuaciones bajas. En esta escala hay una propensión en el promedio hacia el límite inferior del rango de las mediciones en la muestra, lo que sugiere una baja percepción de las características difíciles de los niños en general. Si bien la defensa de nuestra muestra no fue significativa, en cuanto a la percepción de las características difíciles de los niños sí podemos decir que hay un sesgo hacia no mostrar los aspectos molestos de los niños en la muestra. Esto podría ser producto de la deseabilidad social de las madres y de la intención de mostrarse como madres que no critican a sus niños, lo cual en última instancia podría haber afectado los niveles totales de estrés parental y la validez de la prueba.

Otro factor importante señalado por los autores para la validez de la prueba es la dificultad para comprender los ítems, reportada en poblaciones hispanohablantes de bajos recursos económicos (NCTSN, 2005). En este estudio se intentó sobrepasar este obstáculo leyendo los ítems a las madres y marcando junto con ellas la opción que la madre deseaba. Si bien los investigadores en su procedimiento resaltaron la confidencialidad, la importancia de la sinceridad en las respuestas, no juzgaron a las madres y, en general, intentaron desarrollar el debido *rapport*, cabe la posibilidad de que las madres no se hayan sentido libres de responder con franqueza.

El estrés parental de Abidin está constituido por las percepciones del padre acerca del efecto de la *parentalidad* sobre otros aspectos de su vida (por ejemplo, *distrés* parental), por la satisfacción con los logros del hijo y el reconocimiento como padres (por ejemplo, relaciones difíciles padre-niño), y por la percepción de la adaptabilidad del niño (características difíciles del niño). Por eso, es probable que diferentes concepciones de la

33 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

crianza puedan haber influido en las mediciones, aunque no se han encontrado estudios sobre diferencias culturales y la percepción del estrés parental.

El porcentaje de anemia encontrado en la muestra, 40.60%, es similar a la prevalencia de anemia nacional en los niños de 0 a 5 años, cuyos valores son del 35.60% para el sector urbano y de 44.50% para el sector rural, considerando que la muestra pertenece a un sector urbano y urbano marginal (INEI, 2014). La especificidad y sensibilidad del método Hemocue para medir la hemoglobina en sangre son de .90 y .80, respectivamente, por lo que las mediciones son precisas y confiables. Sin embargo, en este estudio la antigüedad de los análisis de hemoglobina de los niños podría considerarse una limitación, ya que estas medidas se obtuvieron de las historias clínicas y es probable que los niveles no hayan sido los mismos a la hora de medir el estrés de las madres. Por otro lado, puede presumirse que el tratamiento con suplementos alimenticios haya cubierto el efecto del estrés parental en el nivel de hemoglobina de los niños o que los efectos de una mala nutrición aún no hubieran afectado su estado nutricional.

Por estas razones, tanto por la validez de las mediciones de estrés parental como de los datos de los niveles de hemoglobina obtenidos de las historias clínicas, es probable que se hayan producido limitaciones a la precisión de los datos recogidos y que esto afectara la dependencia entre dichas variable en nuestro estudio.

Por otro lado, también es necesario considerar que la relación entre el estrés parental y la anemia no encontrada por este estudio refleje la independencia de estas variables en la población, y que el estrés parental no pueda ser considerado como un factor de impacto negativo en la alimentación de los niños o que impida a las estrategias de lucha contra la anemia la disminución de la prevalencia de la misma. De hecho, recientemente Román *et al.* (2014), han reconsiderado los factores de riesgo típicos de anemia en niños, como el nivel de riqueza, el número de hijos, la edad del niño, el sexo e incluso la región natural y la altitud. Los autores consideran que estas variables se pueden haber asociado a la anemia en niños como resultado de un modelo estadístico no apropiado en las investigaciones. Esto estaría acorde a lo encontrado en nuestro estudio, donde ningún factor de riesgo mencionado resultó estar asociado a la anemia en los niños (INS-UNAGESP, 2014).

Quizás sea necesario considerar otros factores que impactan negativamente a las estrategias nacionales de la promoción de la salud en la nutrición infantil. Según los actuales modelos de conductas de la salud, los factores promotores de comportamientos saludables

son el empoderamiento, la autoeficacia, la autoestima y las creencias sobre los problemas de la salud, entre otros (Bandura, 2004; Cid *et al.*, 2006; Eriksson, 2006). Se sabe que las madres no están alimentando adecuadamente a sus niños (Burgos y Carrasco, 2004), que su dieta está compuesta principalmente por carbohidratos y alimentos con baja densidad alimenticia, probablemente por falta de conocimiento sobre los alimentos más ricos en nutrientes, por percibir la mala alimentación como no riesgosa o incluso por no creer que la desnutrición y la anemia sean un peligro.

Por eso, las estrategias nacionales de promoción de la buena nutrición están trabajando sobre estos aspectos y tratan de disminuir las malas prácticas alimenticias maternas a través de la educación y el desarrollo de competencias, como lo es saber qué debe comer el niño, cuánto debe comer y cómo preparar los alimentos o conseguir alimentos de bajo costo que sean nutritivos. Sin embargo, para el modelo de promoción de la salud, estos no son los únicos factores importantes. El empoderamiento y la autoeficacia también son fundamentales, pues sin ellos las personas no se creerían agentes de lo que ocurre con su salud o no creerían que pueden tener un efecto positivo en ella y que son capaces de llevar a cabo cambios en su vida para mejorarla o conseguirla (Wellerstein, 1992; Bandura 2004).

Según Gumucio (2009), la promoción de la salud en América Latina estaría trabajando acertadamente en perseguir el empoderamiento y la autoeficacia, pero no estaría utilizando adecuadas estrategias de comunicación. En el Perú, se ha visto que las intervenciones más idóneas para mejorar las prácticas alimenticias maternas son aquellas que utilizan comunicación cara a cara y son participativas (Kanashiro, 1991). De hecho, el programa Nutriwawa viene desarrollando actividades demostrativas, sobre cómo preparar la comida, pero quizás carezca de la validación de las buenas prácticas presentes y el reconocimiento de las barreras que las impiden, como la falta de tiempo, de apoyo familiar, etc., que también son necesarias en este tipo de intervención (Engle, 2000). Tal vez este sea el caso de las estrategias nacionales de lucha contra la anemia: estrategias comunicativas inadecuadas del personal de salud para empoderar y desarrollar autoeficacia en las madres.

En cuanto a esto, Valdivia (2010) realizó un estudio sobre la atención en la microrred del Mantaro y encontró que el personal de salud tenía una actitud prejuiciosa y juzgadora con los pacientes, respecto de sus costumbres y conductas referidas a la salud. Asimismo, encontró que el personal de salud se aproximaba a los pacientes con el prejuicio de que no entendían las explicaciones. En el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED),

35 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

Valdivia encontró que prima una actitud paternalista, caracterizada por un discurso normativo y sancionador, donde el personal de salud desaprueba, hace reproches, se enoja y hasta culpabiliza a las madres que no siguen sus indicaciones. Esta situación podría generar, contrariamente a lo deseado por el servicio de atención temprana, una respuesta defensiva por parte de los padres, que suele estar asociada a una malos resultados en los programas de intervención (Botana y Peralbo, 2014).

Es recomendable que las estrategias de promoción de la salud procuren la llegada a su población objetiva, considerando sus características particulares, sus valores y creencias, que tengan como base una aproximación acogedora y cálida, para que se genere un clima de confianza que permita comunicar los malestares e inquietudes, así como recibir las sugerencias e indicaciones, sin miedo al prejuicio o el rechazo (Engle, 2000). Todo esto mediante una comunicación que no sea unilateral, sino de doble vía, donde tanto el personal de salud como el paciente pueden ser poseedores de conocimiento, para que los pacientes se sientan cómodos de participar activa y críticamente y asuman su salud, en vez de generar actitudes defensivas o que intenten evadir el problema. De esta forma, las intervenciones deben ser un espacio donde el paciente pueda desarrollarse como agente del cambio y mantenerlo en el tiempo.



37 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

REFERENCIAS

- Abidin, R. (1995). Parenting stress index. Third edition: Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc. Recuperado de: http://www.nctsn.net/nctsn_assets/pdfs/measure/PSI-SF.pdf
- Agudelo, G., Cardona, O., Posada, M., Montoya, M., Ocampo, N., Marín, C., Correa, M., López, C. (2003). Prevalencia de anemia ferropénica en escolares y adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 13(6). Medellín, Colombia.
- Alcázar, L. (2012). *Impacto económico de la anemia en el Perú*. Lima: GRADE; Acción contra el hambre.
- Bahk, J., Yun, S., Kim, Y., Khan, Y. (2015). Impact of unintended pregnancy on maternal mental health: a causal analysis using follow up data of the Panel Study on Korean Children (PSKC). *BMC Pregnancy Childbirth*. (3)15:85.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Bithoney, W. G., Van Sciver, M. M., Foster, S., Corso, S., Tentindo, C. (1995). Parental stress and growth outcome in growth-deficient children. *Pediatrics*, 96(4), 707-711.
- Botana, Iria, y Manuel Peralbo (2014). Familia, estrés y atención temprana. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación* 1, 55-63.
- Burgos, G. y Carrasco, M. (2004). Características de la alimentación e ingesta de nutrientes de los niños entre 6 a 24 meses de una comunidad urbano marginal de Lima (Caso Nievería). *Urban Harvest Working Paper Series*, no. 2. Centro Internacional de la Papa, 33 pp.
- Canon, W. (1939). *The wisdom of the body*. New York: Simon, W. 2da. ed.
- Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment. *Annu. Rev Clin. Psychol.* 1:409-438.
- Cid, H., Patricia, Merino E., José Manuel y Stieповich B, Jasna. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista médica de Chile*, 134(12), 1491-1499. Recuperado el 10 de enero de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872006001200001&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872006001200001.

- Cortés, A. (2008). Caregiver-child interactions during meals: eutrophic children in comparison with mild to moderate undernourished children. Sesión de cartel presentada en el XXIX International Congress of Psychology, Berlín, Alemania.
- Cortés, A., Méndez, S. (2011). Estrés parental, interacciones diádicas al comer y desnutrición en el período de alimentación complementaria. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221802009>.
- Cortés, A., Romero, P., Hernández, R. y Hernández-Pozo, M. (2004). Estilos interactivos y desnutrición: sistema de observación para la detección de riesgo en el infante. *Psicología y Salud*, 14(1), 576-66. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/866/1591>.
- Díaz, A., Brito, A., López, J., Pérez, J. y Martínez, F. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index- Short Form. *Psicothema*, 22(4), 1033-1038.
- Dunne, L., Sneddon, H., Iwaniec, D., Stewart, M. (2007). Maternal mental health and faltering growth in infants. *Child Abuse Review* (16) 283-295.
- Elmer, E. (1966). Failure-to-thrive: role of the mother. *Pediatrics* 30:717-725.
- Engle, P. L., Bentley, M. y Pelto, G. (2000). The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. *Proceedings of the Nutrition Society*, 59(1), 253S. Recuperado de: <http://archive.unu.edu/unupress/food/8F164e/8F164E0c.htm>.
- Eriksson, M. y Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 60(5), 376-381.
- Gamerzy, N. (1983). Stressors in childhood. En Gamerzy N. y Rutter N. Eds. *Stress, coping and development in children* (pp.43-84). New York: McGraw-Hill.
- George, K., Suresh, K., Lal, J. y Sreedevi, R. (2000). Anemia and nutritional status of pre-school children in Kerala. *The Indian Journal of Pediatrics*, 67 (8), 575-578.
- Haskett, M., Ahern, L., Ward, C. Allaire, J. (2006). Factor structure and validity of the parenting stress index – short form. *J. of Clin Child and Adolescent Psy.* 35 (2): 302-312.

39 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

- Hoghugh, M. (2004) Parenting—An introduction. En: Hoghugh, M. & Long, N. (ed.) *Handbook of parenting. Theory and research for practice*. SAGE Publications. Recuperado de: http://www.sage-ereference.com/hdbk_parenting/Article_n1.html.
- Hooper, E., Feng, X., Christian, L., Slesnick, N. (2015). Emotion, expression, emotionality, depressive symptoms, and stress: maternal profiles related to Child outcomes. *J. Abnormal Child Psychol.* [Epub ahead of print].
- Huamán, Aparco, Núñez, González, Pillaca, Mayta. (2012). Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas® y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 29 (3). Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342012000300004&script=sci_arttext
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) (2012). Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). Recuperado de: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) (2013). Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). Recuperado de: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) (2014). Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). Recuperado de: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/index.html?hc_location=ufi.
- Instituto Nacional de Salud (INS) (2014). Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN). Desnutrición crónica y anemia 2014. Lima. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Informe 2014. Recuperado de: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/zop/zona_izquierda_1/INFORME%20GERENCIAL%20I%20Sem%202014_Final.pdf.
- Instituto Nacional de Salud (INS-UNAGESP) (2014). Román, Y., Rodríguez, Y., Gutiérrez, E., Aparco, J., Gómez-Sánchez, I., Fiestas, F. Anemia en la población infantil del Perú: aspectos clave para su afronte. Lima.
- Jones, B., Denmark, N., Holmes, A., Duchene, M. (2014). Detached parenting and toddler problem behavior in early head start families. *Infant Ment Health J.* 35(6):529-43.
- Kanashiro, H. C., Fukumoto, M., Bentley, M. E., Jacoby, E., Verzosa, C. y Brown, K. H. (1991). Use of recipe trials and anthropological techniques for the development of a

- home-prepared weaning food in the central highlands of Peru. *Journal of Nutrition Education*, 23(1), 30-35.
- Kennedy, E. y M. García editors (1993). *Effects of selected policies and programs on women's health and nutritional status. International Food Policy Research Institute Report*. Washington, DC: IFPRI.
- Kordas, K., Ardoino, G., Ciccariello, D., Mañay, N., Ettinger, A., Cook, C., Quirolo, E. (2011). Association of maternal and child blood lead and hemoglobin levels with maternal perceptions of parenting their young children. *Neurotoxicology*. 32(6):693-701.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1987). Transactional theory and research and emotions and coping. *Eur. J. Personality* 1:141:69.
- Leiva, B., Inzunza, N., Pérez, H., Castro, V., Jansana, J., Toro, T., Ivanovic, D. (2001). Algunas consideraciones sobre el impacto de la desnutrición en el desarrollo cerebral, inteligencia y rendimiento escolar. *Archivos Latinoamericanos de Desnutrición*, 51(1), 64-71.
- Leonard, M., Rhymes, J., Solnit, M. (1966). Failure-to-thrive in infants: a family problem. *Am J Dis Child* 111:600-612.
- Mendoza, A. (2014). *Estrés parental y optimismo en padres de niños con trastornos del espectro autista*. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica.
- Milner, J. S. y Crouch, J. L. (1997). Impact and detection of response distortions on parenting measures used to assess risk for child physical abuse. *Journal of Personality Assessment*, 69(3), 633-650.
- Ministerio de Salud (MINSa) (s.f.). Manual para la atención al crecimiento y desarrollo. Recuperado de:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgsp/manual_CRED.doc.
- Ministerio de Salud (MINSa) (2007). *La educación como determinante social de la salud en el Perú*. Miguel Ramos; Raúl Choque. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud; Organización Panamericana de la Salud.
- Montiel, M., Vera, J., Peña, M., Rodríguez, A. y Félix, M. (2002). Estrés de la crianza, número de hijos y edad de la madre. *La Psicología Social en México*, 9, 856-861.

41 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

- National Heart, Lung & Blood Institute (NHLBI) (2009). *¿Cuáles son las causas de la anemia por deficiencia de hierro?* Recuperado de: <http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/ida/causes.html>.
- National Heart, Lung & Blood Institute (NHLBI) (2012). *¿Qué es la anemia?* Recuperado de: <http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/anemia/>
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) (2005). *Parenting stress index, short form. Measure review data base.* Ghosh, I., Cara, K. Recuperado de: http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/measure/PSI-SF.pdf.
- Neufeld, L., García, G., Sánchez, F., Newton, S., Ramírez, V., Rivera, D. (2002). Hemoglobina medida por Hemocue y por un método de referencia en sangre venosa y capilar: estudio de validación. *Salud Pública Méx.* 44 (3): 219-227.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011a). *Guideline: use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6–23 months of age.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011b). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad.* Ginebra. Recuperado de: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglob_in_es.pdf, consultado el 22 de abril de 2015.
- Patton, R., Gardner, L. (1963). *Growth failure in maternal deprivation.* Springfield, IL: Charles C. Thomas:
- Pelto, G. H. (2000). Improving complementary feeding practices and responsive parenting as a primary component of interventions to prevent malnutrition in infancy and early childhood. *Pediatrics*, 106 (5), 1300.
- Peters, J., Parletta N., Lynch J., Campbell, K. (2014). A comparison of parental views of their pre-school children's 'healthy' versus 'unhealthy' diets. A qualitative study. *Appetite*. (76)129-36.
- Piazza, C. C., Fisher, W. W., Brown, L. A. y Shore, A. (2003). Functional analysis of inappropriate mealtime behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36(2), 187-204. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1901/jaba.2003.36-187>.
- Pineda, G. (2012). *Estrés parental y estilos de afrontamiento en padres de niños con trastornos del espectro autista.* Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica.

- Ramsay, M. (2004). Feeding skill, appetite and feeding behaviors of infants and young children and their impact on growth and psychosocial development. En R. E. Tremblay, R. G. Barr, & R. De V. Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development* (pp. 1-9). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Recuperado de: <http://www.child-encyclopedia.com/documents/RamsayANGxp.pdf>.
- Reboso, P., Cabrera, N., Pita, R., Jiménez, A. (2005). Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad. *Revista Cubana Salud Pública*, 31 (4).
- Rogers, A. (1993). The assesment of variables related to the parenting behavior of mother with young children. *Youth Services Review*, 15, 385-402.
- Seyle, H. (1956/1976). *The stress of life*. New York, McGraw-Hill.
- Soltis, K., Davidson, T. M, Moreland, A., Felton, J., Dumas, J. (2015). Associations among parental stress, child competence, and school-readiness: findings from the PACE Study. *J Child Fam Stud*. (3):649-657.
- Stanco, G. (2007). Funcionamiento intelectual y rendimiento escolar en niños con anemia y deficiencia de hierro. *Colombia Médica*, 38(1), 24-33.
- Talbot N., Sobel, E., Burke, B. (1947). Dwarfism in healthy children: its possible relation to emotional, nutritional, and endocrine disturbances, *N. Engl J Med*. 236:783-793.
- Tovar, A., Hennessy, E., Pirie, A., Must, A., Gute, D. M., Hyatt, R. R, Kamins, C. L., Hughes, S. O., Boulos, R., Sliwa, S., Galvão, H., Economos, C. D. (2012). Feeding styles and child weight status among recent immigrant mother-child dyads. *Int J Behav Nutr Phys Act*. (29), 9-62.
- Ubilluz, Ó., Vásquez, Z., Sánchez, C., Juárez, L., Castro, W. y Abanto (2008). Indicadores del programa articulado nutricional según monitoreo nacional de indicadores nutricionales 2008-2010.
- UNICEF Perú (s.f.). Supervivencia y desarrollo de los niños. Recuperado de: http://www.unicef.org/peru/spanish/survival_development_24363.htm.
- Valderrama, G., Alena, F. (2013). *Factores de riesgo para la curva plana de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años de edad*. Lima, Tesis (Segunda Especialización en Pediatría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina

43 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

Humana.EscueladePostgrado.Recuperadode:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/valderrama_ga/contenido.htm

Valdivia, N. (2010). La discriminación en el Perú y el caso de la salud: resultados de un estudio cualitativo sobre la atención a pacientes en una microrred del Valle del Mantaro. Ponencia presentada en el Taller de investigación: Discriminación y Políticas Públicas en el Perú CIUP – Lima, Jueves, 24 de junio de 2010. Grade.

Vera, J. A., Morales, D. K. y Vera, C. (2005). Relación del desarrollo cognitivo con el clima familiar y el estrés de la crianza. *Psico-USF*, 10 (2), 161-168, Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712005000200007>.

Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, January/February, Vol. 6, No. 3, pp. 197-205.

Webster-Stratton, C. (1990). Stress: a potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 302-321, Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_2.

World Health Organization (WHO) (2001). Iron deficiency, anaemia assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Recuperado de: http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf.

World Health Organization (WHO) (2013). The economics of the social determinants of health and health inequalities: A resource book. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84213/1/9789241548625_eng.pdf?ua=1&ua=1.



45 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

APÉNDICES

Apéndice A: Consentimiento informado

PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada paciente del Centro de Salud Materno Infantil – Pachacámac:

Deseamos solicitar su participación en el estudio “**Estrés parental y anemia en niños de 6 a 59 meses**”, a cargo de la Dra. María Antonia Rodríguez, del Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú y la estudiante Joyce De la Piedra.

El **objetivo** de este estudio es determinar la relación entre el estrés parental y la anemia.

Su **participación implica** llenar una ficha de datos y una prueba, lo que le tomará un promedio de 15 minutos de su tiempo.

El estudio supone un **riesgo** mínimo, ya que es posible que tenga algunas emociones de tristeza o enojo al pensar sobre sus experiencias como madre.

Si bien la participación en este estudio **no tiene beneficios directos**, está ayudando a profesionales a entender el estrés de crianza y la anemia.

Es importante recalcar que su participación es importante para este estudio, pero que el estudio es independiente de la atención que recibirá en el centro de salud. **Usted tiene derecho a decidir si desea o no hacerlo, sin ningún perjuicio ni repercusión ni para usted ni para su niño; nadie más sabrá que usted no deseó participar.** Si acepta intervenir, puede ocurrir que alguna pregunta o actividad le incomode; en ese caso o cualquier otro puede negarse a responder o decidir no continuar participando.

La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. En principio, la prueba es anónima, por ello será codificada utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiriera su identificación, ello solo será posible si es que usted da su consentimiento expreso para proceder de esa manera.

El equipo está conformado por **profesionales que tienen el compromiso de mantener la confidencialidad de toda la información del estudio**, lo que significa que nadie, excepto los investigadores, tendrán acceso a la información que nos proporcione. Su nombre o datos personales **no serán identificados** en ningún informe del estudio ni en sus resultados.

Si tiene cualquier pregunta puede contactarse con la investigadora al Departamento de Psicología de la PUCP, llamando al 1-626-2000 anexos 4563 o 4547.



47 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

Yo, _____ he recibido información en forma verbal sobre el estudio “**Estrés de crianza y anemia en niños de 6 a 59 meses**” y he leído la información escrita adjunta. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este protocolo estoy de acuerdo con que mis datos personales y los de mi hijo/a, referidos a nuestra salud física o condición, raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Nombre completo del (de la) participante	Firma	Fecha
--	-------	-------

Nombre del investigador responsable	Firma	Fecha
-------------------------------------	-------	-------

Código

Para la elaboración de este protocolo se ha tenido en cuenta el formulario de C. I. del Comité de Ética del Departamento de Psicología de la PUCP.

Apéndice B: Ficha sociodemográfica

Criterios de inclusión

1. ¿Su niño ya empezó a comer?
2. ¿Le ha hecho análisis de hemoglobina a su niño últimamente?
3. ¿Cuida usted de su niño?
4. ¿Tienen usted o su niño alguna enfermedad grave o crónica?
5. ¿Hasta qué grado estudió usted?

Datos de la madre

1. ¿Cuántos años tiene usted?
2. ¿Usted trabaja?
 - No
 - 1/2 tiempo
 - A tiempo completo
3. ¿En qué zona de Pachacámac vive?

4. ¿En casa hablan en español o quechua?

5. ¿Tiene pareja?
 - No
 - Sí
 ¿Conviven?

6. ¿Cuántos hijos tiene?
7. ¿Está atravesando alguna situación estresante para usted?
 ¿Cuál?

Datos del niño

8. ¿Qué edad tiene su niño (meses)?
9. Sexo del niño 0= F 1= M
10. ¿Su niño toma leche?
 - Leche materna
 - Mixta

49 ESTRÉS PARENTAL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 49 MESES

Complementaria

No toma

11. ¿Su niño es “difícil para comer”? 0= NO 1= SÍ

12. ¿Darle de comer a su niño la estresa? 0= NO 1= SÍ

13. ¿Cuál es su presupuesto diario para preparar la comida de su niño?

Datos de la historia clínica

14. ¿El niño presenta desnutrición crónica? 0= NO 1= Sí

15. Nivel de hemoglobina del niño:



Apéndice C: Derechos para el uso del PSI-SF versión en español

3/8/2015

PAR - Psychological Assessment Resources, Inc.

Company Training & Resources Assessment Consultants Support Contact

0 \$0.00 My Account

WELCOME JOYCE DE LA PIEDRA (188805)
Sign Out

Used to browsing our catalog? Try our new e-catalog!

Customer Support: 1.800.331.8378 Fax: 1.800.727.9329

Please note that the Account Address does not need to match the billing address for your credit card. If you submitted a credit card for payment and you are seeing this screen, your card has been authorized.

Thank you for your order. Your order details, including your order number, are listed below. Please print this page for your records. You will also receive an order confirmation via e-mail.

Thank you for your order with PAR! "Like Us" on Facebook by clicking the button below:



Order Details

Order Number: 6296630
Account Number: 188805
Date Entered: 8/3/2015

Billing Address: 188805
JOYCE DE LA PIEDRA



[Print Sales Order](#)

Shipping Address: 188805
JOYCE DE LA PIEDRA



Item Summary

Item #	Item	Qty	Price	Subtotal
10605-TB	PSI-4 Short Form Spanish Record/Profile Forms (pkg/25)	2	\$86.00	\$172.00
Subtotal:				\$172.00
Shipping & handling:				\$60.20
Tax:				\$0.00
Total:				\$232.20

Special Instructions



One Call, One Contact Free Technical Support Same-Day Shipping Satisfaction Guaranteed

Company
About PAR
Media & Press Releases

Professional Resources
Data Collection
Research & Development

Assessment Consultants
Conferences & Workshops
QuickQuote

Support
FAQ
Customer Support

Legal
Privacy Policy
Terms & Conditions

PARiConnect Legal
PARiConnect HIPAA Privacy Policy
PARiConnect Supervisor/Account

https://www4.parinc.com/OrderConfirmation.aspx?CartID=6296630

1/2