



BUAP



IMSS-BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Facultad de Medicina

Hospital General de Puebla.
"Dr. Eduardo Vázquez Navarro"

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE CRIANZA Y GRAVEDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN PUEBLA.

Tesis para obtener el Diploma de
Especialidad en Pediatría



Presenta:

Yosaira Tacuapan Reyes

Directores

Asesor experto: Dra. Janitzio López Ruiz.

Asesor metodológico: Dr. Rubén Peña Vélez

H. Puebla de Z. Febrero, 2025

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TESIS**

Por medio de la presente me dirijo al Comité de Investigación del Hospital General Dr. Eduardo Vázquez N., para informar que autorizo la impresión de Tesis denominada: **RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE CRIANZA Y GRAVEDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN PUEBLA**

Con número de registro: **HGSP-017-2024**

Del Dr. **YOSAIRA TACUAPAN REYES**

Para la obtención del título de la Especialidad de **PEDIATRIA**

Fecha: **ENERO 2025**

Director de Tesis

DRA. JANITZIO LÓPEZ RUÍZ

Nombre



Firma

Asesor Metodológico

DR. RUBEN PEÑA VELEZ

Nombre



Firma

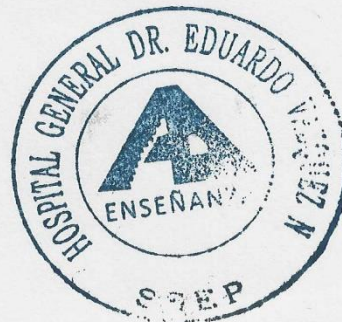
Se autoriza impresión de Tesis



DR. JOSE EMILIO GERARDO RODRIGUEZ AGUILAR
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

FECHA:

17 ENE 25.



"Y una vez que la tormenta termine, no recordarás cómo lo lograste, cómo sobreviviste. Ni siquiera estarás seguro si la tormenta ha terminado realmente. Pero una cosa es segura, cuando salgas de esa tormenta, no serás la persona que entró en ella. De eso se trata la tormenta"

Haruki Murakami

Quisiera dedicarle el mundo, mis logros y derrotas, por ser la mejor motivación para iniciar, mantenerme y culminar esta etapa, gracias a mi pequeña Emily.

Contenido

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	8
3. ANTECEDENTES	9
A.- ANTECEDENTES GENERALES	9
B.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	14
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
5.- OBJETIVOS	21
A- GENERAL	21
B.-ESPECÍFICOS	21
6.- MATERIAL Y MÉTODOS	22
A.- DISEÑO DEL PROYECTO	22
1.- Tipo y características del estudio	22
2.- Definición del Universo de Trabajo:	22
3.- Definición de Unidades de Observación	22
4.- Estrategia de Muestreo	23
5.- Definición de Variables y Unidades de Medición	23
6.- Recolección de la Información	26
7.- Prueba Piloto	27
8.- Procesamiento. y presentación de la Información.	27
7. RESULTADOS	29
8. DISCUSIÓN	36
9. CONCLUSIONES	39
10. BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS:	43

ÍNDICE DE TABLAS E ILUSTRACIONES

Tabla 1. Género	29
Tabla 2. Grupo etario.	29
Tabla 3. Estado nutricional	30
Tabla 4. Procedencia de pacientes.	31
Tabla 5. Cuidador primario de pacientes ingresados.	32
Tabla 6. Ocupación de cuidador principal.	32
Tabla 7. Grado de escolaridad del cuidador principal.	32
Tabla 8 Tipo de familia.	33
Tabla 9. Número de hermanos en familias de pacientes ingresados.	33
Tabla 10. Estilo de crianza predominante.	34
Tabla 11. Motivo de ingreso.	34
Tabla 12. Frecuencia de defunción en pacientes ingresados.....	34
Tabla 13. Asociación de hijos únicos y causa accidental.	35

Ilustración 1. Género	29
Ilustración 2. Grupo etario	30
Ilustración 3. Gráfico estado nutricional.	31
Ilustración 4. Procedencia de pacientes.....	31
Ilustración 5. Grafica de escolaridad de cuidadores.....	32
Ilustración 6. Tipo de familias.	33
Ilustración 7. Estilos de crianza.	34
Ilustración 8. Relación de causa accidental y defunciones.	35

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El crecimiento y desarrollo del ser humano ha estado determinado por estilos de crianza, que son pautas basadas en rasgos sociales, económicos y propios de la cultura y época histórica. El objetivo principal de este estudio fue determinar los estilos de crianza a pacientes con ingreso al área crítica del servicio de urgencias pediátricas, así como identificar las principales etiologías y características sociodemográficas relevantes.

MATERIAL

Se efectuó un estudio prospectivo, prolectivo, observacional en un grupo de pacientes pediátricos con criterios de ingreso a área de choque del servicio de urgencias de un Hospital de segundo nivel en Puebla, aplicando el cuestionario PCRI a los padres. Se incluyeron niños de 1 a 17 años con necesidad de cuidados críticos al momento de su ingreso, sin patología neurológica o secuelas de enfermedad crónica previa. Las variables analizadas fueron la edad, estado nutricional, género, procedencia, cuidador principal, edad, escolaridad y ocupación del cuidador, tipo de familia, estilo de crianza y motivo de ingreso.

RESULTADOS

Ingresaron un total de 58 pacientes, 17 fueron excluidos para fines del estudio. Se analizaron 41 padres mediante cuestionarios, se utilizó el programa SPSS para análisis de datos, el 56.1% fueron mujeres y 43.9% hombres, la edad predominante fue de 1 a 2 años 39% seguido de los adolescentes, el estilo de crianza más común es el democrático 65.9%, aplicando prueba ANOVA no se identificó diferencia significativa entre el estilo de crianza con la edad del cuidador primario ($p=0.21$), o entre las edades de los niños ($p=0.31$). En la regresión logística binaria, la edad del niño ($p=0.028$, OR 0.58, IC95% 0.36-0.94), el género ($p=0.036$, OR 93.78, IC95% 1.33-6584.23) y el estilo de crianza ($p=0.46$, OR 0.076, IC95% 0.006-0.95) pueden influir en causa de origen accidental.

DISCUSIÓN

El estilo de crianza parenteral predominante en nuestra población pediátrica es el democrático, mismo que se ha descrito en grupos de escolares y lactantes. Es el estilo que tiene resultados positivos en el desarrollo cognitivo, social y emocional del infante a futuro gracias a vínculos importantes. El estilo de crianza negligente, autoritario y permisivo tienen asociación con agresividad, conductas delictivas y consumo de sustancias. Respecto a otras variantes se asocia el cuidado de la madre con mejor autorregulación y la presencia de hermanos un factor beneficioso pero a la vez contraproducente para las familias que ameritan cuidados críticos. Sería valioso valorar las modificaciones a la crianza posterior a tener un hijo que amerite atención en cuidados críticos. Es parte de la pediatría considerar el factor social como parte del contexto que envuelve al niño, para determinar su estado de salud enfermedad.

INTRODUCCIÓN

Los niños son el grupo más vulnerable en el entorno social, cultural, económico y ambiental, esferas que determinan su estado de salud. El interés por educar y criar a los niños es tan antiguo como la historia, pero las ideas sobre cómo hacerlo y las prácticas de crianza han sido muy diferentes en distintos momentos históricos

El desarrollo infantil depende directamente de las condiciones y características de los padres o tutores donde se lleva su crecimiento, lo cual puede potenciarlo o limitarlo, esto mismo definido por el método de crianza empleado que traerá consigo consecuencias favorables o catastróficas en su crecimiento y desarrollo.

La crianza infantil es un proceso social y cultural diverso y variable, ocupa un lugar central en las preocupaciones de la pediatría, ya que hay que considerar la noción de niñez pretendidamente homogénea y universal. (1).

El estilo de crianza que se desarrolla no está determinado por procesos biológicos e innatos, de la evolución del cuidado infantil. Dada la indefensión con que nacen los seres humanos y la imposibilidad de garantizar sus cuidados a partir de conductas instintivas de los adultos, cada sociedad debe generar mecanismos convencionales que le permitan introducir a sus nuevos miembros en el mundo de las relaciones sociales y de los significados culturales, por lo tanto, los estilos de crianza tienen un papel central en la construcción de la persona tal como la define cada sociedad. (2)

Dentro de la práctica sanitaria, la pediatría debería concebir los estilos de crianza como un determinante para la salud del infante, puesto que la puericultura es un estilo de dogmatización de la crianza. La crianza y el desarrollo del niño depende del entorno y las cualidades de los cuidadores, de esta manera, el estado de salud de un niño puede verse influenciado por los cuidados u omisiones que desempeñan sus cuidadores, primordialmente en la primera infancia.

3. ANTECEDENTES

A.- ANTECEDENTES GENERALES

A lo largo de la historia ha habido una necesidad importante de dividir el curso de la vida en diferentes etapas, basadas en la concepción de cada cultura y momento histórico del nacimiento a la muerte.

En la antigüedad y la Edad Media no se reconocía la infancia como etapa con sus propias características y cualidades, y hasta el S. XVII. Existe registro desde la Roma o Grecia clásicas, leyes que protegían al niño y por otra parte han consentido una gran permisividad hacia su persona, como ser vendido o eliminado sin preocupaciones. Su alta mortalidad no ha preocupado hasta el siglo XIX. Durante las épocas prehistóricas el infanticidio era un evento bastante común que se utilizaba para regular las poblaciones. (3)

Los registros escritos más antiguos que se conocen sobre enfermedades infantiles, se dieron cerca del año 2100 a. C. en Nippur (Mesopotamia). En Egipto en 1600 existieron papiros que hacen referencia al niño. El papiro de Ebers, tiene una sección dedicada al nacimiento y otra a las enfermedades de la infancia. El papiro de Westar es considerado como el primer documento escrito sobre temas de Puericultura, que trata aspectos como el juego, la alimentación y el vestido, además de dar algunas pautas de comportamiento social. El papiro de Brugsch está dedicado a la salud materno-infantil contiene fórmulas mágicas para la protección de los niños. (3)

Los griegos discutían sobre enfermedades infantiles, tenían como principio la Paideia o cuidado de los niños, que englobaba la educación y toda la cultura griega, es decir, buscaba un ideal del hombre griego. (4)

En Esparta los niños eran sometidos a una rígida disciplina de tipo militar, el infanticidio era potestad de los padres. En Atenas, eran sometidos a una mezcla ambivalente de sentimientos, desde un gran afecto hasta la sevicia extrema. Un

niño nacido en Europa en el siglo XV tenía una esperanza de vida cercana a los 30 años (5)

Los niños en la Edad Media eran tratados como adultos pequeños, comenzaban a laborar desde muy pequeños al lado de sus mayores. Los aztecas, nunca se dedicaron a la atención de los niños, se lo dejaron al cuidado de comadronas. La lactancia era prolongada (dos a cuatro años). El infanticidio también era una práctica común en la América precolombina. Muchos niños morían durante ciertos rituales religiosos. En las sociedades de caza y recolección, los niños pequeños no tenían muchas funciones asignadas. (6)

En la Segunda Guerra Mundial, se registró una cantidad de muertos que superaba los 60 millones, dividida entre los 6 años, representó más de 10 millones de muertes por año. No obstante, en aquel momento, fallecían más de 20 millones de niños por año. (6)

En México, 1910, en contexto de la Revolución Mexicana, entre los 7 y los 9 años, se iniciaba la diferenciación por género: a los varones se les adiestraba en actividades de guerra y a las mujeres se les enseñaba a preparar alimentos y las labores domésticas; a partir de los 10 años, los niños ya estaban en condiciones de portar rifles e incluso eran enviados a combate. A pesar de esto, los decesos de infantes eran más frecuentes por enfermedades que por los combates en el campo de batalla. Para 1917, en la redacción de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, trató dos temas relativos a los derechos de la niñez: educación y trabajo. (7)

A mitad del siglo XX el maltrato infantil fue un denominador común en el trato a niñas y niños. Para la década de los años 60, sólo 12% de niñas y niños terminaba la educación primaria y la mayoría sólo cursaba 2 o 3 años; casi todos los menores de edad vivían en zonas rurales y comenzaban a trabajar a los 8 o 9 años.

La mortalidad infantil se utiliza actualmente con indicador del desarrollo de los países. India, Nigeria, la República Democrática del Congo, Etiopía y China concentran más de la mitad de la cantidad total de muertes infantiles del mundo.

Las tasas de supervivencia infantil todavía varían mucho entre regiones y países. En 2019, más de 8 de cada 10 muertes entre niños menores de 5 años ocurrieron en dos regiones: África subsahariana (76 por cada 1000 nacidos vivos, 55 %) y Asia meridional (40 por cada 1000 nacidos vivos, 27 %). (8)

En México, a mediados del siglo pasado (1951), la tasa de mortalidad infantil era de más de 170 por mil nacidos vivos, el 17% no vivía más allá del año. Cerca de 25,000 niños menores de un año mueren en México cada año, o 68 por día o 3 por hora. La diferencia por sexo en la mortalidad infantil se mantiene constante independientemente de que disminuyan los indicadores para ambos sexos. Se ha documentado que el sexo atenúa su efecto como factor de riesgo de mortalidad hasta el primer mes de vida e incluso antes de los doce meses. (9)

Como parte de la transición de la mortalidad infantil en el país, las causas de mortalidad también cambian su orden de incidencia. La composición de las causas de muerte reducibles o evitables muestra que, en la mortalidad neonatal, prevalecen los factores relacionados con el tratamiento oportuno –sea clínico o quirúrgico– y con el período perinatal, mientras que, en la mortalidad postneonatal, tienen mayor impacto las relacionadas con la prevención y el tratamiento, es decir con las condiciones ambientales y socioeconómicas sobre la salud del niño (infecciones intestinales, tuberculosis, respiratorias, accidentes y traumatismos). (10)

De acuerdo con las estadísticas de mortalidad de INEGI, en 2020 se registraron 33,394 decesos de personas de entre 0 y 17 años en México, lo que significa que cada día perdieron la vida 91.5 niñas, niños y adolescentes en el país. De esta población, 13,798 eran mujeres y 19,514 eran hombres. Además, 719 de estas niñas, niños y adolescentes hablaban una lengua indígena, mientras 25,128 vivían en entorno urbano y 7,456 en un entorno rural.

A nivel nacional, las personas de 0 a 17 años murieron principalmente de afecciones originadas en el periodo perinatal, malformaciones y anomalías, y otras enfermedades respiratorias. 71.1% de las defunciones de personas de entre 0 y 17 años en México sucedieron durante la primera infancia (entre los 0 y 5 años) en 2020. A esta población fue a la que afectaron mayormente las afecciones originadas en el periodo perinatal, las malformaciones y anomalías y las enfermedades respiratorias. 20.7% de las defunciones de niñas, niños y adolescentes tuvo lugar en la adolescencia (entre los 12 y 17 años). Esta población fue más afectada por agresiones, accidentes de transporte y lesiones autoinfligidas. El restante 8.2% de las muertes de personas de entre 0 y 17 años sucedió en niñas y niños de entre 6 y 11 años. A esta edad, la población fue más afectada por tumores malignos, enfermedades del sistema nervioso y malformaciones y anomalías. La reducción de la mortalidad infantil se ha dado de manera generalizada en todas las entidades federativas del país. Los mayores descensos ocurren en las entidades con niveles altos, como son destacadamente Chiapas, Oaxaca, Puebla, Guerrero y Tlaxcala; pero también resulta notable el descenso registrado en entidades que ya en 1990 tenían niveles moderados como Guanajuato, Veracruz y Zacatecas. (11)

De cada 100 niños nacidos vivos en el estado de Puebla, 14.4 por ciento fallecen, por lo que dicha cifra de mortalidad infantil es la más elevada a nivel nacional. En Puebla en la población menor de 1 año resalta el hecho de aparecer dentro de las 10 principales causas de enfermedad la desnutrición leve tanto en masculinos como femeninos. (12)

Desde 1919, la Liga de las Naciones elaboró el Comité para la Protección de los Niños y en 1924 aprobó la Declaración de los derechos del Niño (Declaración de Ginebra). Como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial en 1947 se creó el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (conocido como UNICEF). En 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño, que describe los derechos de los niños en diez principios. (7)

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Globales adoptados por las Naciones Unidas en 2015 se elaboraron con miras a promover la salud y el bienestar de todos los niños. El ODS 3.2.1 consiste en poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años de aquí a 2030. Incluye dos metas:

1. Reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1000 nacidos vivos en cada país; y
2. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1000 nacidos vivos en cada país.

La meta 3.2.1 está estrechamente relacionada con la meta 3.1.1, consistente en reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 defunciones por 100 000 nacidos vivos, y con la meta 2.2.1 destinada a poner fin a todas las formas de malnutrición, una causa frecuente de defunción de niños menores de cinco años. Estas metas se han recogido en la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (Estrategia Mundial), que aboga por poner fin a las defunciones prevenibles de niños y, al mismo tiempo, hacer frente a las nuevas prioridades de salud infantil. Los Estados Miembros deberán establecer sus propias metas y desarrollar estrategias específicas para reducir la mortalidad infantil y hacer un seguimiento de los progresos hacia la disminución del número de defunciones. En 2019, 122 países alcanzaron la meta de los ODS relativa a la mortalidad de niños menores de cinco años, y otros 20 países esperan hacer lo propio para 2030 si se mantienen las tendencias actuales. Sin embargo, será preciso realizar rápidos progresos en 53 países que, de mantenerse las tendencias presentes, no alcanzarán la meta para 2030. De esos países, 30 deberán duplicar su tasa actual de reducción, y 23 tendrán que triplicarla. El logro de la meta de los ODS reducirá en 11 millones el número de defunciones de niños menores de cinco años entre 2019 y 2030. (10).

B.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

El niño nunca ha sido considerado sujeto de la Historia y no ha preocupado realmente hasta hace muy poco tiempo. La infancia, como objeto de estudio, ha sido una gran desconocida hasta fechas muy recientes y los datos que se disponen sobre la misma son escasos, dispersos y, en la drástica disminución de la mortalidad infantil es uno de los cambios sociales más importantes y de mayor alcance del último medio siglo.

El desarrollo de los niños tiene su base en el ambiente y contexto en el que se desarrollen, existiendo relación directa con las mismas características que propiciaron el crecimiento de los padres o tutores, es decir el tipo de crianza que prevalezca. La familia influye en el desarrollo socioafectivo del infante, ya que los modelos, valores, normas, roles y habilidades se aprenden durante el período de la infancia, la cual está relacionada con el manejo y resolución de conflictos, las habilidades sociales y adaptativas, con las conductas prosociales y con la regulación emocional, entre otras. Aunque son multidimensionales los factores que afectan el desarrollo de los niños y niñas, es importante identificar la influencia de la familia y de los estilos y pautas de crianza en el desarrollo socioafectivo, además de identificar factores de riesgo y problemas de salud mental en la infancia, tales como: la depresión infantil, agresividad, baja autoestima, problemas en conductas adaptativas, entre otras. (13)

La crianza dotará al individuo de distintos atributos psicológicos, que tendrán a bien el formar un conjunto de fortalezas o debilidades para afrontar situaciones de la vida académica, profesional o familiar en un futuro próximo. Los padres proporcionan un marco en el que se establecen las raíces, la continuidad y un sentido de pertenencia, establecen el escenario para el desarrollo de numerosas e importantes características de personalidad y proporcionan experiencias tanto dentro como fuera del hogar, resultando importante, en todas las etapas del desarrollo, la actitud de los padres hacia lo que significa ese hijo para ellos. (14)

Las prácticas de crianza, sea en intensidad, frecuencia o modo, varían tanto como lugares hay en donde se hallan familias, pero hay tres aspectos que se mantienen constantes: el rechazo, la calidez emocional y la protección (excesiva). (14)

En el libro de Shapiro, clasifica las capacidades de los niños aprendidas por los cuidadores en: capacidad de resolver problemas interpersonales, la persistencia, la cordialidad, la empatía y en el futuro, las cuales pueden ser imperantes en la calidad de vida futura. Para este autor, aquellos niños con falta de atención tienden a un desarrollo emocional vulnerable a situaciones de estrés. (15)

El vínculo madre hijo es el nexo más valioso e importante en la primera infancia, es la madre quien brinda alimentación, cuidados, aseos, acobia y brinda las atenciones para responder ante las primeras necesidades de bienestar. (16)

Los cuidados, la estimulación y una crianza positiva influyen en la organización, el desarrollo y el funcionamiento cerebral temprano. Aunado a esto, la familia se considera el principal componente del contexto social a lo largo de la vida de un ser humano, y es la socialización el mejor resultado de la crianza o parentalidad. (17)

La crianza se entiende como los métodos o tácticas empleadas por padres o tutores para influir, educar y orientar a sus hijos en su integración social, así como para modular sus conductas. Los estilos de crianza han sido descritos por diversas ramas como antropología, sociología, psicología, etc. Presentan características determinadas por giros y cambios culturales y sociales que surgen a lo largo de la historia. Su evaluación permitirá reconocer los elementos que le permiten al niño, adaptarse a la sociedad. (18)

Las dimensiones de la paternidad: apoyo y control, pueden dar lugar a varios tipos de crianza parental cuyos modelos más conocidos son: autoritario, autorizado y permisivo. Cada uno de estos modelos poseen características específicas que van a tener consecuencias en la adaptación social y emocional del niño. (18)

Los estilos de crianza manifestados en las relaciones humanas, eventos psicológicos y en el proyecto de vida familiar, actúan como organizadores de los mapas psicológicos individuales, orientando las acciones futuras de los individuos,

sus esquemas mentales y contacto socioemocional con otros seres humanos, evidenciándose su importancia en el desarrollo intelectual y emocional del niño. (19)

Existen reseñas de los años treinta y cuarenta de los primeros estudios sobre la influencia de los padres en el comportamiento de los hijos, uno de los más significativos es el de Diana Baumrind, considerada una investigadora pionera en el estudio y clasificación de los estilos parentales. Define el estilo de crianza parental como una función de control, distinguiendo entre cuatro tipos de control posible: autoritario, democrático, y permisivo. (20)

- **El estilo autoritario de crianza** se identifica con la aplicación por parte de los padres de controles estrictos y de muchas restricciones de comportamiento; se da particular importancia a la disciplina, y se brinda poco apoyo emocional, con lo que la creación de lazos afectivos es prácticamente nula. Los padres demandan obediencia por parte de sus hijos, ofreciéndoles poco apoyo emocional y ningún elogio. La evidencia empírica muestra que este estilo de crianza autoritario tiene importantes consecuencias en la conducta en los hijos, las cuales pueden considerarse como negativas. Promueve el comportamiento agresivo, así como su limitación para realizar una valoración afectiva de eventos y su relativa incapacidad para internalizarlos.
- **El estilo de crianza democrático** se identifica con relaciones entre padres e hijos que propician el diálogo y que promueven la independencia de los hijos. En este estilo de crianza los padres establecen normas claras de comportamiento y definen las expectativas para cada miembro del hogar, mientras que escuchan y apoyan emocionalmente a sus hijos. La investigación realizada sugiere que este estilo de crianza parental tiene efectos conductuales positivos en los hijos, tales como la obtención de mayores logros educativos, una mayor autosuficiencia y autoestima, menos problemas de conducta, y una mejor relación con compañeros y amigos.
- **El estilo de crianza permisivo** hace referencia a la ausencia de límites en la relación parental; si bien las relaciones afectivas padre-hijo son cálidas,

estas se dan dentro de un marco donde no se establecen ni normas de conducta ni expectativas para los hijos. Este estilo parental se asocia a mayores niveles de agresión y de comportamiento delincuencial por parte de los hijos.

- **El estilo de crianza negligente**, hace referencia a padres que no se involucran en la crianza de sus hijos; en este estilo ni se presentan relaciones afectivas cálidas ni hay interés de los padres por fijar límites u orientar a sus hijos.

Pérez Alonso – Geta y Cánovas Leonhardt estructuran los estilos en los siguientes grupos: (21)

- **Coercitivo**: padres con bajo nivel de implicación en la educación de sus hijos, en el que el castigo y el “status” de poder suplen las verdaderas funciones de los padres, de las cuales hacen dejación.
- **Democrático o social-integrativo**: padres que posibilitan las habilidades positivas de comunicación a nivel individual y grupal, la cohesión y adaptabilidad familiar y social.
- **Permisivo**: padres que piensan que hay que “dejar hacer” a los niños, sin control, dentro de amplios márgenes, mientras no se pongan en peligro.
- **Contradictorios**: padres que “frecuentemente dicen una cosa a los hijos y hacen otra”, con frecuencia la madre pone un castigo y el padre lo levanta.
- **Inductivo de apoyo**: padres que brindan pautas de diálogo, compromiso e implicación con los hijos.
- **Anárquico**: padres que no establecen límites y referentes normativos

Por su parte, Kellerhalls y Montandon proponen tres estilos basados en el tipo de interacción que se establece en el seno familiar y la condición socioeconómica. (22)
Estos son:

- A. **Contractualista**: Se caracteriza por una limitada insistencia en el control y por un mayor énfasis en el estímulo o la motivación. Los roles de los padres

están poco diferenciados, ambos incluyen aspectos instrumentales y expresivos asumiendo un papel más cercano. Las relaciones entre padres e hijos son cercanas. Además, están abiertos a las influencias del exterior, tales como: el colegio, los amigos, la televisión.

B. **Estatuario:** Los padres que poseen este estilo brindan gran mayor importancia a la obediencia y a la disciplina, así mismo dan menor valoración de la autorregulación y sensibilidad del niño. Las distancias entre padres e hijos son notables, caracterizando por escasa comunicación y actividades comunes. La reserva ante los agentes externos es significativa.

C. **Maternalista:** Se caracteriza por la preponderancia en la obediencia y conformidad por parte de los hijos, restando importancia a la autonomía y la autodisciplina. La comunicación y las relaciones entre padres e hijos son estrechas y relativamente íntimas. La influencia del exterior es limitada.

La Organización Mundial de la Salud OMS (2013), señala qué en la formación de los niños, los padres deben garantizar un cuidado que promueva el mejor desarrollo posible, considerando los factores de salud física y psicosocial en sus niños. (23)

Cuando el proceso del apego se perturba, es posible encontrar un conjunto de reacciones y conductas sociales anormales. La precariedad económica vuelve vulnerable a la infancia, provocando problemas sociales, emocionales, sanitarios. Precipita secuelas físicas, emocionales y psíquicas, promueve el estrés crónico tanto para los padres y para el infante, afectando áreas cerebrales que residen en la corteza prefrontal, el hipocampo y posiblemente con las amígdalas, conexiones que por efecto del estrés se disrumpen, lo que daña el cerebro a largo plazo. Es así que por efecto directo de estos factores ambientales sociales negativos, entran en juego los mecanismos biológicos subyacentes del estrés activando el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. (24)

El desarrollo infantil es un proceso de cambio en que el niño aprende a dominar niveles siempre más complejos de movimiento, pensamiento, sentimientos y relaciones con los demás. Se produce cuando el niño interactúa con las personas, las cosas y otros estímulos en su ambiente biofísico y social, y aprende de ellos.

Existen estudios que determinan mayores alteraciones en las pautas de crianza de madres adolescentes o mayores de bebés prematuros en las cuales no se establecen límites y normas claras; además afectan la dinámica familiar la vulnerabilidad socioeconómica e incrementan los riesgos de maltrato y negligencia entre otras. El apoyo, el afecto y las interacciones apropiadas ayudan al desarrollo cognitivo y psicosocial durante la infancia. En el mismo sentido, el cuidado, la salud y el desarrollo están relacionados con la aceptación y la receptividad que los padres tengan de sus hijos. (24)

La prevención de factores de riesgo en la familia que influya negativamente en los estilos de crianza y en el desarrollo socioafectivo durante la infancia es una responsabilidad de los distintos profesionales y sectores para lograr un mejor desarrollo de habilidades, competencias parentales, habilidades emocionales y conductas prosociales en los niños, niñas y adolescentes. (25)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia constituye el primer núcleo social al cual pertenecemos, en el cual los niños aprenden las normas de la sociedad y adquieren sus propios valores, creencias y características personales. Dentro de este proceso de socialización, se incluye la crianza de los hijos. La naturaleza del proceso de crianza es compleja y multidimensional, para su comprensión y análisis se pueden distinguir entre los estilos de crianza o estilos parentales cuatro tipos: autoritario, permisivo, democrático y el negligente.

Se ha evaluado la respuesta social, psicológica y emocional en la personalidad de las personas criadas bajo cierto estilo parental predominante; pero no existe un análisis entre éstos y el grado de afección sanitaria que puede recibir un infante, es decir, relacionar los estilos de crianza y sus repercusiones en el estado de salud enfermedad y/o riesgo de mortalidad, motivo del estudio actual mediante el que se planea analizar la comunidad perteneciente a un Hospital General de segundo nivel del estado de Puebla, considerando además, características sociales, culturales y económicas como determinantes agregados que pueden modificar la respuesta a un estado de salud crítico incluyendo el grado de mortalidad.

La investigación respecto a los estilos parentales de crianza está respaldada por ciencias sociales, primordialmente por el área de psicología, psicopedagogía, sin embargo, es el pediatra, el encargado de evaluar los resultados psicológicos, sociales y biológicos al respecto, así como orientar a los padres para modificar conductas que pudieran resultar contraproducentes para el desarrollo del infante.

5.- OBJETIVOS

A- GENERAL

Identificar la relación entre los estilos de crianza parenterales evaluados mediante cuestionario PCRI-M PCR y la gravedad en pacientes pediátricos en un Hospital de Segundo nivel de Abril a septiembre de 2024.

B.-ESPECÍFICOS

- Reconocer las características sociodemográficas que prevalecen en pacientes pediátricos que ameritan hospitalización en el área de urgencias del Hospital General Eduardo Vázquez N.
- Establecer los estilos de crianza prevalentes en pacientes pediátricos que ingresan al área de urgencias en el Hospital General Eduardo Vázquez N.
- Determinar la morbilidad y mortalidad infantil en el Hospital General Eduardo Vázquez N.

6.- MATERIAL Y MÉTODOS

A.- DISEÑO DEL PROYECTO

1.- Tipo y características del estudio

Se trata de un estudio observacional de tipo prospectivo. Se selecciona a un grupo de pacientes en edades de 1 mes a 17 años. Se pretende identificar los factores que influyen en la morbilidad y mortalidad de pacientes que ingresan al hospital, realizando una encuesta al familiar a cargo del padre o tutor del paciente con un estudio observacional: se recaban datos de las variables a estudiar, pero sin llevar a cabo maniobras que modifiquen alguna variable.

Prospectivo debido a que los grupos a estudiar se analizarán en un tiempo establecido a través de encuestas.

Prolectivo: se empieza a recabar información al momento del inicio del estudio.

2.- Definición del Universo de Trabajo:

a. –Población Fuente

Población pediátrica de ambos géneros que acude al servicio de urgencias ameritando hospitalización en área de choque de un Hospital de segundo nivel del estado de Puebla: Hospital Eduardo Vázquez N.

b. –Población Elegible

Población pediátrica de 1 mes de vida hasta los 16 años de ambos géneros que acude al servicio de urgencias ameritando hospitalización en área de choque de un Hospital de segundo nivel del estado de Puebla: Hospital Eduardo Vázquez N.

3.- Definición de Unidades de Observación

• a.- Criterios de Inclusión

- Pacientes pediátricos que ingresan al área de urgencias
- Pediátricos de 1 mes a los 17 años.
- Consentimiento informado

- Padre o tutor que acepte realizar encuesta.
- **b.- Criterios de Exclusión**
 - Pacientes menores a 28 días de vida
 - Pacientes mayores de 17 años
 - Familiares que no aceptan realizar evaluación parental.
 - Pacientes con patología que afecta el neurodesarrollo como parálisis cerebral infantil.
- **c.- Criterios de Eliminación**
 - Pacientes en edad pediátrica que ingresan sin signos vitales a urgencias.
 - Pacientes con valoración médica que ameriten manejo ambulatorio.

4.- Estrategia de Muestreo

- a.- Tamaño de la Muestra: es una población que se hospitaliza en el Hospital de segundo nivel del estado de Puebla en edad de 1 mes a 17 años de vida, que resulten con alguna patología que ponga en riesgo la vida del paciente y la funcionalidad familiar.
- b.- Tipo de Muestreo: se obtendrá una muestra no pirobalística, dirigiendo la obtención de los casos a aquellos niños que presenten un riesgo de morbilidad y mortalidad, realizando encuestas al padre o tutor de dicho paciente.

5.- Definición de Variables y Unidades de Medición

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala	Unidad de medición
Edad del padre o tutor	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el	Etapas cronológicas de la persona,	Cuantitativa	Continua	Edad en años

	momento de hoy.	cuantificada en años, al momento del estudio.			
Edad del niño	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de hoy	Lactantes entre 1 mes-2 años Preescolar 2 - 5 años Escolar 6 años a 10 años Adolescente: 10 a 16 años	Cuantitativa	Discreta	Edad en años, meses
Genero del niño	Condición orgánica que distingue entre hombre y mujeres	Masculino o femenino	Cualitativa	Nominal dicotómica	Masculino Femenino
Escolaridad del padre o tutor	Periodo de tiempo que dura la estancia de una persona en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza	Años de preparación académica de una persona	Cualitativa	Nominal Ordinal	1)Primaria 2)Secundaria 3)Preparatoria 4)Licenciatura 5)Posgrado

	adecuada.				
Tipo de familia	Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal	1. Familia nuclear · 2. Familia extensa · 3. Familia monoparental · 4. Familia reconstituida · 5. Familia homoparental · 6. Familia de padres separados · 7. Familia multinuclear	Cualitativa	Encuesta	Nominal
Estilo de crianza parental	Proceso de educación, enseñanza y aprendizaje que se otorga a un niño o joven.	Educación de los padres o tutores a los hijos con el fin de hacer individuos funcionales en la sociedad.	Cualitativa	Nominal Politómica	Autoritario -Permisivo -Democrático -Negligente

Gravedad	Cualidad de grave. <i>Gravedad de un asunto, de una enfermedad.</i>	Estado de salud que condiciona el área de hospitalización del paciente.	Cualitativa	Triage	- Hospitalización en choque - Hospitalización en área de observación
----------	---	---	-------------	--------	---

6.- Recolección de la Información

- a.- Fuentes de Información:

Expedientes clínicos y encuesta Factores de riesgo para la severidad con la que ingresan los pacientes al servicio de urgencias y estilos de crianza parentales.

- b.- Instrumentos de medición

Encuesta Factores de riesgo para la severidad con la que ingresan los pacientes al servicio de urgencias y estilos de crianza parentales.

Cuestionario de crianza parental (PCRI-M). De tipo escala Likert, compuesto por 78 ítems, con una puntuación de 1 a 4 en su versión cuantitativa y en su forma cualitativa es: muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, en total desacuerdo. Dividido en 8 categorías de apoyo parental con 9 ítems, satisfacción de la crianza con 10 ítems, compromiso con 14 ítems, comunicación con 9 ítems, límites con 12 ítems, autonomía con 10 ítems, orientación de roles con 9 ítems y deseabilidad social con 5 ítems respectivamente.

Categorías Descriptores

Apoyo parental	Evalúa 9 ítems que se refiere a la ayuda que se pueden brindar entre progenitores.
Satisfacción de la crianza	Evalúa 10 ítems que menciona cuan grata es la crianza entre ambos padres.
Compromiso	Evalúa 14 ítems en el cual el padre o madre está comprometida con la relación de crianza.
Comunican	Evalúa 9 ítems en el cual el hijo o hija tiene libertad de expresión con los padres.
Limites	Evalúa 12 ítems en control a reglas y normas de convivencia.
Autonomía	Evalúa 10 ítems en mención a la libertad de elección y responsabilidad del mismo.
Orientación de roles	Evalúa 9 ítems en cuanto a trabajos compartidos entre cada padre.
Deseabilidad social	Evalúa 5 ítems de cuanto desean los padres sobre sus hijos e hijas

- c.- Validez y Consistencia

Se aplicará una encuesta Factores de riesgo para la severidad con la que ingresan los pacientes al servicio de urgencias y estilos de crianza parentales con base la NOM 031- SSA2-1999

7.- Prueba Piloto

No se realizará prueba piloto.

8.- Procesamiento. y presentación de la Información.

- a.- Cuadros y Gráficas: Se presentarán cuadros comparativos y graficas demográficas
- b.- Tratamiento Estadístico:

- 1).- Estadística Descriptiva y medidas de tendencia central.
- 2).- Estadística Inferencial.

9.- Bioética

- a.- Clasificación: Tal como establece en México el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el presente estudio se clasifica como clasificación de riesgo mínimo, ya que se encuentra dentro del grupo de estudios prospectivos, que emplea el riesgo de datos a través del procedimiento común en examen físico, psicológico y tratamientos rutinarios.
- b.- Consentimiento Informado

Se realizará un consentimiento informado a todos los familiares de pacientes que acepten participar en el estudio, con forme establecen las normatividades del comité de la bioética. El presente estudio se apegará a lo establecido de la fracción IV del artículo 100 de la Ley General de Salud en el título V sobre investigación de la salud, en donde se mencionan que se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realiza la investigación o de su representante legal en caso de la incapacidad legal de aquel, una vez que enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para la salud.

Entendido como consentimiento informado, según el artículo 20 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de la investigación para la salud, el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso su representante legal con conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos de lo que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

7. RESULTADOS

Durante el periodo analizado de abril a septiembre 2024 ingresaron al área de choque del servicio de urgencias pediátricas del Hospital General Eduardo Vázquez N 58 pacientes, de los cuales, el 70.6% (n=41 pacientes) se incluyeron en este estudio. Se analizaron pacientes pediátricos de 1 a 17 años cumplidos, con una mediana de edad de 9 años (108 meses). El 56.1% (n=23) de género femenino y el 43.9% (n=18) del género masculino.

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	23	56.1 %
MASCULINO	18	43.9 %
TOTAL	41	100 %

Tabla 1. Género

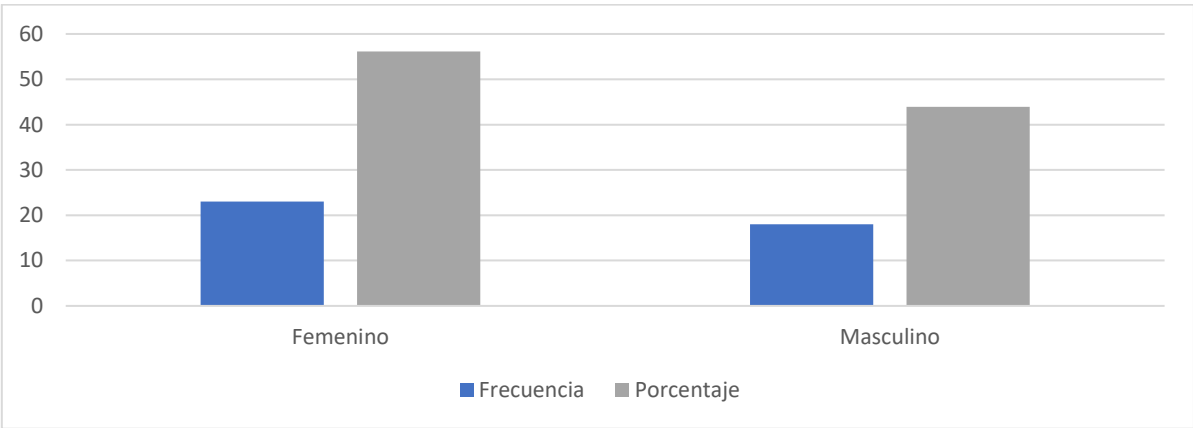


Ilustración 1. Género

Al clasificarlos por grupo etario existe mayor ingreso de lactantes en 39% (n=16), seguido de adolescentes con 36.6% (n=15), escolares con el 17.1% (n=7) y por último el grupo de preescolares 7.3% (n=3).

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LACTANTE	16	39.0 %
PREESCOLAR	3	7.3 %
ESCOLAR	7	17.1 %
ADOLESCENTE	15	36.6 %
TOTAL	41	100 %

Tabla 2. Grupo etario.

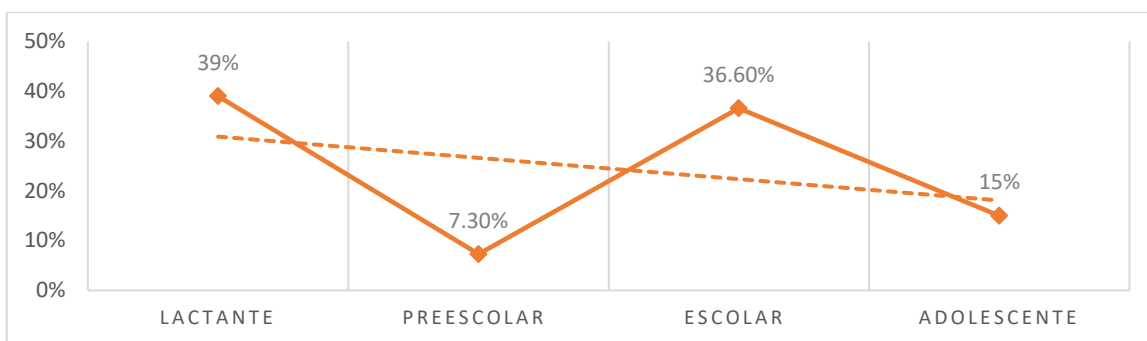


Ilustración 2. Grupo etario

Dentro de las variables incluidas en el estudio, se incluyeron factores biológicos asociados a los niños como edad, género y estado nutricional. También se analizaron factores socio demográficos como procedencia, edad, ocupación y escolaridad del cuidador primario y el contexto familiar en el que se desenvuelve,

Respecto al estado nutricional, basado en la clasificación de la CDC para niños de 2 a 20 años, el estado eutrófico predomina en los pacientes analizados (61%, n=25 pacientes), seguido de una desnutrición moderada en el 12.2 % (n=5), desnutrición leve en el 9.8% (n=4), desnutrición severa en el 7.3% (n=3), sobrepeso en 4.9% (n=2) y obesidad 4.9% (n=2).

ESTADO NUTRICIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EUTROFICO	25	61.0 %
DESNUTRICION LEVE	4	9.8 %
DESNUTRICION MODERADA	5	12.2 %
DESNUTRICION SEVERA	3	7.3 %}
SOBREPESO	2	4.9 %
OBESIDAD	2	4.9 %
TOTAL	41	100 %

Tabla 3. Estado nutricional

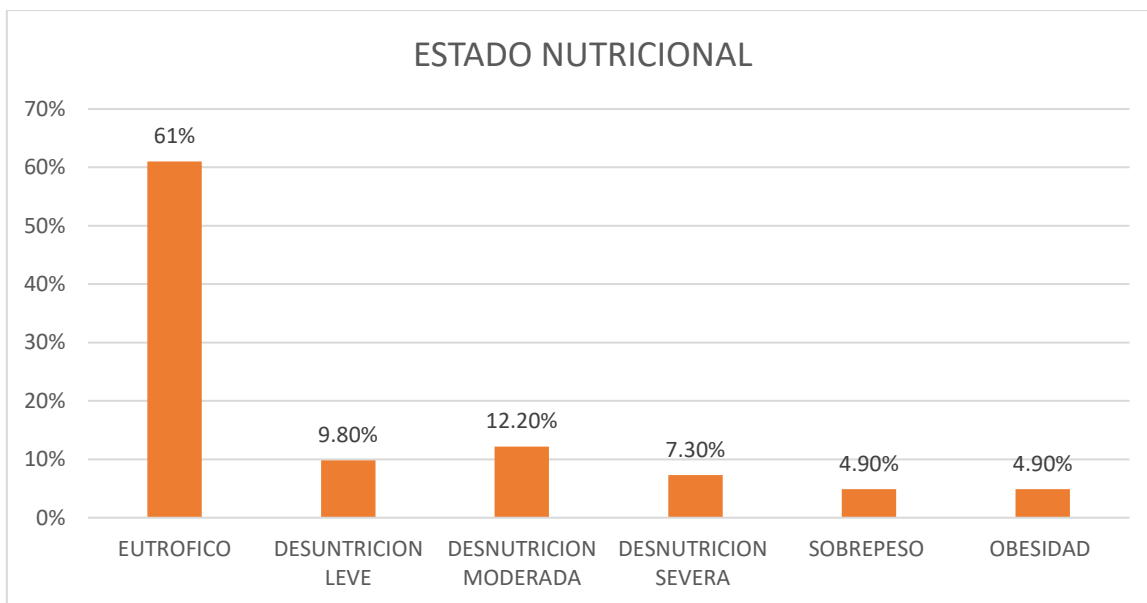


Ilustración 3. Gráfico estado nutricional.

El 61% (n= 25) de los pacientes ingresados proviene de municipios del estado de Puebla, siendo enviados a este hospital a través de referencias reguladas con hospitales de segundo nivel, con atención o intervenciones medicas previas a su llegada a nuestra unidad. El 39% (n=16) procedente de la ciudad de Puebla y juntas auxiliares sin haber recibido atención médica previa hospitalaria.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANO	16	39 %
RURAL	25	61 %
TOTAL	41	100 %

Tabla 4. Procedencia de pacientes.

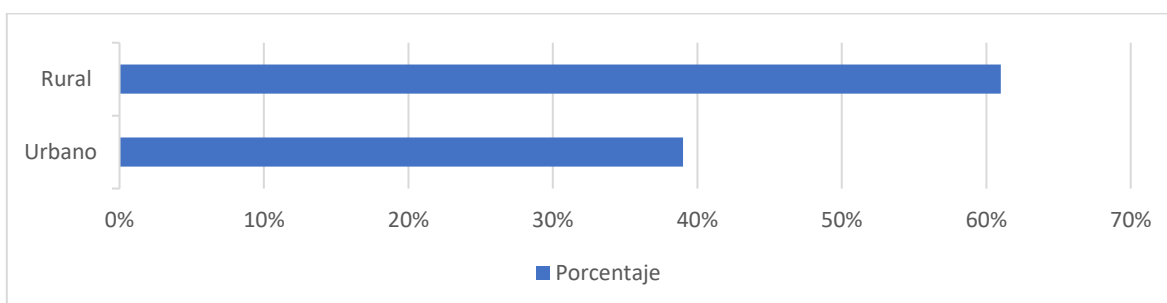


Ilustración 4. Procedencia de pacientes

El cuidador principal de nuestra población es la madre en un 90.2 % (n=37), en el 7.3% un familiar de segundo grado, solo un paciente en el tiempo estudiado se encontraba en unión libre. Las actividades laborales que desempeñan estos

cuidadores se basan principalmente en labores del hogar en el 80.5% (n=33), empleadas de diferentes instituciones el 17.1% (n=7), el resto se desconoce.

CUIDADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MADRE	37	90.2 %
FAMILIAR SEGUNDO	3	7.3 %
PAREJA	1	2.4 %
TOTAL	41	100 %

Tabla 5. Cuidador primario de pacientes ingresados.

OCUPACION DE CUIDADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LABORES DEL HOGAR	33	80.5 %
EMPLEADA	7	17.1 %
SE DESCONOCE	1	2.4 %
TOTAL	41	100 %

Tabla 6. Ocupación de cuidador principal.

El grado de escolaridad que predomina en los cuidadores primarios de los pacientes ingresados a área de choque fue bachillerato completo en 39% (n=16), secundaria completa en el 29.3% (n=12), con licenciatura completa 4.9% (n=2), sin educación básica 9.8% (n=4).

ESCOLARIDAD DE CUIDADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	4	9.8 %
PRIMARIA	7	17.1 %
SECUNDARIA	12	29.3 %
BACHILLERATO	16	39.0 %
LICENCIATURA	2	4.9 %
TOTAL	41	100 %

Tabla 7. Grado de escolaridad del cuidador principal.

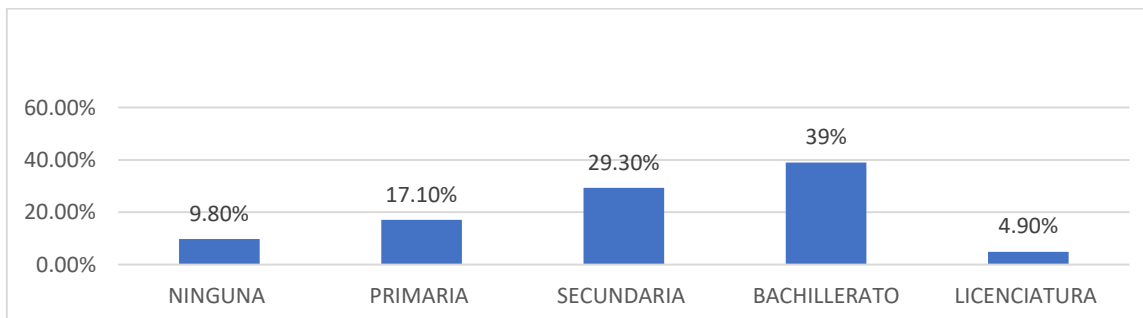


Ilustración 5. Grafica de escolaridad de cuidadores.

Se analizó el tipo de familia al que pertenecen los pacientes ingresados, siendo la familia nuclear, conformada por padres e hijos, la principal referencia en el 53.7% (n=22), seguida de familias extensas conformada por otros miembros de la familia 29.3% (n=12). También la presencia de hijos en la familia para valorar si la atención repercute en la gravedad de uno de estos mismos, el tipo de familia con más ingresos al área de choque es el conformado por 2 hijos 31.7% (n=13).

TIPO DE FAMILIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUCLEAR	22	53.7 %
EXTENSA	12	29.3 %
MONOPARENTAL	4	9.8 %
COMPUESTA	3	7.3 %
TOTAL	41	100 %

Tabla 8 Tipo de familia.

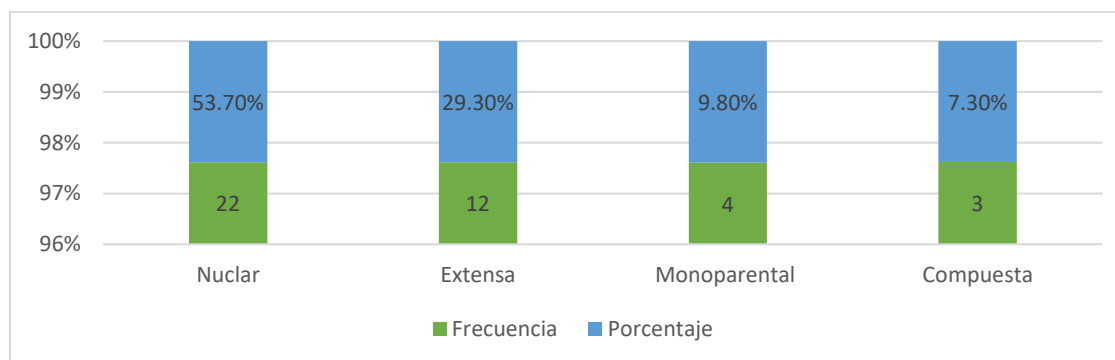


Ilustración 6. Tipo de familias.

HERMANOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	10	24.4 %
1 HERMANO	13	31.7 %
2 HERMANOS	8	19.5 %
3 HERMANOS	7	17.1 %
4 HERMANOS	2	4.9 %
6 HERMANOS	1	2.4 %
TOTAL	41	100 %

Tabla 9. Número de hermanos en familias de pacientes ingresados.

De acuerdo con los resultados de los cuestionarios PCRI para evaluar el tipo de crianza a los cuidadores principales de los pacientes ingresados, el 65.9% (n=27) corresponde al estilo democrático, 19.5% al estilo negligente (n=8) y el 14.6% (n=6) permisivo, y no se obtuvo respuestas del estilo de crianza autoritario.

ESTILO DE CRIANZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEMOCRATICO	27	65.9 %
NEGLIGENTE	8	19.5 %
PERMISIVO	6	14.6 %
AUTORITARIO	0	0.0 %
TOTAL	41	100 %

Tabla 10. Estilo de crianza predominante.

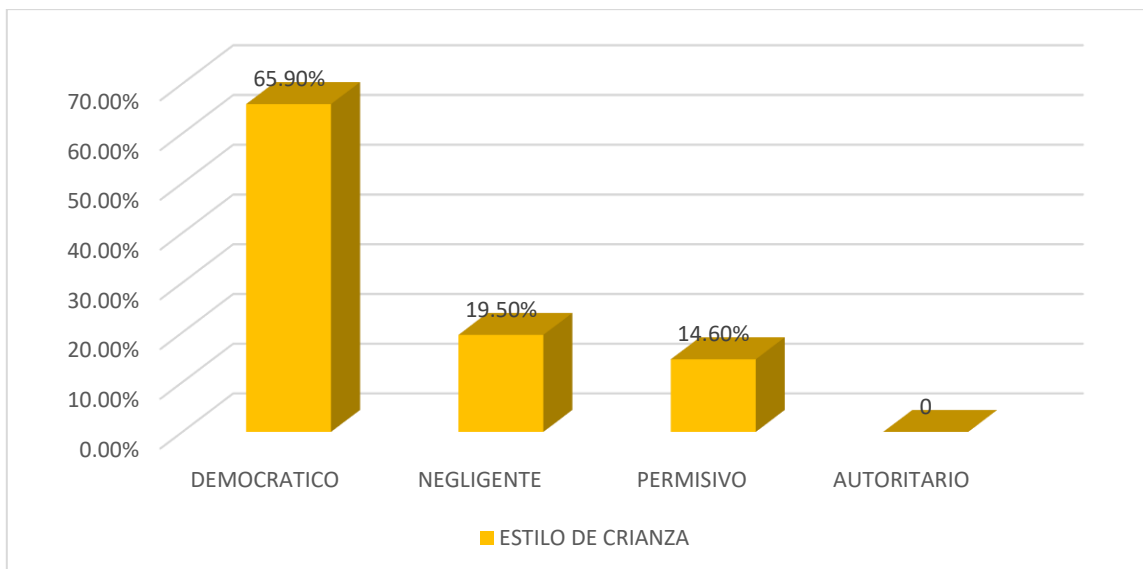


Ilustración 7. Estilos de crianza.

Para finalizar, el diagnóstico de ingreso fue de etiología accidental en el 36.6% (n=15) (en su mayoría por traumatismo craneoencefálico severo) y el 63.4% de ingresos por patología de origen orgánico. Del total de pacientes el 14.6% fallecieron por complicaciones asociadas a su gravedad y el 85.4% continuo su manejo en hospitalización con egreso posterior a su domicilio.

ETIOLOGIA ACCIDENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	36.6 %
NO	26	63.4 %
TOTAL	41	100 %

Tabla 11. Motivo de ingreso.

DEFUNCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	14.6 %
NO	35	85.4 %
TOTAL	41	100 %

Tabla 12. Frecuencia de defunción en pacientes ingresados.

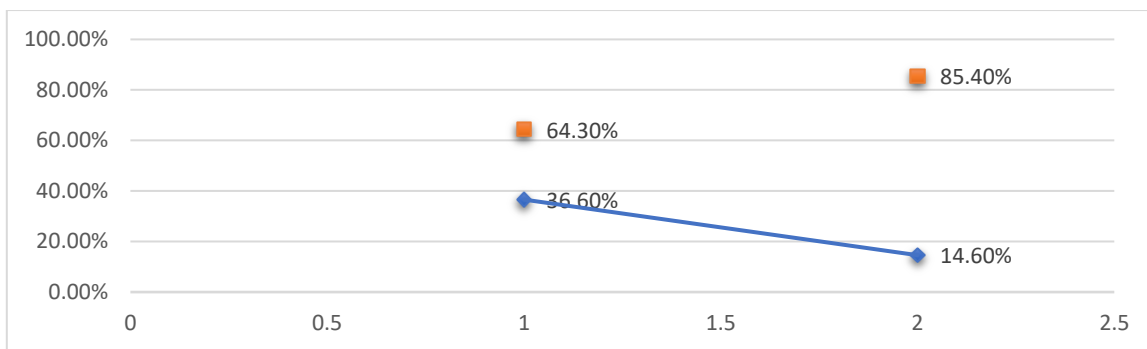


Ilustración 8. Relación de causa accidental y defunciones.

En la tabla cruzada, los niños que eran hijos únicos no presentaron una mayor cantidad de ingreso por accidente ($p=0.27$) no siendo significativo.

RECuento		HIJO UNICO		
		NO	SI	TOTAL
ACCIDENTAL	SI	13	2	15
	NO	18	8	26
TOTAL		31	10	41

Tabla 13. Asociación de hijos únicos y causa accidental.

Al realizar análisis de varianza del estilo de crianza con la edad del cuidador primario, no se identificó una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.21$), tampoco hubo diferencias entre las edades de los niños ($p=0.31$).

En la regresión logística binaria, donde un ingreso de causa accidental fue la variable dependiente se encontró que la edad del niño ($p=0.028$, OR 0.58, IC95% 0.58; 0.36-0.94), el género ($p=0.036$, OR 93.78, IC95% 1.33-6584.23) y el estilo de crianza ($p=0.46$, OR 0.076, IC95% 0.006-0.95) pueden influir en este motivo de ingreso.

8. DISCUSIÓN

Las principales investigaciones respecto a los estilos de crianza corresponden a las ciencias sociales. La evaluación de los mismos, han sido dirigidos tanto a padres como a la percepción de los hijos.

Se analizaron 41 pacientes con criterios de ingreso a área crítica del servicio de urgencias pediátricas, donde el estilo de crianza democrático es el más desarrollado por los padres de nuestra población (65.9%) y el grupo etario predominante corresponde a los lactantes en el 39%.

En un estudio ecuatoriano, se analizaron los estilos de crianza y las capacidades emocionales en menores de 5 años, de 106 niños, el 83% de los padres emplean el estilo democrático, pero solo el 50% de los menores desarrollo habilidades emocionales. De los cuatro estilos descritos, el democrático cuenta con destrezas parenterales favorables y vínculos estrechos que están asociados con resultados positivos. Dentro de ellos, la autorregulación de emociones, conductas y activación cognitiva mayormente durante la primera infancia. (26)

El segundo grupo etario sobresaliente en nuestro estudio es el de los adolescentes 36.6%. Afín a este resultado, en Perú se efectuó un estudio con 563 adolescentes, los estilos de crianza y el acoso escolar, donde el estilo que más predomina es el permisivo 28,42%, seguido por el autoritario 22,56% y negligentes 18,65%. (27)

El cuidador principal en los pacientes evaluados en nuestro estudio fue la madre en el 90.2%. En una investigación canadiense se encontró que la sensibilidad materna, la atención y el apoyo a la autonomía en lactantes de 12 a 26 meses, apoyan la autorregulación en los niños, sobre todo el control de impulsos. (28)

El estilo de crianza que no se detectó en los cuidadores de los pacientes ingresados fue el autoritario, mismo que se relaciona con alto grado de disciplina. Tanto el estilo de crianza negligente y autoritario pueden existir grados de maltrato de cualquier tipo. Cualquier forma de maltrato en los primeros años de vida, puede desencadenar cambios neurobiológicos, los cuales pueden provocar fallos o

carencias a corto y largo plazo, existen lesiones descritas en hipocampo, amígdala cerebral, estructuras cerebrales, el cuerpo calloso y el córtex. Estas se expresan con dificultades cognitivas, mal manejo de estrés psicosocial, problemas conductuales y sociales. (29)

El estilo de crianza autoritario o permisivo, a su vez incrementan el consumo de sustancias como alcohol, tabaco y otras adicciones. La sobreprotección se vincula con ansiedad y somatización. (29)

En México, los problemas de conducta en la infancia se estiman en el 7% entre los 3 y 12 años. En Tlaxcala se desarrolló un estudio con 278 alumnos de sexto de primaria, vinculando los estilos de crianza con desarrollo de problemas internalizados: alteraciones psicológicas de contenido emocional (modo desadaptativo de resolver conflictos, retraimiento, somatización, ansiedad y depresión) y externalizados: expresadas en el ámbito conductual (conflicto o daño a los otros, agresión, impulsividad, falta de atención e hiperactividad). Demostraron correlaciones negativas entre la disciplina de apoyo y la conducta disruptiva, agresiva, autoagresión y depresión. (29)

Investigamos el tipo de familia y componentes de esta ya que se ha demostrado que las relaciones entre hermanos pueden desempeñar un papel protector en la respuesta de un niño a eventos estresantes y de forma contraria, los propios hermanos pueden experimentar estrés, pérdida de la atención de los padres y mayores responsabilidades relacionadas con la enfermedad grave del niño, con un impacto desconocido a largo plazo. (30)

La enfermedad crítica es un acontecimiento que cambia la vida de los pacientes y sus familias. A medida que la mortalidad ha disminuido, muchos sobrevivientes experimentan deterioros nuevos y persistentes en el funcionamiento físico, psicológico, cognitivo y social. (30)

El estudio realizado reveló características socioculturales asociadas a los pacientes graves, sin embargo, las pruebas estadísticas no arrojaron resultados significativos

al asociar las variables, el sesgo más importante es el tamaño de la muestra que se evaluó, lo cual puede considerarse una limitante importante del estudio.

En cuanto a las oportunidades de este, habrá de considerarse como una nueva línea de investigación en el área médica, considerando que los pacientes con necesidad de cuidados críticos pueden cursar con un deterioro nuevo o empeoramiento de la salud física, cognitiva o mental en cualquier momento que pueden alterar el desarrollo hasta la edad adulta.

9. CONCLUSIONES

En este estudio se analizaron los factores de riesgo socioculturales que ponen en riesgo la salud de un infante para ameritar cuidados críticos debido a patologías graves, considerado a los estilos de crianza como un factor importante. Destaca el estilo democrático en nuestra población, lo cual resulta contrario a los efectos que este trae a las personas, ya que es considerado un modelo positivo para el crecimiento y formación de habilidades, y en este caso, es el principal asociado a un estado de gravedad en pacientes pediátricos.

Destaca el grado de mortalidad del 14.6% (n=6) de los pacientes analizados en este periodo de tiempo, así como la asociación con causas accidentales en el 36.6% (n=15) de los pacientes ingresados, considerando el estilo de crianza democrático como uno de los factores determinantes estas variables.

Dentro de las limitantes del estudio, se contó con una muestra pequeña, esto pudo determinar resultados estadísticamente no significativos. Respecto a las oportunidades de este, se puede asociar un grupo control con pacientes no graves y prolongar el tiempo de análisis.

Las características positivas del estilo de crianza pueden dar pauta a nuevas líneas de investigación con seguimiento de los pacientes ya que este puede condicionar un mejor pronóstico al egreso del paciente, respecto a los otros estilos de crianza que tienen asociación con resultados negativos en la personalidad de los niños criados en ellos.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Colangelo M. Child rearing and cultural diversity. Contributions of anthropology to pediatric practice. Archivos argentinos de pediatria. 2020; 118(4): p. 379-383.
2. Cohn C. Antropologia da criança. Zahar Ed. : p. 25-31.
3. Barcelona J. La Medicina en la Historia. Aula Abierta Salvat. : p. 64.
4. Jaeger W. Paideia: los ideales de la cultura griega México FdCE, editor.: Libro Primero; 1993.
5. Montanelli I. Historia de los Griegos: Historia de Roma: Plaza & Janés. El Arca De Papel; 1974.
6. Garrison A. History of Pediatrics: Saunders; 1995.
7. Alfonzo B. La evolución de los derechos de las niñas y niños a partir de la Constitución de 1917. Coordinación de Compilación y Sistematización de Tesis de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. : p. 10.
8. Aguirre A. La mortalidad infantil y la mortalidad materna en el siglo XXI. Papeles de población. : p. 75-99..
9. Hernández B. La mortalidad infantil en México durante los años de crisis. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias..
10. Fernandez S. Principal causes of mortality among children younger than 15 years of age. Dirección General de Calidad y Educación, Secretaría de Salud. : p. 188-191.
11. CONAPO. Proyecciones de Población de México 2010 - 2050.. Consejo Nacional de Población..
12. Secretaría de Salud s. Dirección General de Información en Salud.. [Online]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx>.
13. Cuervo Á. Parenting styles and socioaffective development in childhood. REVISTA DIVERSITAS - PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA. 03 Sep 2010: p. 111-121.

14. Mendoza A. Estilos de crianza parental percibidos en la infancia como factores de predisposición motivacional. *Psicología para América Latina*. 24 Jun 2023: p. 5-18.
15. Lawrence S. La inteligencia emocional de los niños. Vergara J, editor. Buenos Aires, Argentina; 1997.
16. Porras C, Carvajal B, Suárez E. Parenting expectations in mothers of term and preterm infants. *Revista Cubana de Enfermería*. 2016; 32(3).
17. Vargas J, Arán V. Importancia de la parentalidad para el desarrollo cognitivo infantil: una revisión teórica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2014; 12(1): p. 171-186.
18. Capilla L, Del Barrio V. Adaptación del cuestionario de crianza parental (PCRI-M) a población española. *Revista latinoamericana de psicología*. 2001; 33(3): p. 329-341.
19. Ionutiu R. The effectiveness of a positive parenting program-results of a preliminary study in a romanian sample. *Cognitie, Creier, Comportament/Cognition, Brain, Behavior*. 2016; 20(3).
20. García J, Arana C, Restrepo J. Estilos parentales en el proceso de crianza de niños con trastornos disruptivos. *Investigación y desarrollo*. 2018; 26(1): p. 55-74.
21. Estrella C, González J. Estilos de educación en el ámbito familiar. *REOP-Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*. 2011; 22(3): p. 257-276.
22. Torío S, Peña J, Rodríguez M. Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la educación. Revista interuniversitaria*. 2008; 20.
23. Sandoval J, De Gante A, Gómez M, Limón G. La formación en crianza como estrategia para la prevención de violencia en el contexto familiar. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2018; 44.
24. Chamorro L. El apego. Su importancia para el pediatra. *Pediatría*. 2012; 39(3): p. 199-206.
25. Samuelson K, Krueger C, Wilson C. Relationships between maternal emotion regulation, parenting, and children's executive functioning in families exposed to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*. 2012; 27(17): p. 3532-3550.

26. Pinta S, Pozo M, Herrera E, Cabascango K, De los Ángeles M. Primera infancia: estudio relacional de estilos de crianza y desarrollo de competencias emocionales. *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*. 2019; 8(2).
27. Zegarra R, Zeladita J, Cuba J, Castillo H, Moran G, Cárdenas L. Asociación entre los estilos de crianza y el rol de los adolescentes peruanos en el acoso escolar, 2019. *Revista Cuidarte*. 2023; 14(1).
28. Bernier A, Carlson S, Whipple N. From external regulation to self-regulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child development*. 2010; 81(1): p. 326-339.
29. Amores A, Mateos R. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*. 2017; 23(2): p. 81-88.
30. Huerta R, Grimaldo E, Chavez B. Pautas de crianza y su relacion con los problemas de conducta infantil. *Revista Iberoamericana de Psicología*. 2023; 16(3): p. 45-55.
31. Gutiérrez J, Bertozzi J. La brecha en salud en México medida a través de la Mortalidad Infantil. *Salud Pública de México*. : p. 102 - 109.
32. Diario Oficial de la Federación. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. [Online]; 2023. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019.
33. Hill K, Upchurch D. Gender differences in child health: demographic and health surveys. *Johns Hopkins University*. 9: p. 127-151.
34. Hernández H, Narro J. Mortalidad infantil en México: logros y desafíos. *Papeles de población*. 2020; 25(101).
35. DeMause L. La evolución de la infancia Madrid: Alianza Universidad; 1982.

ANEXOS:

CUESTIONARIO PCRI: FORMATO PARA PADRES O TUTORES SOBRE EL NIÑO

Solicito de la manera más atenta su ayuda para contestar el siguiente cuestionario, los datos solicitados ayudarán a la investigación sobre estilos de crianza de pacientes ingresados al Hospital General del Sur, Puebla, los datos que usted responda serán confidenciales. Favor de leer las preguntas y responder con una X la respuesta correcta.

Edad del paciente: _____

Genero: Femenino Masculino

Edad del padre o tutor: _____

Escolaridad del padre o tutor: _____

Ocupación del padre o tutor: _____ Área a ingresar _____

INSTRUCCIONES: Las frases que te presentamos aquí describen lo que piensan algunos padres sobre sus relaciones con los hijos. Lee cada frase con atención y decide cuál es la que define mejor lo que tú sientes. Si estás muy de acuerdo rodea con un círculo el número 1 de la pregunta que corresponda. El número 2 si estás de acuerdo. El número 3 si estás en desacuerdo, y el número 4 si estás en total desacuerdo.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En total desacuerdo
1) Cuando mi hijo está molesto por algo generalmente me lo dice	1	2	3	4
2) Tengo problemas para imponer disciplina a mi hijo	1	2	3	4
3) Estoy tan satisfecha de mis hijos como otros padres	1	2	3	4
4) Me resulta difícil conseguir algo de mi hijo	1	2	3	4
5) Me cuesta ponerme de acuerdo con mi hijo	1	2	3	4
6) Cuando toca criar al hijo me siento sola	1	2	3	4
7) Mis sentimientos acerca de la paternidad cambian de día en día	1	2	3	4
8) Los padres deben proteger a sus hijos de aquellas cosas que pueden hacerles infelices	1	2	3	4
9) Si tengo que decir "no" a mi hijo le explico por qué	1	2	3	4
10) Mi hijo es más difícil de educar que la mayoría de los niños	1	2	3	4
11) Por la expresión del rostro de mi hijo puedo decir cómo se siente	1	2	3	4
12) Me preocupa mucho el dinero	1	2	3	4
13) Algunas veces me pregunto si tomo las decisiones correctas de cómo sacar adelante a mi hijo	1	2	3	4
14) La paternidad es una cosa natural en mí	1	2	3	4
15) Cedo en algunas cosas con mi hijo para evitar una rabieta	1	2	3	4
16) Quiero a mi hijo tal como es	1	2	3	4
17) Disfruto mucho de todos los aspectos de la vida	1	2	3	4
18) Mi hijo nunca tiene celos	1	2	3	4
19) A menudo me pregunto qué ventaja tiene criar hijos	1	2	3	4
20) Mi hijo me cuenta cosas de él y de los amigos	1	2	3	4
21) Desearía poder poner límites a mi hijo	1	2	3	4
22) Mis hijos me proporcionan grandes satisfacciones	1	2	3	4
23) Algunas veces siento que si no puedo tener más tiempo para mí, sin niños, me volveré loca	1	2	3	4
24) Me arrepiento de haber tenido hijos	1	2	3	4
25) A los niños se les debería dar la mayoría de las cosas que quieren	1	2	3	4
26) Mi hijo pierde el control muchas veces	1	2	3	4

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En total desacuerdo
27) El ser padre no me satisface tanto como pensaba	1	2	3	4
28) Creo que puedo hablar con mi hijo a su mismo nivel	1	2	3	4
29) Ahora tengo una vida muy estresada	1	2	3	4
30) Nunca me preocupo por mi hijo	1	2	3	4
31) Me gustaría que mi hijo no me interrumpiera cuando hablo con otros	1	2	3	4
32) Los padres deberían dar a sus hijos todo lo que ellos no tuvieron	1	2	3	4
33) Como padre, normalmente, me siento bien	1	2	3	4
34) Algunas veces me siento agobiado por mis responsabilidades de padre	1	2	3	4
35) Me siento muy cerca de mi hijo	1	2	3	4
36) Me siento satisfecho con la vida que llevo actualmente	1	2	3	4
37) Nunca he tenido problemas con mi hijo	1	2	3	4
38) No puedo aguantar la idea de que mi hijo crezca	1	2	3	4
39) Mi hijo puede estar seguro de que yo lo escucho	1	2	3	4
40) A menudo pierdo la paciencia con mi hijo	1	2	3	4
41) Me preocupo por los deportes y por otras actividades de mi hijo	1	2	3	4
42) Mi marido y yo compartimos las tareas domésticas	1	2	3	4
43) Nunca me he sentido molesto por lo que mi hijo dice o hace	1	2	3	4
44) Mi hijo sabe qué cosas pueden enfadarme	1	2	3	4
45) Los padres deberían cuidar qué clase de amigos tienen sus hijos	1	2	3	4
46) Cuando mi hijo tiene un problema, generalmente, me lo comenta	1	2	3	4
47) Mi hijo nunca aplaza lo que tiene que hacer	1	2	3	4
48) Ser padre es una de las cosas más importantes de mi vida	1	2	3	4
49) Las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños	1	2	3	4
50) Los adolescentes no tienen la suficiente edad para decidir por sí mismos sobre la mayor parte de las cosas	1	2	3	4
51) Mi hijo me oculta sus secretos	1	2	3	4
52) Las madres que trabajan fuera de casa perjudican a sus hijos	1	2	3	4
53) Creo que conozco bien a mi hijo	1	2	3	4
54) Algunas veces me cuesta decir "no" a mi hijo	1	2	3	4
55) Me pregunto si hice bien en tener hijos	1	2	3	4
56) Debería de hacer muchas otras cosas en vez de perder el tiempo con mi hijo	1	2	3	4
57) Es responsabilidad de los padres proteger a sus hijos del peligro	1	2	3	4
58) Algunas veces pienso cómo podría sobrevivir si le pasa algo a mi hijo	1	2	3	4
59) Ya no tengo la estrecha relación que tenía con mi hijo cuando era pequeño	1	2	3	4
60) Mis hijos sólo hablan conmigo cuando quieren algo	1	2	3	4
61) La mayor responsabilidad de un padre es dar seguridad económica a sus hijos	1	2	3	4
62) Es mejor razonar con los niños que decirles lo que deben de hacer	1	2	3	4
63) Empleo muy poco tiempo en hablar con mi hijo	1	2	3	4
64) Creo que hay un gran distanciamiento entre mi hijo y yo	1	2	3	4
65) para una mujer tener una carrera estimulante es tan importante como el ser una buena madre	1	2	3	4
66) A menudo amenazo a mi hijo con castigarle pero nunca lo hago	1	2	3	4
67) Si volviese a empezar probablemente no tendría hijos	1	2	3	4
68) Los maridos deben ayudar a cuidar a los niños	1	2	3	4
69) Las madres deben trabajar sólo en caso de necesidad	1	2	3	4
70) Algunas personas dicen que mi hijo está muy mimado	1	2	3	4
71) Me preocupa mucho que mi hijo se haga daño	1	2	3	4
72) Rara vez tengo tiempo de estar con mi hijo	1	2	3	4
73) Los niños menores de 4 años son muy pequeños para estar en la guardería	1	2	3	4
74) Una mujer puede tener una carrera satisfactoria y ser una buena madre	1	2	3	4
75) Llevo una fotografía de mi hijo en la cartera o en el bolso	1	2	3	4
76) Me cuesta mucho dar independencia a mi hijo	1	2	3	4
77) No sé cómo hablar con mi hijo para que me comprenda	1	2	3	4
78) Para el niño es mejor una madre que se dedique a él por completo	1	2	3	4

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION

Puebla, a ____/____/____.

A través de este documento, que forma parte del proceso para la obtención del consentimiento para invitarlo a participar en la investigación titulada: "Asociación entre estilos de crianza parentales y la severidad en pacientes pediátricos que ingresan a urgencias del Hospital General Eduardo Vázquez N"

Lea la siguiente información cuidadosamente y pregunte cualquier cosa que no comprenda. Si usted lo desea puede consultar con personas de su confianza (Familiar y/o Médico tratante) sobre la presente investigación.

Esta investigación se llevará a cabo en las instalaciones del "Hospital General de Puebla: Dr Eduardo Vázquez N" en el área de urgencias del servicio de Pediatría. Tiene como objetivo conocer el estilo de crianza dirigido por los padres o tutores de los pacientes que ameritan hospitalización.

Su participación es voluntaria, anónima y confidencial; no tiene que participar forzosamente. No habrá impacto negativo alguno si decide no participar en la investigación, y no demeritará de ninguna manera la calidad de la atención que reciba en el "Hospital General Dr Eduardo Vázquez N", en término de sus derechos como paciente.

Se le informa que usted tiene el derecho, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación de dejar de participar en la presente investigación, sin que esto disminuya la atención, calidad o prejuicios para continuar con sus tratamientos de la atención que como paciente le otorga el Hospital Dr Eduardo Vázquez N , Únicamente avisando a alguno de los investigadores su decisión.

Manifiesto que fui informado (a) del propósito, procedimientos, tiempo de participación y en pleno uso de mis facultades, es mi voluntad permito participar a mi Hijo _____ paciente menor de edad, en esta investigación titulada: "Relación entre estilos de crianza y gravedad en pacientes pediátrico en un Hospital de Segundo nivel en Puebla."

No omito manifestar que he sido informado(a) clara, precisa y ampliamente, respecto de los procedimientos que implica esta investigación.

He leído y comprendido la información anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas de manera clara y a mi entera satisfacción,

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

PADRE/TUTOR O REPRESENTANTE LEG.

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR

PRINCIPAL

ANEXO 3

CARTA CONFIDENCIALIDAD PARA INVESTIGADORES/AS Y/O COINVESTIGADORES/AS

Puebla, Puebla, a de 2024

Yo, Yosaira Tacuapan Reyes, investigador del Servicio de Pediatría del Hospital General de Puebla “Dr. Eduardo Vázquez N.”, hago constar, en relación al protocolo Titulado: “Relación entre estilos de crianza y gravedad en pacientes pediátrico en un Hospital de Segundo nivel en Puebla” que me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, o en el cual participo como coinvestigador/a, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia.

ATENTAMENTE

YOSAIRA TACUAPAN REYES
