



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Ciencias Sociales- Programa de Magíster de Psicología

Relación del cambio vital, apoyo social percibido y del sentido de competencia parental con el estrés y bienestar subjetivo de padres y madres de niños y niñas con diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria

Tesis para optar al grado de magíster en psicología mención psicología de la salud

POR: HERMAN ENRIQUE RIQUELME FERNÁNDEZ

Profesor Guía: Félix Cova Solar

Dpto. de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Concepción

mayo de 2020

Concepción, Chile.

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.





A mi amada esposa por su dedicación y profundo amor hacia nuestro hijo, quien debió sobrellevar la mayor carga del tratamiento de la alergia alimentaria debido a la lactancia.

A mi hijo quien ha sido mi inspiración para realizar este trabajo, cuya condición médica, motivó mi búsqueda de conocimiento y necesidad de contribución para el proceso de adaptación de otros padres y madres a esta enfermedad.

En especial a todas las madres de niños y niñas con algún tipo de hipersensibilidad alimentaria, que en su mayoría son víctima de críticas y cuestionamientos sobre su rol al enfrentar esta condición de sal

Tabla de contenido

Índice de tablas.....	7
Resumen.....	9
Introducción	12
Antecedentes contextuales, teóricos y empíricos	14
Hipersensibilidad alimentaria.....	14
Cambios vitales derivados de la condición de hipersensibilidad alimentaria de un hijo/a.....	18
Conceptualización del apoyo social percibido	21
Sentido de competencia parental.....	25
Estrés parental	27
Principales variables asociadas al estrés parental	29
Conceptualización del bienestar subjetivo.....	37
Bienestar subjetivo	38
Problema de investigación, objetivos, hipótesis y método	42
Problema de Investigación	42
Objetivo General.....	45
Objetivos Específicos	45
Hipótesis.....	47
Método	47
Diseño	48
Participantes.....	48
Descripción de la muestra.....	48
Calidad de las variables.....	51
Instrumentos.....	52

Datos Sociodemográficos	52
Cambios Vitales Percibidos	52
Apoyo Social Percibido	53
Sentido de Competencia Parental	53
Estrés Parental.....	54
Bienestar Subjetivo	56
Satisfacción con la Vida (Componente Cognitivo del Bienestar Subjetivo).	56
Afecto positivo y Afecto Negativo (Componente Afectivo del Bienestar Subjetivo)	57
Análisis de datos	58
Condiciones Éticas	59
Procedimiento	59
Resultados	62
Análisis descriptivos de las variables	63
Análisis bivariados	73
Análisis Multivariados	82
Discusión	91
Contraste de hipótesis	91
Análisis global	94
Implicaciones del estudio	104
Limitaciones del estudio	105
Futuras investigaciones	106
Referencias bibliográficas	108
Anexos	123
Cronograma	123
Datos sociodemográficos	123
Parenting Stress Index (PSI)	128
Escala Multidimensional de Percepción de apoyo social (MSPSS)	130

Parental Sense of Competence (PSOC)	131
Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) Diener et al., 1895; Atienza, et al., 2000; Pons et al., 2002).....	136
Escala de afecto positivo y negativo (PANAS) (Adaptada en España por López-Gómez, Hervás y Vásquez, 2015).....	136
Consentimiento informado (digitalizado)	137
Anexo índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija	140



Índice de tablas

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de las características de la hipersensibilidad alimentaria de los hijo o hijas de los participantes	64
Tabla 2. Media y desviación estándar por ítem de las escalas de apoyo social percibido, sentido de competencia parental, estrés parental y bienestar subjetivo	66
Tabla 3. Distribución del apoyo social percibido.....	67
Tabla 4. Distribución del sentido de la competencia parental	68
Tabla 5. Indicadores de Cambio Vital Percibido	69
Tabla 6. Distribución del Cambio Vital Percibido.....	70
Tabla 7. Distribución del estrés parental.....	71
Tabla 8. Distribución de los componentes del bienestar subjetivo por escala	72
Tabla 9. Matriz de Correlaciones de Pearson entre factores sociodemográficos y variables dependientes e independientes por índice, escala y factor correspondiente	76
Tabla 10. Correlaciones entre Cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija, Sentido de competencia parental, Apoyo social percibido, Estrés parental y Bienestar subjetivo	81
Tabla 11. Modelos simples y de interacción con apoyo social y sentido de competencia parental del efecto de Cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija sobre el estrés parental (factor Malestar parental)	83
Tabla 12. Modelos simples y de interacción con apoyo social y sentido de competencia parental del efecto de Cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija sobre Estrés parental, factor interacción disfuncional padre-hijo o hija	84
Tabla 13. Modelos simples y de interacción con apoyo social y sentido de competencia parental del efecto de Cambios vitales percibidos sobre factor Niño difícil de escala de Estrés parental ..	86

Tabla 14. Modelos simples y de interacción con apoyo social y sentido de competencia parental del efecto de cambios vitales sobre satisfacción con la vida	87
Tabla 15. Modelos simples y de interacción del efecto del índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija sobre Afectos positivos y afectos negativos	89
Tabla 16. Modelos simples y de interacción con apoyo social y competencia parental del efecto de cambios vitales sobre afectos negativos.....	90
Tabla 17. R ² para las variables independientes usando ítems por separado.....	140
Tabla 18. R ² para las variables independientes, usando escala de 19 ítems.....	141
Tabla 19. Resultados de estimadores para regresión Lasso	142
Tabla 20. R ² para las variables independientes usando escala de 9 ítems.....	143



Resumen

Tanto a nivel mundial como en nuestro país, se ha observado en las décadas recientes un aumento progresivo de la prevalencia de diversas condiciones de hipersensibilidad alimentaria en niños y niñas, estimándose ésta en alrededor de un 6%.

Si bien esta condición en la mayoría de los casos es reversible, la alta demanda que suponen los tratamientos, sumados a las condiciones socioeconómicas y contextuales de la familia a nivel económico y emocional, pueden significar cambios vitales importantes en madres y padres, incidiendo en sus niveles de estrés parental y en las distintas dimensiones del bienestar subjetivo. Frente a esto, la percepción de contar con apoyo social de familiares y amigos y el sentido de competencia parental que estos padres y madres tienen sobre su rol, pudiesen ser factores que atenúen este impacto.

El objetivo general de este estudio fue identificar las relaciones entre cambios vitales percibidos, apoyo social percibido, sentido de competencia parental, con el estrés parental y bienestar subjetivo de padres y madres de niños y niñas con diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria.

El diseño de la presente investigación corresponde a un diseño cuantitativo de carácter descriptivo y correlacional-transversal.

El estudio fue realizado con padres y madres de pacientes diagnosticados con algún tipo de hipersensibilidad alimentaria. El número efectivo de participantes fue de 151 padres y madres de niños y niñas con este diagnóstico.

Se observaron en la muestra estudiada diversos cambios vitales percibidos asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija. Los más destacados fueron el nivel de gastos, algún grado de afectación en la relación con su pareja, además de tener que realizar cambios drásticos en su vida y mayor irritabilidad, pudiéndose interpretar que la hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija trae consigo repercusiones a nivel económico, conductuales y emocionales en los padres y madres.

Los/as madres y padres estudiados, en general, informan de un nivel alto de eficacia en el rol parental y una satisfacción con su rol moderada. Perciben un moderado apoyo social de sus familias y amigos. Experimentan niveles medios de malestar parental, bajo estrés de interacción disfuncional con sus hijos o hijas, bajo a moderado nivel de percepción de niño difícil, una moderada presencia de afectos positivos, baja presencia de afectos negativos y moderada a alta satisfacción con la vida.

La presencia de cambios sobre sus vidas debido al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija se relaciona con una menor percepción de apoyo social tanto de sus familias como amigos, menor sentido de competencia parental, mayor sensación de malestar en su rol de crianza, mayor valoración disfuncional de las relaciones establecidas con sus hijos e hijas, mayor percepción de disruptividad de sus hijos e hijas, una menor satisfacción con la vida en general y la tendencia a mantener un estado emocional negativo. No obstante, no se apreciaron relaciones de moderación por parte del apoyo social percibido y del sentido de competencia parental sobre el estrés parental y el bienestar subjetivo.

Al analizar los resultados de este estudio, es posible indicar que el experimentar la hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija resulta ser una vivencia con un impacto significativo para los padres y madres, con un grado de intensidad variable, tendiente a grados moderados a altos, siendo por tanto una condición demandante e influyente en el funcionamiento normal de sus vidas. El grado de intensidad con que los padres y madres experimentan este impacto en sus vidas, se relaciona estrechamente con el nivel estrés que pueden percibir en la labor de crianza y el grado de satisfacción que pueden sentir con su vida en general, posiblemente por la afectación que manifiestan sobre las áreas económica, familiar y social. También es importante considerar, que si bien no hay efectos moderadores por parte de las variables independientes como se plantea en los objetivos e hipótesis de este estudio, el apoyo social percibido y el sentido de competencia parental por sí solas muestran que existe una merma sustancial a en cuanto a la percepción de contar con recursos individuales y sociales a la hora de enfrentar esta condición médica, vínculo que está sujeto al nivel de impactado percibido de manera individual en la vida de cada uno de los padres y madres de niños y niñas con diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria.

Palabras clave: hipersensibilidad alimentaria, apoyo social, sentido de competencia parental, estrés parental, bienestar subjetivo, satisfacción con la vida, estado emocional.

Introducción

Este documento corresponde al informe de tesis para obtener el grado de Magíster en Psicología de la Universidad de Concepción. Esta tesis implicó la realización de una investigación que tuvo por objetivo identificar de qué manera los cambios vitales percibidos, el apoyo social percibido, el sentido de competencia parental se relacionaban con el estrés parental y bienestar subjetivo de padres y madres de niños y niñas con diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria.

El interés por esta investigación fue generado por el aumento progresivo de la prevalencia de diversas condiciones de hipersensibilidad alimentaria en Chile, lo cual se condice con la realidad mundial; se estima en alrededor de un 6% la prevalencia de esta condición en niños y niñas (Chafen, et al, 2010; OMS 2006; Sicherer y Sampson, 2018). Si bien esta condición es, en la mayoría de los casos, reversible, la alta demanda que suponen los tratamientos, en interacción con las condiciones socioeconómicas y contextuales de las familias, pueden implicar elevados niveles de estrés parental y afectar distintas dimensiones del bienestar de quienes son madres y padres de niños y niñas con hipersensibilidad alimentaria (OMS, 2006).

Este informe de tesis está estructurado en cinco partes centrales. En primer lugar, se presenta el apartado de antecedentes contextuales, teóricos y empíricos, en el cual se analiza la hipersensibilidad alimentaria y las variables objeto de interés de este estudio: estrés parental, sentido de competencia parental, bienestar subjetivo y apoyo social percibido. En segundo lugar, se presenta el problema de investigación, objetivos e

hipótesis. En tercer lugar, se describe el método, donde se detalla el diseño del estudio, los instrumentos de evaluación, el procedimiento, el análisis de datos y las condiciones éticas a considerar en el estudio. En cuarto lugar, se presentan los resultados y, en quinto lugar, la discusión. En los apartados finales se detallan las referencias bibliográficas y se adjuntan, como anexos, los instrumentos utilizados para acceder a las variables consideradas en el estudio.



Antecedentes contextuales, teóricos y empíricos

Hipersensibilidad alimentaria

Según la World Allergy Organization (WAO) (2003, en Johansson, Bieber, Dahl, Friedmann, Lanier, Lockey, y Ring, 2004), la *hipersensibilidad alimentaria* se refiere a una serie de respuestas alérgicas y similares, basadas en reacciones adversas del organismo a alimentos no tóxicos. Es categorizada en dos grupos principales; la primera, denominada hipersensibilidad no alérgica, y una segunda, denominada alergia alimentaria, que a su vez se divide en alergias mediadas por anticuerpos Ige, alergias no mediadas por Ige y alergias mixtas (Johansson et al., 2004).

Estas reacciones de hipersensibilidad, alérgicas y no alérgicas, difieren principalmente en la participación de agentes inmunitarios frente al alérgeno, por lo que, si bien las reacciones pueden ser similares, como reacciones cutáneas, gastrointestinales, respiratorias u otras, la manera en que se desencadenan estas reacciones es diferente (Høst, Koletzko, Dreborg, Muraro, Wahn, Aggett, Bresson, Hernell, Lafeber, Michaelsen, Micheli, Rigo, Weaver, Heymans, Strobel, y Vandenplas, 1999).

Las alergias alimentarias son un conjunto de enfermedades en las que se presentan diversos síntomas (gástricos, respiratorios, dérmicos y/o sistémicos como shock anafiláctico) que se manifiestan como una respuesta inmunológica del organismo frente a un alérgeno presente en algún alimento (Cruchet, 2018).

El diagnóstico de alergias alimentarias existe desde hace más de 100 años. La primera descripción de una anafilaxia de origen alimentario data de 1905 (shock por leche de vaca), aunque ésta no sería publicada científicamente hasta 1969 (Kardinaal, 1991, en García, Gómez, Arroabarren, Garrido, Lasa, y Anda, 2003).

Los estudios epidemiológicos de esta enfermedad han sido escasos. La mayoría de las estimaciones de la prevalencia de alergia derivan de autoinformes. Además de esto se presenta disparidad en los criterios diagnósticos utilizados. No obstante, múltiples estudios han demostrado que en los últimos años han aumentado de manera alarmante los casos de reactividad a los alimentos (Savage y Johns, 2015). Según algunas de estas investigaciones, se estima una prevalencia a nivel mundial en un rango entre un 1% y 10% (Chafen et al., 2010; Sicherer y Sampson, 2018), de la cual un 70% de los casos corresponderían a niños y niñas menores a 3 años y el 30% restante a pacientes adultos (Feuerhakea, Aguilera-Insunza, Moralesc, Talesnikd, Linne, Thönef y Borzutzky, 2018).

En la hipersensibilidad alérgica mediada por IgE, las respuestas fisiológicas están efectuadas en función de una respuesta inmunitaria, rápida (segundos a horas) que pueden inducir a un shock anafiláctico, vómitos explosivos y espasmos intensos (Cruchet, 2018; OMS, 2006).

Las alergias no mediadas por IgE también responden a una respuesta inmunitaria, pero son más bien tardías. Estas reacciones están mediadas por otras células, y se presentan habitualmente después de 24 horas de la ingesta del alimento. La reacción en general es

localizada a nivel gastrointestinal, pero pueden presentarse síntomas extradigestivos como lesiones en piel (dermatitis atópica) (Sicherer y Sampson, 2018).

Existen tres tipos de alergia no mediada por IgE: 1) síndrome de enterocolitis inducida por proteínas de los alimentos (FPIES - SEIPA), cuya principal característica es la tardanza relativa, posterior a 2 horas, para la aparición de los síntomas, los cuales incluyen diarrea y vómitos graves y adormecimiento o letargia; 2) la enteropatía o proctocolitis por proteína de alimento, que se caracteriza por una pérdida de proteínas en la mucosa intestinal, y 3) las alergias mixtas que incluyen características mediadas por IgE y no mediadas, las cuales principalmente pueden generar esofagitis, gastroenteritis eosinofílica o una exacerbación de dermatitis atópica (Sicherer y Sampson, 2018).

En el caso de la hipersensibilidad no alérgica (antes denominada intolerancia a los alimentos), como, por ejemplo, la intolerancia a la lactosa, es una respuesta del organismo frente a la ausencia o déficit enzimático de lactasa que impide digerir este disacárido, produciendo fermentación y síntomas gastrointestinales (Turnbull, Adams y Gorard, 2015).

La enfermedad celíaca es otra de las condiciones más comunes, de este tipo de hipersensibilidad. Es una condición inflamatoria crónica, inmuno-mediada, específicamente autoinmune, con un fuerte componente genético. Se estima que afecta a alrededor del 1% de la población chilena general (MINSAL, 2015).

Hoy en día, la hipersensibilidad alimentaria (ya sea alérgica o no alérgica), es una condición clínica de alta prevalencia y que puede precipitar posibles condiciones de riesgo

vital, asociada a distintos tipos de alimentos que responden a la heterogeneidad de hábitos alimentarios a nivel mundial (García et al, 2003).

Según la OMS (2006), los alimentos que muestran mayores respuestas de hipersensibilidad son los productos lácteos, gluten, huevos, crustáceos y mariscos en general, pescados, maní y frutos secos, soja y sulfito. Se ha observado que la leche de vaca tiene una mayor incidencia en casos de alergia alimentaria, estimándose que, en Europa y Chile, esta ronda en 4.9% de niños y niñas menores de un año (Navarro y Araya, 2016) y un 5,6% de hipersensibilidad alimentaria en general (OMS 2006). Otras investigaciones confirman que la leche de vaca, la soja y el huevo, son los alimentos reactivos más frecuentes (Feuerhakea, et al, 2018; Nwaru, Hickstein, Panesar, Roberts, Muraro y Sheikh, 2014).

En el caso de los lactantes, estos alimentos alérgenos pueden generar reacciones de hipersensibilidad debido al traspaso de diversos componentes desde la dieta de la madre a su leche (OMS, 2006), encontrando poca resistencia inmunitaria en los niños o niñas, debido a la inmadurez de su sistema inmune, permitiendo el paso de antígenos al torrente sanguíneo, disminuyendo como consecuencia la capacidad de tolerancia inmune a este alérgeno (Cruchet, 2018).

En el caso de niños y niñas no lactantes, la exposición a los alimentos que generan algún grado de reacción de hipersensibilidad, pudiese traer consigo patologías asociadas a un sistema inmunitario inmaduro, como dermatitis atópica (DA), asma y rinitis alérgica, especialmente entre los 0 y 3 años (Rojas y Quezada, 2013).

Entre los factores de riesgo para desarrollar alergias alimentarias se pueden encontrar la historia familiar de atopia, enfermedades alérgicas y la exposición temprana a alérgenos alimentarios (Cruchet, 2018).

Cambios vitales derivados de la hipersensibilidad alimentaria de un hijo/a

Las familias que se ven afectadas por alguna enfermedad de un hijo/a pueden ver perturbado su funcionamiento dinámico y emocional. Dependiendo de la situación y contexto, se pueden generar en los padres y madres efectos importantes en su bienestar y calidad de vida (Ylvisaker y Szekeres, 1998). Las familias que tienen un hijo o hija enfermos, deben adaptarse a diferentes momentos y situaciones, como la fase inicial de incertidumbre, en donde los padres y madres sospechan que su hijo o hija puede padecer algún problema de salud, y la fase de adaptación cuya tarea es compatibilizar las necesidades de la enfermedad con las de la familia; dependiendo de la naturaleza de la enfermedad se describen otras fases también (Grau y Fernández, 2010).

En algunos casos en que las enfermedades requieren de tratamientos que generan efectos adversos a sus hijos e hijas, los padres y madres experimentan angustia, ansiedad por la sobrevivencia, cuestionamientos sobre el sufrimiento, preocupación excesiva sobre la reaparición de la problemática de salud y condiciones de ambivalencia afectiva entre estados emocionales positivos y negativos (Grau y Fernández, 2010).

Según Quesada, Justicia, Romero y García (2014), lo padres y madres que enfrentan enfermedades crónicas en sus hijos e hijas, experimentan recurrentemente estados emocionales negativos, como culpabilidad, síntomas depresivos y angustia.

En el caso de la alergia alimentaria los estudios son menos. Se ha observado en las investigaciones disponibles que el diagnóstico de alergia alimentaria en sus hijos o hijas es percibido por los padres y madres como algo que interfiere en la vida cotidiana (Cummigs, 2010). Muchos deciden evitar situaciones sociales que pudieran generar alguna reacción para minimizar la ansiedad que les genera la posibilidad de que sus hijo o hijas tengan una reacción alérgica (Bollinger, Dahlquist, Mudd, Sonntag, Dillinger y McKenna, 2006).

Para realizar un diagnóstico certero de la condición de hipersensibilidad es necesario identificar las reacciones fisiológicas adversas frente a uno o más alimentos, para posteriormente suprimir la ingesta de éste, dando paso a la realización de pruebas basadas en exposición controlada a este posible alérgeno y a la evaluación de las potenciales reacciones adversas patognomónicas (Høst et al, 1999). Es por tanto que se recomienda el uso exclusivo de utensilios para la alimentación, leer el etiquetado de todos los alimentos, atender a sus componentes, trazas, líneas de producción, debido al factor de contaminación cruzada y evitar comer en lugares en donde se desconozca la preparación y exposición del alimento a contaminación con trazas o restos de un posible alérgeno (MINSAL 2012). Ya efectuado el diagnóstico, y considerando las restricciones que se deben seguir para evitar los síntomas adversos, los lactantes y no lactantes que padecen esta patología deben, como único tratamiento, suspender de sus dietas el alimento alérgeno, lo cual puede ser un proceso difícil de sobrellevar para los padres (MINSAL 2012).

Se ha observado que la presencia de un miembro con alergia afecta la dinámica y calidad de la vida familiar, particularmente en las madres, quienes suelen ser las cuidadoras primarias y sobre las cuales recae la responsabilidad principal del cuidado de la alergia de su hijo o hija, mientras que el padre es más alguien que “ayuda al cuidado” más que realmente compartir la responsabilidad. Las madres de los lactantes deben modificar no solamente sus propios hábitos alimentarios mientras se mantiene la lactancia, como ingestas, preparación y adquisición de productos especiales, sino que también modificar diversas áreas de su vida que funcionan asociadas a la alimentación, ya sea ámbito social, familiar, económico, entre otros, incidiendo en la calidad de vida de éstas (OMS, 2006).

Además, la falta de apoyo de la pareja y la familia puede aumentar el estrés de vivir con un hijo o hija con alergia alimentaria, generando tensión en las relaciones (Mandell, Curtis, Gold y Hardie, 2005).

No obstante, la presencia de una alergia alimentaria en la vida de un hijo o hija puede a su vez ayudar a generar cohesión, siempre y cuando exista apoyo social para manejar los posibles efectos del diagnóstico en la salud mental de los cuidadores, como estrés, depresión y ansiedad (Cadzow y Servoss, 2009 y Cummings, MacGregor, Davey, Lee, Wong, Lo, Muise y Stafford, 2010).

Es importante destacar que pese a las complejidades que afectan a la dieta de la madre de niños y niñas lactantes con hipersensibilidad alimentaria, se recomienda promover la lactancia materna exclusiva mínimo hasta los 6 meses del niño, con tal de favorecer el

desarrollo de su sistema inmunitario y conseguir un aumento progresivo de la tolerancia al alérgeno, que, en la mayoría de los casos, debiese lograrse alrededor de los 2 años de vida (MISAL, 2012; Monti, Castagno, Liguori y Lupica., 2011).

Según Springston , Smith, Shulruff, Pongracic, Holl y Gupta (2010), la hipersensibilidad alimentaria presenta repercusiones negativas en cuanto a calidad de vida de los padres y madres, lo cual está sujeto a la valoración que realicen sobre la enfermedad. Este impacto estaría dado en gran medida por la preocupación de contar con el apoyo social necesario para enfrentar esta enfermedad en sus hijos o hijas.

Primeau, Kagan, Joseph, Lim, Dufresne, Duffy, Prhcal y Clarke (2000), señalan que, dentro de las principales afectaciones en la familia en cuanto a la hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija, se encuentran un deterioro en el funcionamiento familiar y social.

Como señala el Comité Nacional de Alergia Alimentaria (2018), la hipersensibilidad alimentaria generaría en todos los integrantes de la familia, afecciones emocionales, como ansiedad, frustración y estrés, debido a la preocupación de sobre la nutrición y adquisición de alimentos para los niños o niñas afectados por esta condición, además de limitaciones en cuanto a la esfera social.

Conceptualización del apoyo social percibido

El apoyo social ha sido definido como el soporte otorgado por terceros como familiares, amigos y organizaciones, orientado a brindar y/o recibir ayuda de tipo espiritual, instrumental y psicológica (Broadhead, Kaplan, James, Warner, Schoenbach, Grimson,

Heyden, Tibblin y Gehlbach, 1983; Jylhä y Aro, 1989; Hanson, Isacson, Janzon y Lindell, 1989; Nebot, Lafuente Zoa, Borrell y Ferrando, 2002). Esta definición da cuenta de una perspectiva ambientalista que otorga un rol pasivo a la persona que recibe dicho apoyo (Martínez y García, 1995), por lo que se han propuesto conceptualizaciones algo diferentes, como la de apoyo social efectivo (Tardy, 1985; Barrera, 1986).

El apoyo social efectivo, otorgado por las redes sociales o ambiente, es comprendido como la ayuda o soporte recibido por las conexiones que el individuo mantiene a través de la interacción (Barrera, 1986; Tardy, 1985). No obstante, para que este apoyo sea significativo para quien lo recepciona debe ser sometido a una valoración cognitiva por parte de esta persona (Vega y González, 2009), lo cual implica que cada individuo genera de manera particular una apreciación sobre el tipo de apoyo que recibe y quienes son los agentes que podrían entregar el soporte frente a una eventual situación de necesidad. Esta incorporación de la cualidad valorativa del individuo sobre el apoyo que recibe, da lugar al concepto de apoyo social percibido (Barrera, 1986; Cobb, 1976; Folkman, Chesney, McKusick, Johnson y Coates, 1991).

Según Baumann (1987), el estudio del apoyo social está clasificado en cuatro orientaciones basadas ya sea una perspectiva ambientalista o individual (Martínez y García, 1995): 1) centrados en el proceso del apoyo social, 2) estudios orientados a determinar la percepción global subjetiva del apoyo social, 3) investigaciones dirigidas a identificar el carácter protector del apoyo social y, por último, 4) estudios que buscan determinar los aspectos estructurales de la red y la percepción de éstos.

En base a estos antecedentes surge una definición integradora del apoyo social, en donde es considerado como la percepción que una persona tiene sobre el soporte real que ha recibido (Martínez y García, 1995).

El sostén que brinda el apoyo social ha demostrado mantener relación con el estado de salud física y mental; incluso, se ha observado una asociación de un alto apoyo social con una disminución de la mortalidad (De Geest, Burkhalter, Bogert, Berben y Denhaerynck, 2014; Nebot, et al., 2002).

Según el Comité Nacional de Alergia (2018), el apoyo social funcionaría como un amortiguador para enfermedades asociadas al estrés.

Además, como se observa en una investigación realizada por Beeble, Bybee, Sullivan y Adams (2009) con mujeres víctimas de violencia, el apoyo social tiende incidir en los niveles y gravedad de patologías de salud mental. Según los autores, el apoyo social provoca en las personas la sensación de poder contar con otros medios para solucionar sus problemas cuando sus recursos personales se ven superados.

Bowen, Uchino, Birmingham, Carlisle, Smith y Light (2014) observaron que el apoyo social percibido o la disponibilidad percibida de lazos con que se cuenta pueden incidir en los niveles de estrés, debido a que la posibilidad de contar con lazos sociales, proporcionan información, consejos útiles y ayuda en situaciones críticas.

Lo anterior da cuenta de que el apoyo social podría funcionar como elemento que permite la disminución de los niveles de estrés al ofrecer a los padres nuevas herramientas para poder solucionar sus problemas.

Cabe señalar por tanto que el apoyo social resalta como un elemento importante en lo que respecta al rol parental (Lipman y Boyle, 2005). Se ha observado que funciona como un factor protector en el desarrollo evolutivo de los niños y niñas, ya que los padres y madres que perciben mayor apoyo social experimentan un menor número de interacciones negativas con sus hijo o hijas, disminuyendo los niveles de estrés en el rol parental, contribuyendo a su vez a mejorar la capacidad de satisfacer las necesidades de los niños y niñas (Benn y McColl, 2004; Dellve, Samuelsson, Tallborn, Fasth y Hallberg, 2005).

En cuanto al apoyo social percibido en la población chilena, se han encontrado diferencias entre quienes se encuentran en pareja y personas solteras: quienes están emparejados tienden a percibir un mayor nivel de apoyo social (Vivaldi y Barra, 2012).

En otra investigación realizada en Chile con madres puérperas (Contreras-García, Sobarzo y Manríquez, 2017), se encontraron niveles mayormente altos de apoyo social percibido a nivel general. En cuanto al factor apoyo social percibido por parte de su familia y otros significativos, esta población obtuvo un puntaje alto, en cambio para el factor apoyo social percibido de sus amigos, se aprecia un puntaje moderado.

En un estudio realizado con población universitaria en Chile, se ha observado altos niveles de apoyo social percibido. Sin embargo, a diferencia de la población adulta mayor, los universitarios valoran de manera uniforme el apoyo percibido por parte de los amigos, familia y otros (Novoa y Barra, 2015).

En base a estos antecedentes, es posible señalar que el apoyo social contribuye al ejercicio parental funcionando como una variable moderadora sobre los niveles estrés

parental, como un factor protector sobre la génesis de trastornos psiquiátricos y como un facilitador de la recuperación de enfermedades físicas, favoreciendo por tanto la mantención de condiciones necesarias de los adultos para satisfacer las diversas necesidades del desarrollo de los niños y niñas (Barra, 2004; Díaz, García, Marín, y Campo, 2008).

Sentido de competencia parental

Características de los padres y madres condicionan los niveles de estrés que experimentan (Abidin, 1992). Una de estas características es el sentido de competencia parental, el cual es comprendido como la valoración de las propias las aptitudes o capacidades para atender a las demandas del rol de crianza (Ngai, Dowling, Buck, Axel y Chess, 1993; Pérez, Menéndez y Hidalgo, 2014; Suwansujarid, Vatanasomboon, Gaylord y Lapvongwatana, 2013).

Este sentido de competencia está directamente relacionado con la participación activa de los padres y madres en la crianza de los hijo o hijas y su involucramiento emocional y conductual (Fagan y Barnett, 2003; Schoppe-Sullivan, Brown, Cannon, Mangelsdorf, y Sokolowski, 2008).

Para Menéndez Jiménez e Hidalgo (2011), el sentido de competencia parental está compuesto por tres dimensiones: una dimensión cognitiva, definida como percepción de competencia; una dimensión afectiva, conceptualizada como la satisfacción con el rol parental, y una conductual, referida a las competencias parentales en sí mismas. La dimensión cognitiva o percepción de competencia parental se basa en el concepto de

competencia propuesto por Bandura, el cual es comprendido como el juicio sobre la capacidad para ejecutar una conducta o tarea en particular (Bandura, 2006). Dicha valoración cognitiva influye en la calidad de la ejecución de la conducta futura, repercutiendo en la autoconfianza individual. Se trata de valoraciones diferenciadas por dominio de acción, asociadas a un ámbito particular sobre las capacidades para ejecutar una acción específica (Holloway, Yamamoto, Suzuku y Mindnich, 2008). La percepción de competencia parental, es, por tanto, comprendida como el sentido o perspectiva de las capacidades individuales de quien ejecuta el rol parental para llevar éste a cabo (Jiménez, Concha y Zúñiga, 2012; Zurdo 2013).

La dimensión afectiva o satisfacción parental es entendida como el grado de valoración y experiencia afectiva asociada con el rol parental (Ohan, Leung y Johnston, 2000; Tafarody y Swan, 1995). Comprende el grado de placer asociado al rol parental (Salonen, Kaunonen, Astedt-Kurki, Järvenpää, Isoaho, y Tarkka, 2010).

En cuanto a la dimensión conductual, tiene relación con las competencias parentales ejecutadas o las respuestas comportamentales ante el requerimiento del rol (Menéndez et al., 2011). Estas destrezas comprenden cuatro categorías fundamentales: las funciones vinculares, encargadas de mantener un trato cálido y capacidad de involucramiento, las formativas, asociadas a favorecer la entrega de herramientas para el desarrollo del niño, las funciones protectoras, encargadas de brindar resguardo y las reflexivas que indican la capacidad de autoinspección parental (Gómez y Muñoz, 2013).

Según algunos estudios, el sentido de competencia parental influye directamente en la ejecución de las funciones parentales (Maltby, Kristjansony Coleman, 2003; Mendez-Baldwin y Busch-Rossnagel, 2003). Por contraparte, quienes mantienen una percepción menos eficaz de sí mismos en el rol, generan condiciones menos adecuadas para el desarrollo de los niños y niñas (Ohan, et al., 2000).

A pesar de su influencia en la calidad de la función parental ejecutada, el sentido de competencia parental ha sido escasamente investigado en Chile e incluso en Iberoamérica. Un estudio realizado en España con madres de los servicios de preservación familiar estuvo destinado a analizar la estructura factorial de la escala de sentido de competencia parental PSOC, en la cual se obtuvo que existe una correlación alta entre la satisfacción de quienes ejercen un rol parental y la eficacia percibida sobre su ejecución (Menéndez, et al., 2011). En Brasil, en tanto, un estudio realizado con padres y madres de niños y niñas con discapacidad intelectual y síndrome de Down, obtuvo que en promedio estos padres y madres presentan un nivel de sentido de competencia parental elevado (Da Silva y Aiello, 2012).

Estrés parental

La parentalidad es una actividad demandante, con dificultades asociadas a las características heterogéneas de los niños y niñas, a las necesidades de su desarrollo y las diversas exigencias que se deben afrontar (Cameron, Dobson y Day, 1991; Crnic y Greenberg 1990; Crnic y Low, 2002). En el caso de padres y madres de niños y niñas que padecen algún tipo de hipersensibilidad alimentaria, de cualquier tipo, las exigencias de

este rol aumentan, debiendo adecuarse a dietas exigentes, reacciones fisiológicas inesperadas, entre otras alteraciones posibles al curso esperado del desarrollo de un bebé (Høst, et al, 1999; MINSAL, 2012,).

En general, el rol de crianza se relaciona y, de algún modo, compite, con un conjunto de otras funciones ejecutadas de la vida cotidiana de los padres y madres, como es el caso de la vida laboral, lo cual puede implicar niveles elevados de estrés (Abidin 1990; Deater-Deckard, 1998).

Las definiciones actuales del concepto de estrés lo describen como una reacción psicofisiológica, resultado de la valoración de las exigencias del ambiente y de la valoración de las propias capacidades para enfrentar dichas exigencias (OMS, 2004). Esta valoración puede surgir de una amenaza real o supuesta, que desencadena una respuesta fisiológica y/o conductual, provocando elevados niveles de hormonas y neurotransmisores asociados a la preparación del organismo para enfrentar un peligro en virtud de recobrar el equilibrio u homeostasis perdido (Chrousos y Gold, 1992). El origen de estas reacciones ante el estrés no se encuentra asociada a un estresor único en todos los individuos, es más bien una valoración de amenaza subjetiva (Daneri, 2012).

Por su parte, el estrés parental es entendido como una reacción de malestar psicológico frente a las demandas específicamente relacionadas con el ejercicio del rol de crianza, que pueden implicar sentimientos negativos derivados de esas exigencias (Abidin, 1995). Dicha reacción surge como resultado de una valoración del equilibrio entre los requerimientos del ambiente externo, las dificultades asociadas al rol parental y la

autopercepción de las habilidades para anteponerse a estos requerimientos (Olhaberry y Farkas, 2012). En otras palabras, es el efecto de diversos factores estresores relacionados con la función de crianza, generando al igual que otros tipos de estrés, reacciones fisiológicas, psicológicas y conductuales que pueden asociarse a diversas alteraciones orgánicas y mentales (Daneri, 2012).

En algunas situaciones, estas alteraciones en la vida psíquica y física del individuo impactan en el contexto familiar, provocando no solamente cambios en la dinámica, sino que también sistemas de retroalimentación asociados a dinámicas disfuncionales, que mantienen o aumentan los niveles de estrés parental (Chinchilla, 2015; Deater-Deckard 1998).

Principales variables asociadas al estrés parental

Las demandas del rol parental pueden ser una fuente importante de estrés debido a los requerimientos psicológicos y económicos de la crianza, que a su vez pueden potenciarse con otros estresores propios de la vida adulta (Abidin 1990; Deater-Deckard, 1998). Las investigaciones sobre estrés parental dan cuenta de múltiples variables con las cuales mantiene algún grado de relación. Según Abidin (1992), estas variables podrían clasificarse en tres fuentes principales: 1) las características de los niños y niñas o hijo o hijas; 2) las características de los padres y madres y 3) las características sociodemográficas, incluyendo en esta última las características de la familia y el ambiente en el cual está inserta.

Las características de los niños y niñas se relacionan fundamentalmente con la capacidad de regulación afectiva y las respuestas comportamentales que han desarrollado; una alta reactividad conductual y emocional, y una baja capacidad de regulación emocional, intensifican los niveles de estrés al que se someten los padres y madres o adultos encargados de la crianza de los niños y niñas (Brown, Whittingham, Boyd, McKinlay, y Sofronoff, 2015).

Según Karlen (2004), los problemas conductuales de los niños y niñas y el estrés parental tienen una relación de influencia bidireccional, por lo que, si se reducen los problemas de comportamiento en los niños y niñas, se tendería a reducir el nivel de estrés parental (Baker, Blacher y Olsson, 2005).

Ante esta situación muchos padres y madres vuelcan su atención y se predisponen a las conductas o reacciones emocionales negativas de los niños y niñas (García, Grau-González y Cristiano-Botia, 2016), manteniendo una baja tolerancia hacia estas respuestas, generando consigo un aumento en los niveles de estrés parental (Ayala, Lemos y Nunez, 2014; Neece, Green y Baker, 2012; Rutherford, Wallace, Laurent y Mayes, 2015).

En el caso específico de los niños y niñas con alergia alimentaria o reacciones hipersensibles no alérgicas, las características principales podrían relacionarse con la exigencia de alta demanda y reactividad ante alérgenos, que conlleva a respuestas fisiológicas de riesgo en muchos casos, como son reacciones en la piel, gastrointestinales, respiratorias e incluso shock anafilácticos, demandando por tanto cuidados especiales

asociados a un sistema inmunitario en su mayoría inmaduro (Cruchet, 2018; Høst, et al, 1999).

En cuanto a las características de los padres y madres, éstas se relacionan esencialmente con el compromiso asociado al rol parental y los diversos factores que han precipitado la constitución de la imagen de “ser padre”, entendiéndose como las creencias sobre el rol, las autoexpectativas del mismo y la internalización de la expectativa de los otros (Abidin, 1992).

Las expectativas asociadas al rol parental dependen de la cultura ya que ésta determina “lo esperado” sobre como desempeñar la labor tanto para padres como para madres (Aravena, Salazar y Stormesan, 2013), lo que explica que el estrés parental que los padres y madres pueden experimentar depende fuertemente de los valores prevalecientes en cada cultura.

Para Pick de Weiss y Andrade (1986), la etapa de la llegada de los hijos es una etapa compleja que incide en el funcionamiento habitual de la pareja. Según Escudero (2012), la etapa comprendida entre el nacimiento y los 15 meses, es una etapa de alto estrés, aludiendo no solamente a los cambios que presenta la pareja, sino que también a la dependencia absoluta que el niño o niña tiene de sus padres, principalmente de la madre, quien es por condición biológica, en la mayoría de los casos, la encargada de suministrar la leche materna. Él bebe en este periodo subsiste gracias a las señales como el llanto, que comunican a sus cuidadores o cuidadoras, sus necesidades. No obstante, son estos quienes deben “leer estas necesidades” por consiguiente mantener un nivel de alerta constante.

Posteriormente el niño comienza a adquirir un grado de autonomía en la exploración del mundo y formación del lenguaje hablado.

Entre los dos y los tres años el niño o niña comienza a controlar el esfínter, además de la incorporación del marco normativo, que puede ser un periodo estresante para los padres (Escudero, 2012).

Si bien las etapas comprendidas entre el nacimiento y los tres años, tienen un grado de estrés particular en base a las necesidades del niño o niña, aparentemente el periodo de lactancia, implica un desgaste aun mayor, debido a que el cuidado del bebe implica una mayor dependencia sobre sus cuidadores.

Además de las exigencias culturales, los padres y madres deben experimentar cambios económicos, instrumentales y afectivos, que se desprenden de la llegada de un nuevo integrante al hogar (Vera y Valdés, 2018).

Se ha observado que el sentido de competencia parental mantiene una relación inversa con la vivencia del estrés parental, por lo que padres y madres con un sentido alto de competencia parental, tienden a presentar menores niveles de estrés parental, pudiendo esta característica funcionar como un elemento moderador entre el estresor y la respuesta de estrés (Deković, 1999; Jones y Prinz, 2005; Sanders y Woolley, 2005).

Pérez, Lorence y Álvarez (2010) observaron correlaciones negativas entre la satisfacción que los padres y madres mostraron en su rol con la percepción de que su hijo o hija es de difícil trato y la sensación de malestar parental.

De igual manera, se ha observado una influencia negativa del estrés parental en la capacidad de mentalización (Urquijo, Zapata, Lewis, Pineda-Alhucema, Falquez y Lopera-Pérez, 2017), competencia fundamental para generar vínculos profundos y estables en la crianza (Miller, 2016).

Padres y madres que atribuyen los resultados de la parentalidad a un sentido de control interno priorizan la utilización de un estilo activo a la hora de enfrentar los problemas, generando una tendencia a presentar menores niveles de estrés parental (Campis, Lyman y Prentice-Dunn, 1986; Campos, Iraurgi y Velasco, 2004; Lyon, 2000; Treacy, Tripp y Baird, 2005).

Los niveles de estrés parental elevados propician la utilización de estrategias de afrontamiento denominadas “evitación experiencial en padres y madres” (EEP) (Brown et al., 2015), las cuales se asocian a escapar o evitar experiencias de malestar generadas por el estresor, relacionadas con pensamientos o sentimientos aversivos relativos a la función parental. A corto plazo estas estrategias pueden ser una medida efectiva; no obstante, su rigidización puede interferir con otras esferas de la vida de los padres y madres (Boulanger, Hayes y Pistorello 2010), poniendo en riesgo el desarrollo de una crianza favorable.

Padres y madres enfrentados a situaciones de estrés elevados, con estrategias de afrontamiento inadecuadas o sobrepasadas pueden descuidar los tratamientos médicos y dietas especiales, poner en riesgo la salud de los niños y niñas (MINSAL, 2012; OMS 2006).

El estrés parental puede relacionarse asimismo al bienestar subjetivo, entendido como la satisfacción vital y el balance de afectos positivos y negativos que se experimentan (Crnic y Greenberg, 1990; Pavot y Diener, 1993).

El estrés prolongado puede generar efectos negativos en el sistema nervioso central (Leza 2005), incidiendo en el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA) (Sapolsky, Krey y McEwen, 1986), procesos de neurogénesis (Tung, Takase, Fornal y Jacobs, 2005; Zárata, Cárdenas, Acevedo-Triana, Sarmiento-Bolaños y León, 2014) y sistemas metabólicos (Abush y Akirav, 2013; Graeff, 2011; Graeff y Zangrossi, 2010), promoviendo, como resultado, respuestas emocionales exacerbadas y prolongadas, incluso sin el estímulo estresor, que gatillan a su vez trastornos depresivos y ansiosos (Bennett, 2008; Bianchi, Hagan y Heidbreder, 2005; Charney y Manji, 2004; Crnic y Greenberg, 1990; D'Angelo y Wierzbicki, 2003; Parrish, Cohen, Laurenceau, 2011; Whiteside-Mansell, Ayoub, McKelvey, Faldowski Hart y Shears, 2007).

Un aspecto relevante en relación al estrés parental es el concerniente al contexto financiero o realidad económicas de las familias (Hidalgo, Menéndez, Sánchez, Lorence y Jiménez, 2009). En un estudio realizado en Chile con madres pertenecientes a familias monoparentales de bajos ingresos, se observaron diferencias significativas entre los niveles de estrés parental de estas familias y familias de constitución nuclear o biparental. Además de esto, se apreció una relación inversa con el nivel educacional y una relación directa con la cantidad de hijo o hijas en la familia (Olhaberry y Farkas, 2012).

La influencia de estas variables sobre el nivel de estrés parental puede deberse a que quienes cumplen un rol de crianza en contextos de adversidad económica tienden a presentar mayor preocupación sobre sus habilidades o competencias parentales, acceso a recursos económicos, estabilidad laboral y seguridad del entorno, con tal de satisfacer las necesidades del niño, generando por consiguiente un aumento en los niveles de estrés parental (Ayala, et al., 2014; Farkas y Valdés, 2010).

Además, según los resultados expuestos por Cabrera, González y Guevara (2010), en un estudio realizado con padres de diversos niveles socio económicos en Colombia, fue posible observar diferencias entre niveles socioeconómicos altos y bajos, en donde estos últimos presentan mayores niveles de estrés parental, agresividad y trato rudo hacia sus hijos.

En una investigación realizada por Vallejo-Sánchez y Pérez-García (2016), identifican que existen relaciones entre la situación laboral de las personas, la religión como afrontamiento y el apoyo social, sobre el estrés y la depresión, observándose que quienes cuentan con un trabajo, tienen menores niveles de depresión. A su vez, quienes utilizan la religión como un método de afrontamiento presentan mayores niveles de percepción de apoyo social, el cual incide en el grado de afectación de las personas sobre el estrés, depresión y ansiedad. Esto último, se refuerza con lo postulado por Åsberg, Vogel, y Bowers, (2007), quienes muestran que el estrés parental y el apoyo social percibido mantienen una relación inversa, por lo que quienes hacen uso y perciben mayores redes de apoyo, tienen a presentar menor nivel de estrés.

Otros postulados que ligan el apoyo social percibido a los distintos conceptos de estrés es lo planteado por Rodríguez y Flores (2018), quienes señalan que, en las sociedades latinas, existe un valor cultural llamado “familiarismo” (Sabogal, Marín, Otero-Sabogal, Marín y Perez-Stable, 1987; Sánchez-Burks, Nisbett y Ybarra, 2000), el cual da cuenta de la importancia asignada a la posibilidad de contar con relaciones cercanas o familiares para enfrentar las exigencias de la vida y el estrés que esto conlleva.

En una investigación realizada en Chile con población heterogénea de diversas comunas de la ciudad de Santiago, se observó que un 60% de las madres y un 69,4% de los padres, obtuvieron un nivel medio de estrés parental general. Además de que un 40% de las madres y un 30.6% de los padres, obtuvieron un nivel alto en este mismo indicador (Pérez & Satelices, 2016).

Algunos autores indican que estos niveles de estrés elevado y duradero generan efectos en las funciones parentales, mermando su capacidad de cobertura de necesidades básicas de los niños y niñas y, por consiguiente, afectando su desarrollo integral. A nivel vincular, la empatía, un componente clave de la crianza sensible, se ve afectada por los niveles de estrés parental elevados y prologados (Abrahama, Razb, Zagoory-Sharona y Feldman, 2017).

Altos niveles de estrés parental se relacionan con prácticas parentales poco efectivas de crianza (Coyne y Cairns, 2016), con repercusiones en el desarrollo de estrategias apropiadas de afrontamiento en los niños y niñas (Morales, Trianes-Torres y Miranda-Páez, 2012).

Conceptualización del bienestar subjetivo

A nivel general, el bienestar es un fenómeno que ha sido estudiado de manera más tardía que otras variables asociadas al ámbito de la salud, principalmente por el énfasis histórico otorgado a la comprensión de las patologías y trastornos mentales (Salanova, 2008). No es hasta el periodo post segunda guerra mundial, debido a los efectos colaterales en la población de los países que participaron activamente en el conflicto, que surge el interés por ahondar en los indicadores asociados a la calidad de vida. Al respecto, inicialmente la atención se centra en datos sociodemográficos e indicadores objetivos como vivienda y condiciones laborales (Land y Spilerman, 1975). Sin embargo, lo fácilmente visible y cuantificable de estos aspectos no fue suficiente para comprender el fenómeno de la calidad de vida, ya que éste no considera al mundo subjetivo de las personas que conviven con estas características sociodemográficas (García, 2002).

Debido a estas dificultades, diferentes autores incorporaron variables subjetivas para la explicación del fenómeno de calidad de vida (Andrews y Withey, 1976; Campbell, Converse y Rodgers, 1976), como los conceptos de bienestar psicológico, percepción de calidad de vida y competencia conductual (Lawton, 1983).

De esta apertura a la comprensión subjetiva del fenómeno surge el estudio del bienestar en la psicología. Según Ryan y Deci (2001), en psicología, este estudio ha estado dominado por dos grandes corrientes teóricas, una primera, denominada “del potencial humano”, y una segunda corriente, que aborda temas como “la felicidad”, la satisfacción vital y el balance de afectos.

El potencial humano se refiere al sentido de trascendencia del individuo, ligado a un bienestar eudaimónico, incluyéndose, por tanto, el sentido de la vida, crecimiento personal y la auto aceptación. En cuanto al concepto de felicidad, éste se encuentra ligado a las experiencias hedónicas o placenteras y su valoración individual (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002; Ryan y Deci, 2001).

Esta diferenciación entre lo eudaimónico y lo hedónico posibilita la diferenciación entre los conceptos de bienestar psicológico y bienestar subjetivo, que, hasta los principios de 1990, eran utilizados como sinónimos (Waterman, 1993).

Bienestar subjetivo

El bienestar subjetivo puede entenderse como las valoraciones y experiencias emocionales asociadas a la vida individual en comparación con las expectativas sobre la propia vida (Satorres, 2013). Para Diener (2012), el bienestar subjetivo se entiende como las concepciones y afectos sobre el curso deseable y gratificante de la propia vida.

Como señalan Pavot y Diener (1993), las valoraciones comprenden el componente cognitivo del bienestar subjetivo, conceptualizado por los autores como “satisfacción vital”. A su vez, la experiencia emocional corresponde al componente afectivo, que se divide en “afecto positivo”, relacionado con el cariño y la alegría, y el “afecto negativo”, que incluye la ansiedad, tristeza, entre otros.

En las primeras aproximaciones, el concepto de bienestar subjetivo era equivalente a la conceptualización de felicidad, el cual puede ser entendido como una “virtud o gracia” asociado a una filosofía religiosa, indicando una suerte de aspiración social a “poseer esta

cualidad deseable”, que otorgaría al individuo un predominio de experiencias con cargas afectivas positivas frente a las negativas, trayendo consigo más bien un estado de placer perdurable (García, 2002, p.21).Esta conceptualización de bienestar subjetivo, ligada fuertemente a la noción de felicidad, abarca, por tanto, solamente su componente afectivo (García, 2002). Sin embargo, este énfasis concedido al estado emocional en la búsqueda de un periodo de permanente plenitud, surgiría como resultado de las comparaciones y valoraciones de las diversas vivencias cotidianas (Bradburn, 1969), trayendo consigo la percepción individual de la satisfacción con la vida (García, 2002), entendiendo que la felicidad o las emociones no surgen de manera espontánea sin un estímulo ambiental (Blanco y Díaz, 2005).Se abre por tanto la inclusión no simplemente de un componente afectivo al concepto de bienestar subjetivo, como una “balanza entre las experiencias emocionales positivas y negativas”, sino que también la incorporación del componente cognitivo, comprendida como la “satisfacción con la vida” (Diener, 1993; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; Keyes, et al 2002; Lucas, Diener y Suh, 1996).

La satisfacción vital es comprendida como la autovaloración positiva en relación con la vida en general de un individuo y la lejanía que presentan con la consecución de sus metas (Campbell, Converse y Rodgers, 1976). Está compuesta por la evaluación de las diferentes áreas particulares del individuo, como el ámbito familiar, trabajo, salud, tiempo libre, ingresos económicos, área interpersonal y satisfacción con sí mismo (Diener, 1993; Diener, et al., 1999, García-Viniegras y González, 2000; García, 2002; Liberalesso, 2002; Díaz, 2001).

Implica, por tanto, un ejercicio valorativo referente al balance entre las oportunidades que entrega el entorno, las habilidades propias, la experiencia emocional y los acontecimientos que se deben afrontar (Blanco y Díaz, 2005; Veenhoven, 1994).

Además, podría indicarse que es una valoración a largo plazo de la vida (García, 2002), puesto que los individuos evalúan no solamente su estado actual, sino que también las experiencias pasadas, en contraste con sus expectativas, siendo entonces la satisfacción vital la discrepancia entre dichas expectativas y las experiencias (García-Viniegras y González, 2000; Veenhoven, 1994).

En una investigación realizada con población general en Chile se encontró un promedio de nivel de satisfacción alto, con diferencias de género, ya que las mujeres presentaron mayor nivel de satisfacción vital. Además, se observó que quienes se encuentran en una relación de pareja, mantienen niveles más elevados de satisfacción vital (Moyado y Ramos, 2007).

En otro estudio realizado con población universitaria en Chile, los jóvenes presentan niveles altos de satisfacción vital, encontrándose en promedio un puntaje alto en la Escala de Satisfacción con la Vida, asociado principalmente a altos niveles de apoyo social (Novoa y Barra, 2015).

En un estudio realizado en Chile, con población general adulta, se observaron niveles de satisfacción con la vida moderados tendiente a lo ligeramente satisfechos, según especifican los autores (Ramírez y Lee, 2012),

En cuanto al componente afectivo del bienestar subjetivo, se han observado un nivel de satisfacción alto en la población general chilena, con diferencias significativas entre la población joven de 17 a 25 y población adulta de 26 a 77 años, mostrando el primer grupo menor nivel de felicidad (Moyado y Ramos, 2007).

En cuanto a la relación del bienestar subjetivo con el rol de crianza, se ha observado una relación entre el alto nivel de bienestar subjetivo en los padres y madres y un alto rendimiento académico en los niños y niñas, debido a que posiblemente se muestran más participativos en el proceso educativo de sus hijos o hijas (Solís-Cámara, Días, Del Carpio, Esquivel, Acosta y De Jesús, 2007).

Además, se ha apreciado que los padres y madres que mantienen una valoración mayor de su bienestar subjetivo presentan una tendencia hacia valores llamados “saludables”, lo cual contribuye al desarrollo de sus recursos emocionales y posibilita que se centren en favorecer el bienestar de otras personas, como es el caso de sus hijos o hijas (Szczesniak, Verhelst, Rondón y Straff, 2013).

En un estudio efectuado en Chile con población heterogénea adulta de entre 18 y 60 años de edad, se apreciaron niveles de afecto positivo moderados y bajos de afecto negativo (Vera-Villaruel y Celis-Atenas, 2014).

Problema de investigación, objetivos, hipótesis y método

Problema de Investigación

La hipersensibilidad alimentaria es una condición médica que ha aumentado su prevalencia a nivel mundial, estimándose actualmente su tasa de prevalencia en rangos entre el 1% y 10% (Chafen, et al, 2018; Sicherer y Sampson, 2014). En el caso de Chile, se ha estimado su prevalencia en un 5,6% de la población general, siendo las edades entre 1 y 3 años quienes concentran el 70% de la población total de casos (Feuerhakea et al., 2018).

El diagnóstico y tratamiento de hipersensibilidad alimentaria en niños y niñas, lactantes y no lactantes, involucra un desgaste significativo para los padres y madres de éstos, quienes deben realizar esfuerzos continuos para prevenir reacciones adversas en los niños y niñas, clasificando los alimentos y aislando de restos o trazas los utensilios, con tal de evitar alteraciones asociadas a la respuesta del sistema inmune (MINSAL, 2012; Rojas, Quezada, 2013).

En el caso de la lactancia, este proceso puede muchas veces involucrar un desgaste mayor para las madres, quienes deben exacerbar el cuidado de su propia alimentación, restringiendo su dieta a alimentos que no provoquen efectos reactivos en los niños y niñas (MINSAL, 2012). Si existe alergia a la proteína de la leche de vaca, la que está presente en la gran mayoría de los casos, la dieta de la madre del lactante debe ser estar libre en su totalidad de productos que contengan leche, o trazas de éste. Para conseguir esto, muchas

veces los padres y madres deben recurrir a la lectura constante de los ingredientes o líneas de procesamiento de los alimentos (MISAL, 2012; Monti, et al, 2011).

En general, la paternidad es una condición que puede suponer relevantes estresores en determinados momentos. La presencia de hipersensibilidad alimentaria es un factor que puede intensificar el estrés parental, con efectos en la disminución en el bienestar subjetivo.

En algunas investigaciones sobre enfermedades pediátricas y efectos en los padres, se ha observado que los padres y madres que vivencian enfermedades de un hijo o hija que culmina en una hospitalización, muestran niveles elevados de estrés, asociados también a un estado emocional con predominio de afectos negativos como rabia, desconsuelo y culpa (Anaya, 2016; Ochoa y Polaino-Lorente, 1999).

De igual manera se ha observado que en el caso de hospitalización de un hijo o hija, los padres y madres presentan mayores niveles de estrés si en ocasiones previas, sus hijos o hijas ya han sido hospitalizados existiendo diferencias en las madres, quienes posiblemente experimentan mayores niveles de estrés por un factor cultural que las hace estar más “participativas” en relación con el cuidado de sus hijos o hijas (Ramírez, Navarro, Clavería, Molina y Cox, 2018).

De allí el interés en identificar qué está sucediendo con madres y padres con hijos o hijas con esta condición en nuestro país. Si bien existen investigaciones relacionadas con las variables planteadas en este estudio, como los efectos del estrés parental y apoyo social en familias acogedoras chilenas (Jiménez y Zavala, 2011), la percepción de apoyo social en

madres puérperas (Contreras-García, Sobarzo y Manríquez, 2017) o los niveles de bienestar subjetivo en población adulta en Chile ((Ramírez y Lee, 2012); Vera-Villaruel y Celis-Atenas, 2014) se aprecia un vacío del conocimiento sobre cómo se comportan estas variables en padres y madres con hijos o hijas con hipersensibilidad alimentaria y más aún, se aprecia que en nuestro país la hipersensibilidad alimentaria en sí misma es un fenómeno escasamente abordado y de importancia en políticas públicas relativamente reciente. Recién en el año 2012 se efectuó una estimación de su prevalencia, sin contarse aun con estudios epidemiológicos (MINSAL, 2012). El año 2016, a través del Decreto exento 132 que aprueba la Norma Técnica 186 de los programas de alimentación complementaria, fue incorporado el subprograma PCAM de “errores innatos de metabolismos”, comprometiendo la entrega de fórmulas lácticas especiales para aquellos niños que sufren de alergia a la proteína de la leche de vaca, siendo esta la condición de alergia alimentaria con mayor prevalencia a nivel mundial y de mayor estimación en el país (MINSAL, 2019).

En específico, el interés es estudiar en qué medida el estrés y bienestar subjetivo de madres y padres con hipersensibilidad alimentaria se relaciona con factores como el apoyo social percibido y el sentimiento de competencia parental. A la base de ello, se estima que la condición y diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria suponen una serie de cambios vitales para madres y padres determinarían un mayor estrés. Un valor particular de esta investigación es que se cuantifican diversos indicadores de cambios vitales percibidos por madres y padres de niños y niñas con diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria.

Niveles de estrés elevados y bajos niveles de bienestar subjetivo no solo afectan la calidad de vida de los padres y madres, sino también pueden afectar las habilidades parentales a nivel general y favorecer el empleo de formas de afrontamiento que pueden ser desadaptativas, como es el caso de la evitación. En el caso de madres o padres de niños o niñas con hipersensibilidad alimentaria ello puede generar una desatención de los tratamientos médicos de sus hijos o hijas o incluso desertar de las dietas de exclusión, que funcionan como el único método de tratamiento efectivo tanto para niños y niñas lactantes y no lactantes (Cameron, Dobson y Day, 1991; Crnic y Greenberg, 1990; Crnic y Low, 2002; MINSAL 2012). Una mayor comprensión de los efectos relacionales de la hipersensibilidad alimentaria puede ser importante para el desarrollo de estrategias de apoyo a madres y padres con hijos e hijas con alguna de estas condiciones.

Objetivo General

Identificar las relaciones entre cambios vitales percibidos, apoyo social percibido, sentido de competencia parental, con el estrés parental y bienestar subjetivo de padres y madres de niños y niñas con diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria.

Objetivos Específicos

Identificar los cambios vitales percibidos derivados del diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en los hijos e hijas.

Determinar los niveles de estrés parental, bienestar subjetivo, apoyo social percibido y sentido de competencia parental en los padres y madres de niños y niñas con hipersensibilidad alimentaria.

Relacionar el estrés parental y bienestar subjetivo de padres y madres de niños y niñas con hipersensibilidad alimentaria con cambios vitales percibidos derivados del diagnóstico, apoyo social percibido y sentido de competencia parental.

Determinar si el apoyo social percibido por los padres y madres, y su sentido de competencia parental, moderan la relación entre los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija con el estrés parental y el bienestar subjetivo.



Hipótesis

- Existe una relación directa entre los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija y el estrés parental; una relación inversa con el bienestar subjetivo cognitivo y con los afectos positivos, y una directa con los afectos negativos.
- Existe una relación inversa entre el apoyo social percibido y el sentido de competencia parental con el estrés parental de padres y madres con un hijo o hija con hipersensibilidad alimentaria.
- Existe una relación directa entre el apoyo social percibido y el sentido de competencia parental con el componente cognitivo del bienestar subjetivo de padres y madres con un hijo o hija con hipersensibilidad alimentaria, una relación directa con el afecto positivo y una inversa con el afecto negativo.
- El apoyo social percibido y el sentido de competencia parental moderan la relación entre el estrés parental y los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija.
- El apoyo social percibido y la percepción de competencia parental moderan la relación entre el bienestar subjetivo y los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija.

Método

Diseño

El diseño de la presente investigación corresponde a un diseño cuantitativo de carácter descriptivo, correlacional-transversal. Se evalúan y cuantifican las variables independientes y se analiza su asociación con las variables dependientes con mediciones tomadas en un solo corte de tiempo.

Participantes

Descripción de la muestra

El estudio fue realizado con padres y madres de pacientes diagnosticados con algún tipo de hipersensibilidad alimentaria. La muestra fue por accesibilidad. Fue obtenida a través de redes sociales, principalmente Instagram y Facebook, compartiendo link de instrumentos adaptados a herramienta virtual “Formularios de Google”.

Se consideraron padres y madres ejerciendo un rol parental activo con un niño que presenta un diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria actualmente, manteniendo una relación de convivencia o una relación directa y regulada con éste, que garanticen su participación habitual en actividades para el desarrollo integral del niño (acudir a controles médicos, participación escolar, suplir necesidades económicas, emocionales, físicas y mentales, etc.)

Se excluyó a aquellas personas que presentaban experiencias ejerciendo un rol parental con un niño/a con hipersensibilidad alimentaria dado de alta debido a que los instrumentos contemplan una temporalidad actual.

El tamaño muestral mínimo se estimó de acuerdo a los criterios propuestos por Hernández, Fernández y Baptista (2014), considerando 64 casos para hipótesis estadísticas de pruebas de una cola y 82 para dos colas en análisis correlacional. El número efectivo de participantes fue de 151 padres y madres de niños y niñas con diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria entre 21 a 45 años de edad, correspondientes a 142 (94,0%) personas de sexo femenino (que declararon ejercer un rol de madre) y 9 (6%) participantes de sexo masculino (que declararon ejercer un rol de padre).

Los participantes corresponden principalmente a personas de nacionalidad chilena (146 chilenos, 96,7%, y 5 extranjeros, 3,3%). El 93,2% declara no pertenecer a algún pueblo originario y el 6,8% de los participantes sí lo considera.

En su gran mayoría (98%), ejercen este rol parental compartiendo residencial total con el niño; un 1,3% mantiene un régimen de relación directa y regular con el niño, y un 0,7% comparte de manera parcial la residencia con el niño.

La muestra incluye participantes de 15 regiones del país, siendo las más frecuentes la región Metropolitana de Santiago, con 84 (55,6%) participantes, seguido de la región del Bio-Bio, con 26 (17,2%), y la región de Valparaíso, con 13 (8,6%) participantes.

El 91,4% de los encuestados cursa, o ha cursado, un nivel de educación superior, siendo el nivel más frecuente la enseñanza superior completa, con un 55%, seguido del grado de magíster, con un 17,9%, y el nivel de enseñanza técnica superior completa, con un 12,6%.

El 47% se encuentra casado, el 36,4% convive con su pareja, el 11,3% es soltero, el 3,3% es conviviente civil y el 2% se encuentra separado.

Respecto al ámbito laboral, en su gran mayoría, los participantes ejercen trabajos dependientes, con una frecuencia de 107 (72,8%) personas, seguido del rol de dueño(a) de casa con 18 (12,2%) casos y 17 (11,6%) ejercen trabajos independientes.

Acorde al ámbito familiar, los participantes conforman en su mayoría familias nucleares con ambos padres y madres (73,3%), seguido de familias nucleares con ambos padres y madres extendidas a más parientes (14,7%), familias con uno de los dos padres y madres, sin extensión o extendidas a más familiares (7,3%) o familias unipersonales (0,7%).

Estas familias están formadas principalmente de 1 a 3 integrantes, con un 53,6%, 4 integrantes, con un 27,8%, o 5 y más, con un 18,5%, con un nivel socioeconómico que oscila entre los \$0 a \$4.000.000 o más, con un rango promedio entre \$1.500.000 y \$1.999.999, siendo el nivel socioeconómico más frecuente el rango entre \$500.000 a \$999.999 y de \$1.500.000 y \$1.999.999 (18,9%, respectivamente).

Respecto a los antecedentes mórbidos de la familia, un 54,3% declara no presentar problemas de salud en su familia, un 33,8% de las familias presenta alguna enfermedad física o dolor crónico, un 13,3% una enfermedad psiquiátrica, un 6,6% alguna discapacidad física o psíquica y un 0,7%, abuso de alcohol y/o drogas.

En general, los hogares de los participantes están conformados por la presencia de un niño, (62,9%), seguido de dos niños y niñas (27,2%), tres niños y niñas (8,6%) y cuatro niños y niñas (1,3%).

El sexo de los niños y niñas, corresponde a un 54,3% masculino y un 45,7% femenino, de nacionalidad chilena en un 100%, considerándolos por sus padres y madres, no pertenecientes a un pueblo originario en un 94,5%, con un nivel educacional con predominio no escolarizado en un 80,8%, cursando sala cuna en un 16,6%, prekindergarten en un 1,3% de igual porcentaje que la enseñanza básica. Con respecto al tipo de hipersensibilidad alimentaria, la mayor parte de los niños y niñas, presentó alergias múltiples (77%), seguido alergias específicas a algún alimento (20.8%) y posteriormente niños y niñas con hipersensibilidad no alérgica (2.2%).

Respecto al tipo de alimentación que reciben los niños y niñas, un 78,8% recibe leche materna, un 38,4% alimentos licuados, un 34,4% alimentos sólidos y un 30,5% algún tipo de fórmula láctica.

Calidad de las variables

Variables dependientes:

- Estrés parental
- Bienestar Subjetivo: Satisfacción con la Vida (Componente Cognitivo), Afecto positivo y Afecto Negativo (Componente Afectivo)

Variables independientes:

- Datos Sociodemográficos
- Cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija

- Apoyo Social percibido
- Sentido de Competencia Parental

Instrumentos

Datos Sociodemográficos

Los datos sociodemográficos fueron obtenidos en base a un cuestionario ad hoc de características de la familia, el cual consideró los siguientes datos:

Datos personales del padre o madre: edad, nacionalidad, sexo, estado civil, nivel educacional, situación laboral, relación con el niño(a), cantidad de hijo o hijas, posición que ocupa el hijo o hija entre mis otros hijos o hijas.

Datos personales del niño: edad, nacionalidad, sexo, nivel educacional, tipo de alergia.

Datos de la Familia: tipo de familia, número de integrantes de la familia, ingresos aproximados, n° total de niños y niñas, niñas o adolescentes que residen en el domicilio, región y comuna de residencia, antecedentes de salud familiar actuales

Cambios Vitales Percibidos

Con el fin de detectar los efectos percibidos por madres y padres en la vida familiar de la condición y diagnóstico de la hipersensibilidad alimentaria de un hijo/a, se confeccionó un cuestionario ad hoc “Cuestionario de Cambios Vitales Asociados al Diagnóstico de Hipersensibilidad Alimentaria en un hijo o hija. Este instrumento se elaboró a partir de la revisión teórica, enfatizando las posibles áreas de incidencia en la vida de los padres y madres. El instrumento contó en una primera instancia con 21 reactivos con una

modalidad de respuesta escala Likert con una puntuación de 1 a 5 en escala ascendente, con respuestas nada (1), poco (2), medianamente (3), bastante (4), mucho (5). Luego de constituido el índice, se mantienen 9 reactivos, con igual modalidad de respuesta.

Apoyo Social Percibido

El apoyo social percibido corresponde a la valoración cognitiva realizada por el individuo sobre el apoyo recibido por sus redes sociales, identificando la posibilidad de contar con otros cuando lo necesite (Barrera, 1986; Cobb, 1976; Folkman, et al, 1991). La medición de esta variable fue realizada a través de la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS) (Anexo 3). Este instrumento es una versión adaptada, traducida al español y validada en Chile por Arechabala y Miranda (2002), de la versión original creada por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (1988). Consta de 12 ítems, valorados de 1 a 4 en escala Likert, donde 1 corresponde a casi nunca; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre. La escala está conformada por dos factores: factor Familia-otros significativos (preguntas 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 y 11) y factor Amigos (preguntas 5, 7, 9 y 12). Arechabala y Miranda (2002) observaron una alta consistencia interna de cada factor en una muestra de adultos mayores hipertensos de la región metropolitana de Chile. Para este estudio, no se consideró el análisis general de la escala, sino que se utilizaron los factores por separado, obteniendo una confiabilidad interna para el factor de familia y otros significativos 0,93 y de 0,94 para el factor Amigos.

Sentido de Competencia Parental

El sentido de competencia parental es comprendido como la valoración de las propias

aptitudes o capacidades para atender a las demandas del rol de crianza (Pérez, Menéndez y Hidalgo, 2014; Suwansujarid, Vatanasomboon, Gaylord y Lapvongwatana, 2013; Ngai, et al, 1993).

Para la evaluación de esta variable se utilizó el Parental Sense of Competence (PSOC) (Johnston y Mash, 1989), adaptada al español por Menéndez, Jiménez e Hidalgo (2011). Es un instrumento que mide la satisfacción parental y la competencia en el rol parental, a través de dos dimensiones autoadministradas a través de una escala Likert en 6 categorías de respuesta.

Las dimensiones corresponden a la Eficacia en el Rol Parental (8 ítems) y una segunda dimensión a la Satisfacción Parental (9 ítems). En el caso de la dimensión Eficacia en el Rol Parental, los ítems tienen puntuación inversa.

Según un estudio realizado por Gilmore y Cuskelly (2009), con una muestra de total de 1201 participantes, correspondiente a 586 madres y 615 padres, en población general de Australia, la escala reporta un índice de confiabilidad interna con un alfa de Cronbach del .75 para la dimensión de satisfacción y .76 para la escala de eficacia. Para este estudio, no se consideró el análisis general de la escala, sino que se utilizaron los factores por separado, obteniendo una confiabilidad interna para el factor Eficacia en el rol Parental 0,79 y 0,8 para el factor Satisfacción Parental

Estrés Parental

El estrés parental se define como una reacción de malestar psicológico frente a las demandas específicamente relacionadas con el ejercicio del rol de crianza, que pueden

generar afectos negativos derivados de esas exigencias (Abidin, 1995). Para evaluar esta variable, se utilizó la escala Parenting Stress Index (PSI) (versión corta, SF), desarrollada y traducida al español por su autor (Abidin, 1995).

La escala abreviada consta de 36 ítems, en una escala de Likert de 5 puntos, que van desde el puntaje 1 (muy de acuerdo) hasta 5 (totalmente en desacuerdo). No obstante, para esta investigación, se decidió eliminar los ítems 22 y 33 en respuesta a las sugerencias de la investigación de Aracena, Gómez, Undurraga, Leiva, Marinkovic y Molina (2016), en donde se señala que estos reactivos presentaron problemas en su estudio de las propiedades psicométricas del instrumento realizado obtenida con una muestra de 336 madres e hijo o hijas de bajos ingresos de 24 centros de salud en Santiago de Chile (Aracena, et al., 2016)

Las puntuaciones finales se presentan en una escala completa y tres sub escalas (con 12 ítems para el primer factor y 11 para el segundo y tercer factor) (Aracena, et al., 2016). La primera sub escala mide “Malestar parental”, la segunda corresponde a “Interacción disfuncional padre-hijo o hija” y la tercera a “Niño difícil”.

La consistencia interna del instrumento en el estudio de Aracena et al. (2016), fue alta para la escala general, con un alfa de Cronbach de 0,92. Para las sub escalas de Malestar parental, Interacción disfuncional y Niño difícil, de igual manera se observó una confiabilidad interna alta, con 0,81, 0,89 y 0,88, respectivamente. Para este estudio, no se consideró el análisis general de la escala, sino que se utilizaron los factores por separado,

obteniendo una confiabilidad interna para el factor de Malestar parental, 0,86, un 0,79 para el factor Interacción disfuncional y 0,85 para el factor Niño difícil.

Bienestar Subjetivo

El bienestar subjetivo puede entenderse como las valoraciones y experiencias emocionales asociadas a la vida individual en comparación con las expectativas sobre la propia vida, la cual se compone de un componente cognitivo y uno afectivo (Satorres, 2013).

Satisfacción con la Vida (Componente Cognitivo del Bienestar Subjetivo).

Esta variable es conceptualizada como la autovaloración positiva en relación con la vida en general de un individuo y la lejanía que presentan con la consecución de sus metas (Campbell, Converse y Rodgers, 1976).

Para medir Satisfacción con la vida fue utilizada la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), adaptada y traducida al español por Vázquez, Duque y Hervás (2012) y validada en Chile por Vera-Villaruel, Pavez, Celis-Atenas y Silva (2014).

Este instrumento consta de 5 afirmaciones tipo Likert, con valoración de 1 a 7, donde 1 corresponde a estar “fuertemente en desacuerdo” y 7 a estar “fuertemente de acuerdo”.

La suma total del puntaje corresponde a la asignación de un rango, donde 5 a 9 puntos es equivalente a estar “extremadamente insatisfecho”, de 10 a 14 puntos corresponde a “insatisfecho”, de 15 a 19 puntos expresa estar “ligeramente insatisfecho”, con 20 puntos marca un “estado neutro, ni satisfecho, ni insatisfecho”, entre 21 y 25 puntos significa “ligeramente satisfecho”, de 26 a 30 puntos indica un rango “satisfecho” y entre 31 a 35

puntos, corresponde a estar “extremadamente satisfecho”. La consistencia interna del instrumento en la versión estudiada para su uso en Chile fue adecuada ($\alpha=0,82$) (Vera-Villarroel, et al., 2014). Para esta investigación se obtuvo una consistencia interna de 0,9.

Afecto positivo y Afecto Negativo (Componente Afectivo del Bienestar Subjetivo)

Sobre el componente afectivo, el nivel de afecto positivo y negativo, se comprende como la tenencia o inclinación de la experiencia emocional Pavot y Diener (1993).

Para evaluar esta variable, se utilizó la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS). Este instrumento es conformado por dos escalas, afectos positivos y afectos negativos, con un total de 10 ítems en cada escala. Presenta un estilo de respuesta Likert con puntajes de 1 a 5, siendo 1 “muy levemente o nada en absoluto” y 5 “extremadamente”, aludiendo a la intensidad de la emoción. La puntuación total alcanzada se obtiene sumando los valores de respuesta asignados a cada ítem de una y otra escala, respectivamente. La escala cuenta con dos periodos posibles de valoración, uno referente al tiempo presente del estado emocional y uno acorde al tiempo en general. El primero alude al periodo comprendido en la última semana, y el segundo al último mes. Como el periodo de crianza comprende un periodo más estable y prolongado, se decidió utilizar la escala de tiempo general por su mayor amplitud de periodo.

Para este estudio se utilizó la versión adaptada en España por López-Gómez, Hervás y Vásquez (2015) en tiempo general. Para la escala afecto positivo, se obtuvo en el estado general un alfa de Cronbach de .92. A su vez para el afecto negativo, se obtuvo en el estado general un alfa de Cronbach de .88 (López-Gómez, Hervás y Vásquez, 2015). En

Chile, la adaptación de este instrumento realizada por Dufey y Fernández (2012) mostró para el afecto positivo un alfa de Cronbach de .78; a su vez, para el afecto negativo, se obtuvo un alfa de Cronbach de .81. En la presente investigación, para la escala de afecto positivo se obtuvo una consistencia interna de 0,91 y para la escala de afecto negativo, se obtuvo una de 0,89.

Análisis de datos

Los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS), Parental Sense of Competence (PSOC), Cuestionario de Características de la Familia, Índice de Cambios Vitales Asociados al Diagnóstico de Hipersensibilidad Alimentaria en un Hijo o hija (ICVH), Parenting Stress Index (PSI), Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS), fueron analizados de manera descriptiva (frecuencia, promedios, porcentajes, medias, desviaciones típicas) e inferencial. Con tal de comparar las relaciones entre las diversas variables independientes (Datos Sociodemográficos, Índice Apoyo Social percibido, Sentido de Competencia Parental,), con las variables dependientes (Estrés Parental, Satisfacción con la Vida y Afecto positivo y Afecto Negativo), se realizó un análisis de correlaciones bivariadas con prueba Pearson.

Dado que el cuestionario de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija fue construido expresamente para este estudio, se realizó un análisis psicométrico previo. Se identificaron inicialmente los ítems

que mejor predijeran las variables dependientes Estrés parental (PSI) y Bienestar subjetivo (SLWS y PANAS). Para ello se empleó una regresión Lasso.

A fin de analizar la relación los cambios vitales y el estrés y bienestar parental, y de evaluar el eventual efecto moderador del apoyo social y la competencia, se implementaron regresiones múltiples jerárquicas. Los modelos fueron comparados entre sí usando Anovas.

Condiciones Éticas

Se utilizó un consentimiento informado digital en la antesala de la aplicación de los instrumentos, en donde participante al aceptar, tuvo acceso a los mismos. Este consentimiento incluyó especificaciones sobre el uso académico de la información, resguardo de identidad y otros datos personales del participante.

Procedimiento

En primer lugar, los cuestionarios fueron digitalizados en la herramienta Formularios de Google, enviando el link vía correo electrónico a los participantes que acudían al llamado vía redes sociales, los cuales podían comentar su motivación a participar en la publicación de la investigación en la red social específica o contactando vía correo electrónico al investigador.

En cuanto al consentimiento informado, éste fue digitalizado de igual manera que los instrumentos, incorporándose en la primera página de la batería de cuestionarios, debiendo una vez leído el consentimiento, pinchar en “continuar a los instrumentos”, como muestra de que la persona leyó y acepto los términos expuestos.

Previo al inicio del estudio, se evaluó la digitalización y comportamiento de los instrumentos, a través de una aplicación piloto del formulario de instrumentos a 4 personas que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión. Se les indicó a las personas que indicaran todas las dudas que les surgían al leer los ítems. En relación al ICVP se les consultó sobre la pertinencia de los ítems y se les solicitó indicar otros temas que se podrían abordar relativos a cambios vitales tras el diagnóstico.

Tras esta aplicación piloto se elaboró el formulario definitivo. Los cambios fueron de detalles tipográficos y se clarificó el formato de elección de respuestas del ICPV, que daba lugar a errores.

La aplicación piloto permitió estimar el tiempo que tomaba responder al instrumento (25 a 30 minutos).



Una vez evaluado el comportamiento de los instrumentos, se realizaron gestiones para acceder a la muestra a plataformas sociales como Instagram, Facebook y correo electrónico a través del contacto de cuentas de personas “Influencer” en temas de parentalidad e hipersensibilidad alimentaria.

En dichas plataformas se difundió una imagen promocional de la investigación, donde podían contactarse vía correo electrónico, o escribir un comentario en la imagen.

Luego del proceso de difusión, los instrumentos fueron aplicados durante el mes de julio del año 2019 a través de la herramienta virtual “Formularios de Google”.

Una vez obtenidos los datos, se confeccionó una base de datos en el programa IBM SPSS Statistics 24.



Resultados

A continuación, se presentarán los resultados de los análisis estadísticos efectuados. En primer lugar, se presentan los resultados descriptivos. Luego se presenta los resultados bivariados, correspondientes a correlaciones de Pearson. Por último, se da cuenta de los modelos de regresión múltiple implementados a fin de analizar la existencia de una moderación de las variables independientes sobre la relación de los cambios vitales en los padres asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en u hijo o hija y las variables dependientes.



Análisis descriptivos de las variables

En la tabla 1, se puede apreciar que un 77% de los hijos o hijas de los participantes presentan alergias múltiples, un 20.8% a alergias específicas a algún alimento y un 2.2% a hipersensibilidad no alérgica o intolerancia. En base a los alimentos reactivos, la leche de vaca y productos lácteos se muestra como el alimento más reactivo, con un 91.4%, seguido de la soja y sus productos, con un 64.2%, y el huevo y productos del huevo, con un 51.7%. En menor medida, se pueden encontrar otros alimentos reactivos como frutos secos (nueces, almendras, avellanas, etc.) (41.7%), el maní (35.8%), pescados (33.8%), productos pesqueros o mariscos (moluscos, crustáceos, cefalópodos, etc.) (28.5%), el gluten (presente en cereales como trigo, centeno, cebada, avena, etc.) (27.2%), algunas frutas (21.9%), algunos tipos de verduras (13.9%), carnes rojas (9.3%), legumbres (8.6%), sulfito en alimentos (5.3%), carnes blancas (4.6%), colorantes (4%), cacao, otros tipos de leche y miel de abeja (.7% respectivamente), además de alimento aún no identificados o en fase diagnóstica (2%).

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de las características de la hipersensibilidad alimentaria de los hijo o hijas de los participantes

<i>Variables sociodemográficas</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Tipo de hipersensibilidad alimentaria	Alergias múltiples	107	77
	Alergias específicas a algún alimento	29	20.8
	Hipersensibilidad no alérgica	3	2.2
Alimentos reactivos	Leche de vaca y productos lácteos	138	91.4
	Soja y sus productos	97	64.2
	Huevo y productos del huevo	78	51.7
	Frutos secos (nueces, almendras, avellanas, etc.)	63	41.7
	Maní	54	35.8
	Pescados	51	33.8
	Productos pesqueros o mariscos (moluscos, crustáceos, cefalópodos, etc.)	43	28.5
	Gluten (presente en cereales como trigo, centeno, cebada, avena, etc.)	41	27.2
	Frutas	33	21.9
	Verduras	21	13.9
	Carnes rojas	14	9.3
	Legumbres	13	8.6
	Sulfito en alimentos	8	5.3
	Carnes blancas	7	4.6
	Colorantes	6	4
	Cacao	1	.7
	Otros tipos de leche	1	.7
Miel de abeja	1	.7	
No identificado	3	2	

A continuación, se presentan la distribución de participantes en puntajes altos, moderados o bajos en las variables evaluadas, usando como criterio para ello la división en tres del rango promedio por ítem. Dado que no existen normas nacionales de los instrumentos evaluados, ello permite una aproximación a cuántas personas están cercanas a los valores más altos, medios o bajos posibles en los ítems evaluados. Además, se agrega la descripción de los ítems del índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija.

Al observar los factores de la escala de apoyo social percibido (Tabla 2), se visualiza un mayor nivel de percepción de apoyo por parte de la familia en comparación al apoyo percibido por parte de los amigos.

En cuanto al sentido de competencia parental, se visualizan mayores puntajes en la eficacia en el rol parental.

Sobre el estrés parental se aprecia que los padres y madres presentan mayores puntajes en el factor de malestar parental.

En cuanto al componente afectivo del bienestar subjetivo, se observa un predominio de afectos positivos por sobre los negativos.

Tabla 2. Media y desviación estándar por ítem de las escalas de apoyo social percibido, sentido de competencia parental, estrés parental y bienestar subjetivo

<i>Escala</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Apoyo social percibido (MSPP)			
Familia-otros significativos	151	2.71	.84
Amigos	151	2.34	.97
Competencia parental (PSOC)			
Eficacia en el rol parental	151	4.60	.74
Satisfacción parental	151	4.05	.85
Estrés parental (PSI)			
Malestar parental	151	3.09	.78
Interacción disfuncional padre-hijo o hija	151	1.87	.59
Niño difícil	151	2.37	.72
Bienestar subjetivo cognitivo (satisfacción con la vida)			
Bienestar subjetivo afectivo (PANAS)			
Afecto positivo	151	2.92	.89
Afecto negativo	151	2.50	.91

Para los factores de las escalas PSI (estrés parental), SLWS y PANAS (afecto positivo y afecto negativo), las opciones de puntaje se encuentran en un rango de 1 a 5 puntos. Para los factores de la escala PSOC (sentido de competencia parental), las opciones de puntaje varían de 1 a 6 puntos. Para los factores de la escala MSPSS (apoyo social percibido), las opciones de puntaje varían de 1 a 4 puntos.

Respecto al apoyo social percibido, es posible distinguir en base a lo expuesto en la Tabla 3 que en general los padres y madres perciben un apoyo social de sus familias y amigos moderado.

Tabla 3. Distribución del apoyo social percibido

<i>Factor</i>		N	%
Familia-otros significativos	Bajo	29	19.2
	Moderado	69	45.7
	Alto	53	35.1
Amigos	Bajo	52	34.4
	Moderado	62	41.1
	Alto	37	24.5

1. Las categorías de puntaje fueron obtenidas dividiendo en tres el rango de respuesta de los ítems de la escala (tres, en este caso). El rango de respuesta para cada ítem de apoyo social iba entre 1 (“casi nunca”) y 4 (“casi siempre”). Si el promedio de los valores (obtenidos de dividir el puntaje total de la escala por el número de ítems) estaban entre 1 y 1.99, se asignó a la categoría Bajo. En el caso que los valores se encontraban entre 2 y 3, se asignó a la categoría Moderado. Por último, si los valores estaban entre 3.01 y 4, se asignó a la categoría Alto.

Sobre el sentido de competencia parental (Tabla 4), se observa que los padres y madres, en general, presentan una tendencia hacia un nivel alto de eficacia en el rol parental; una satisfacción con su rol moderada

Tabla 4. Distribución del sentido de la competencia parental

<i>Factor</i>		N	%
Eficacia en el rol parental	Bajo	2	1.3
	Moderado	46	30.5
	Alto	103	68.2
Satisfacción parental	Bajo	8	5.3
	Moderado	89	58.9
	Alto	54	35.8

1. Las categorías de puntaje fueron obtenidas dividiendo en tres el rango de respuesta de los ítems de la escala (tres, en este caso). El rango de respuesta para cada ítem de apoyo social iba entre 1 (“totalmente en desacuerdo”) y 6 (“totalmente de acuerdo”). Si el promedio de los valores (obtenidos de dividir el puntaje total de la escala por el número de ítems) estaban entre 1 y 2.7, se asignó a la categoría Bajo. En el caso que los valores se encontraban entre 2.7 y 4.3, se asignó a la categoría Moderado. Por último, si los valores estaban entre 4.3 y 6, se asignó a la categoría Alto.

En relación a los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija, se puede observar en la tabla 5 que los padres y madres tienden a percibir un alto nivel de gastos, algún grado de afectación en la relación con su pareja, y que frecuentemente estiman que han debido realizar cambios drásticos en su vida y que han desarrollado una mayor irritabilidad debido a la enfermedad diagnosticada a su hijo/a.

Tabla 5. Indicadores de Cambio Vital Percibido

<i>Escala o índice</i>	N	M
1. Los gastos destinados al tratamiento de mi hijo o hija (médicos, comida, útiles, etc.), han sido superiores a lo que yo pensaba.	151	4,03
2. El oportuno diagnóstico de la condición médica de mi hijo o hija favoreció la adaptación de la familia.	151	2,44
3. Considero que la condición médica de mi hijo o hija me ha generado, en algún grado, mayor irritabilidad.	151	3,74
4. He recibido apoyo de mi familia en los cambios de mi alimentación.	143	2,53
5. Considero que la condición de mi hijo o hija, ha influido negativamente en la satisfacción con mi pareja.	151	2,62
6. He tenido que realizar algún cambio rotundo en mi vida producto de la condición de mi hijo o hija.	151	3,9
7. Me he sentido presionado(a) por alguna razón a realizar cambios que yo no quiero realizar.	151	2,85
8. Creo que he podido adaptarme de buena manera a la condición de mi hijo o hija.	151	2,22
9. Creo que he enfrentado solo(a) la condición de mi hijo o hija.	150	2,59

1. Los resultados obtenidos, corresponden a la frecuencia y media de cada reactivo.

2. La media, puede interpretarse en 3 rangos: rango bajo, si los valores están entre 1 y 2.3; rango moderado, en el caso que los valores se encuentren entre 2.3 y 3.7, y rango alto, si los valores están entre 3.7 y 5.

Por otra parte, la tabla 6 nos proporciona la distribución de la población en 3 niveles, alto, moderado y bajo, en la cual se puede apreciar que, en un mayor porcentaje, los padres y madres obtuvieron un nivel moderado, seguido de un nivel alto y en menor medida un nivel bajo de percepción de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija.

Tabla 6. Distribución del Cambio Vital Percibido

<i>Escala</i>		N	%
Cambios vitales percibidos	Bajo	9	6
	Moderado	107	70.9
	Alto	35	23.2

1. L1. Los resultados obtenidos, corresponden a la frecuencia y media de cada reactivo.
2. La media, puede interpretarse en 3 rangos: rango bajo, si el promedio de los valores (obtenidos de dividir el puntaje total de la escala por el número de ítems) estaban entre 1 y 2.3; rango moderado, en el caso que los valores se encontraban entre 2.3 y 3.7, y rango alto, si los valores estaban entre 3.7 y 5.

Acorde al Estrés parental, la Tabla 7 nos muestra una tendencia a niveles medios de malestar parental; bajo estrés de interacción disfuncional con sus hijos o hijas, bajo a moderado nivel de percepción de niño difícil; una moderada presencia de afectos positivos, baja presencia de afectos negativos y moderada a alta satisfacción con la vida.

Tabla 7. Distribución del estrés parental

<i>Factor</i>		N	P
Malestar parental	Bajo	23	15.2
	Moderado	90	59.6
	Alto	38	25.2
Interacción disfuncional padre-hijo o hija	Bajo	121	80.1
	Moderado	28	18.5
	Alto	2	1.3
Niño difícil	Bajo	74	49.0
	Moderado	73	48.3
	Alto	4	2.6

1. Las categorías de puntaje fueron obtenidas dividiendo en tres el rango de respuesta de los ítems de la escala (tres, en este caso). El rango de respuesta para cada ítem para la escala de estrés parental, iba entre 1 (“muy desacuerdo”) y 5 (“muy de acuerdo”). Si el promedio de los valores (obtenidos de dividir el puntaje total de la escala por el número de ítems) estaban entre 1 y 2.3 se a la categoría Bajo. En el caso que los valores se encontraban entre 2.3 y 3.7, se asignó a la categoría Moderado. Por último, si los valores estaban entre 3.7 y 5, se asignó a la categoría Alto.

Respecto a ambos componentes del bienestar subjetivo, se observa en la Tabla 8 una moderada presencia de afectos positivos, baja presencia de afectos negativos y moderada a alta satisfacción con la vida

Tabla 8. Distribución de los componentes del bienestar subjetivo por escala

<i>Escala</i>	<i>Factor</i>		N	P
Afecto positivo y Afecto Negativo	Afecto positivo	Bajo	41	27.2
		Moderado	77	51.0
		Alto	33	21.9
	Afecto negativo	Bajo	77	51.0
		Moderado	52	34.4
		Alto	22	14.6
Satisfacción con la vida	Bajo	19	12.6	
	Moderado	66	43.7	
	Alto	66	43.7	

1. Las categorías de puntaje fueron obtenidas dividiendo en tres el rango de respuesta de los ítems de la escala (tres, en este caso). El rango de respuesta para cada ítem, Tanto para la escala *Afecto positivo* y *afecto negativo* y la *escala de Satisfacción con la vida*, iba entre 1 (“nada/ muy desacuerdo”) y 5 (“mucho/ muy de acuerdo”). Si el promedio de los valores (obtenidos de dividir el puntaje total de la escala por el número de ítems) estaban entre 1 y 2.3 se asignó a la categoría Bajo. En el caso que los valores se encontraban entre 2.3 y 3.7, se asignó un valor 2, correspondiente a la categoría Moderado. Por último, si los valores estaban entre 3.767 y 5, se asignó a la categoría Alto.

Análisis bivariados

En este apartado se presentarán los resultados de la relación existente entre el índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija (ICVH), apoyo social percibido (MSPSS), sentido de competencia parental (PSOC), y el estrés parental (PSI) y bienestar subjetivo (SLWS y. PANAS). Para este análisis, se consideraron correlaciones bajas valores <0.4 , moderadas de 0.4 a <0.6 y altas de 0.6 o más (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Según muestra la tabla 9, la totalidad de las correlaciones corresponden a niveles bajos. La edad de los padres y madres muestra una correlación significativa directa con satisfacción, indicando que, a mayor edad, mayor satisfacción con el rol que ejercen como padres y madres.

Ser madre tiene relación inversa con el apoyo percibido de amigos y una relación inversa con los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo y el malestar parental. Esto implica que las madres tienden a presentar menores niveles de apoyo de amigos y mayores niveles de malestar parental y percepción de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo.

Sobre el nivel educacional, se puede visualizar una relación directa con el apoyo percibido por la familia y amigos, afectos positivos y satisfacción con el rol parental y una correlación negativa con el malestar parental y los afectos negativos. Lo anterior da cuenta de que quienes presentan un mayor nivel educacional tienden a presentar un mayor nivel

de apoyo social percibido de parte de la familia y amigos, afectos positivos y satisfacción con el rol parental y un menor nivel de malestar parental y afectos negativos.

En cuanto al sexo del niño, se aprecia que los padres y madres de hijos e hijas de sexo masculino presentaron menores niveles de eficacia en su rol parental y menor satisfacción con la vida en general.

En base a la posición que ocupa el niño entre el número de hijos e hijas, los padres y madres de los hijos e hijas diagnosticados con hipersensibilidad alimentaria mayores hijos e hijas tienden a mostrar menores niveles de malestar parental y afectos negativos, además de mayor percepción de apoyo familiar y de amigos.

También es importante señalar los padres y madres que forman parte de familias más numerosas muestran relaciones con menores niveles de satisfacción con la vida en general. Además, quienes tienen más cantidad de niños y niñas bajo su cuidado, presentan mayores niveles de malestar parental, afectos negativos y una menor tendencia hacia percibir el apoyo de su familia y amigos.

Sobre la alimentación de los niños y niñas con hipersensibilidad alimentaria, los padres y madres de niños y niñas que reciben alimentos sólidos, muestran menores niveles de malestar parental.

También se observa que los padres y madres de niños y niñas que presentan reactividad a la leche de vaca, muestran menores niveles de apoyo percibido de sus amigos.

En el caso de los padres y madres de niños y niñas que reaccionan a algunas verduras, muestran menores niveles de satisfacción con la vida en general.

Otro de los alimentos que mostró un nivel significativo de correlación fue la carne roja, en donde se aprecia que los padres y madres de niños y niñas reactivos a este tipo de alimentos, muestran mayores niveles de apoyo social percibido por parte de sus amigos.

Sobre las enfermedades familiares, se observa que quienes forman parte de una familia con algún integrante con una enfermedad física o dolor cónico, muestran mayores niveles de malestar parental y menores niveles de satisfacción con la vida.

Por su parte los participantes que reportaron formar parte de una familia con un integrante que padece problemas con el alcohol y/o drogas, mostraron menores niveles de satisfacción con el rol parental.



En cuanto a quienes reportaron formar parte de una familia sin problemas de salud aparte del diagnóstico de su hijo, expusieron un menor nivel de percepción de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo, malestar parental, afectos negativos y un mayor nivel de satisfacción con la vida en general.

Por último, las personas que indicaron mayores ingresos económicos de sus familias, se relacionaron con mayores niveles de interacción disfuncional padre e hijo, percepción de que su hijo es difícil, mayores indicadores tanto de afecto positivo como de afecto negativo y percepción de apoyo de sus amigos. En tanto presentaron menor eficacia y satisfacción en el rol, menor satisfacción con la vida en general y menor percepción de apoyo por parte de su familia.

Tabla 9. Matriz de Correlaciones de Pearson entre factores sociodemográficos y variables dependientes e independientes por índice, escala y factor correspondiente

	MSPSS-F1	MSPSS-F2	PSOC-F1	PSOC-F2	ICVH	PSI-F1	PSI-F2	PSI-F3	SLWS	PANAS-F1	PANAS-F2
Edad	.001	.033	-.063	.196*	-.093	-.107	.005	.004	.148	.119	-.077
Madre o padre ^a	.153	.215**	-.053	.043	-.311**	-.231**	-.019	-.126	.032	.051	-.127
Nivel de educación	.188*	.334**	-.005	.218**	-.137	-.223**	-.158	-.011	.123	.166*	-.184*
Sexo del niño	-.022	-.074	-.182*	-.011	.013	.010	.076	.027	-.179*	-.121	.122
Posición del niño	.222**	.208*	.112	.058	-.082	-.164*	-.058	.073	.157	.120	-.215**
Integrantes de la familia	-.123	-.149	-.001	-.083	.029	.110	.102	-.042	-.178*	-.009	.132
Niños y niñas bajo su cuidado	-.198*	-.213**	-.106	-.087	.079	.172*	.086	-.066	-.142	-.112	.191*
Dieta con alimentos sólidos	.031	.129	-.018	-.039	-.046	-.161*	-.069	.016	-.053	.071	-.097
Reacción a la leche de vaca	-.095	-.166*	-.038	-.022	.043	.087	.051	.042	-.048	-.097	.037
Reacción a las verduras	-.044	-.058	-.145	-.015	-.015	.021	-.048	.029	-.177*	-.128	.040
Reacción a las carnes rojas	.120	.194*	.030	.073	.025	-.097	-.048	.012	.046	.107	-.048
Enfermedad física	-.139	-.047	-.112	-.102	.107	.184*	.111	.047	-.183*	-.158	.132
Familias sin problemas de salud	.140	.036	.148	.143	-.174*	-.206*	-.067	-.056	.186*	.130	-.212**
Familias con problemas de alcohol y/o drogas	-.127	.140	-.221**	-.097	.099	.134	.125	.140	-.155	.135	.109
Ingreso económico	-.175*	.193*	-.245**	-.190*	.018	.207*	.188*	.193*	-.050	.229**	-.223**

1. $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

2. Índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija (ICVH).

3. Escala de estrés parental (PSI): Malestar parental (PSI-F1). Interacción disfuncional padre-hijo o hija (PSI-F2) y Niño difícil (PSI-F3).

4. Sentido de competencia parental (PSOC): Eficacia en el rol parental (PSOC-F1) y Satisfacción parental (PSOC-F2).

5. Bienestar subjetivo: Escala de satisfacción con la vida (SLWS). Afecto positivo (PANAS-F1) y Afecto negativo (PANAS-F2).

6. Escala de apoyo social percibido: Familia-otros significativos (MSPSS-F1) y Amigos (MSPSS-F2).

^a Se codificó 0=madre y 1=padre, por lo que la asociación positiva indica relación con ser padre y la negativa con ser madre.

En la Tabla 10, se pueden apreciar correlaciones altas directas entre el factor Malestar parental (PSI-F1) con el índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija (ICVH) y los factores Interacción disfuncional padre-hijo o hija (PSI-F2) y Afecto negativo (PANAS-F2). A su vez la Escala de Satisfacción con la vida (SLWS) correlacionó de forma alta directa con el factor Afecto positivo (PANAS-F1). También, para el factor Afecto negativo (PANAS-F2), se aprecian correlaciones altas directas con el índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija (ICVH).

En el caso de las correlaciones altas inversas, el factor Malestar parental (PSI-F1) mostró una correlación con los factores Afecto positivo (PANAS-F1), Satisfacción parental (PSOC-F2) y el factor Familia-otros significativos (MSPSS-F1). Además, se aprecian correlaciones de esta índole para el factor Interacción disfuncional padre-hijo o hija (PSI-F2) y los factores Niño difícil (PSI-F3) y Satisfacción parental (PSOC-F2). También se pueden apreciar correlaciones altas de tipo inversa con entre el factor Niño difícil (PSI-F3) y el factor Satisfacción parental (PSOC-F2). De Igual manera para se aprecian este tipo de correlaciones entre los factores Afecto positivo (PANAS-F1) con el factor Afecto negativo (PANAS-F2) y el índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija (ICVH).

Sobre las correlaciones altas, se puede señalar que quienes perciben mayores cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija, experimentan mayores niveles de estrés parental, específicamente, sienten mayor malestar

ejerciendo su rol parental y mayores dificultades en la interacción con su hijo o hija. De igual manera sienten un estado emocional más negativo, menores niveles de satisfacción con la vida en general, una menor percepción de sus capacidades para ejercer su rol de padre o madre, una menor satisfacción ejerciéndolo y una menor percepción de contar con apoyo por parte de su familia o amigos. También es relevante señalar que los padres y madres que muestran mayores niveles de malestar parental, experimentan menor grado de afectos positivo, menor satisfacción con su rol parental y menor percepción de apoyo por parte de sus familias. A su vez quienes perciben una mayor dificultad en la relación con su hijo o hija, muestran una mayor percepción sobre que su hijo o hija es difícil de sobrellevar, y se sienten menos satisfechos ejerciendo la parentalidad. De igual forma, los padres y madres que visualizan una percepción más elevada de que su hijo o hija es difícil, presentan menor nivel de satisfacción ejerciendo su rol.

Respecto de las correlaciones moderadas directas, el factor Malestar parental (PSI-F1) tuvo una correlación de este tipo con el factor Niño difícil (PSI-F3). A su vez el factor Interacción disfuncional padre-hijo o hija (PSI-F2) correlacionó de esta manera con el factor Afecto negativo (PANAS-F2) y el índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija (ICVH). También se observaron correlaciones de este tipo entre el factor Niño difícil (PSI-F3) con el factor Afecto negativo (PANAS-F2) y índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija (ICVH). De igual manera, es posible identificar este tipo de correlaciones entre la Escala de Satisfacción con la vida (SLWS) con los factores Satisfacción parental (PSOC-F2) y Familia-otros significativos (MSPSS-

F1). A sí mismo, el factor Afecto positivo (PANAS-F1) correlacionó con los factores Familia-otros significativos (MSPSS-F1) y Amigos (MSPSS-F2).

Sobre las correlaciones moderadas inversas, el factor Malestar parental (PSI-F1) presentó correlaciones de estas características con el factor Amigos (MSPSS-F2). También se observaron este tipo de correlaciones entre el factor Interacción disfuncional padre-hijo o hija (PSI-F2) y los factores Eficacia en el rol parental (PSOC-F1) y Familia-otros significativos (MSPSS-F1). A su vez se muestran correlaciones, moderadas de tipo inversa entre el factor Niño difícil (PSI-F3) con los factores Eficacia en el rol parental (PSOC-F1). De igual forma, la escala de Satisfacción con la vida (SLWS), presentó este tipo de correlación con el índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija (ICVH).

Acorde a las correlaciones moderadas expuestas anteriormente, se puede señalar que quienes indican que la hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija ha afectado en mayor grado sus vidas, perciben mayor dificultad para sobrellevar la conducta de sus hijos. Además, los padres y madres que perciben un nivel de malestar más alto, podrían percibir mayor complejidad para poder sobrellevar la conducta de sus hijos o hijas, además de mostrar de sentirse más inseguros sobre contar con apoyo por parte de sus amigos. Por su parte quienes perciben que la relación con sus hijos es conflictiva o difícil, se sienten menos eficaces en el ejercicio de su rol y menos apoyados por sus familias. También es posible distinguir que quienes perciben mayor dificultad para sobre llevar la conducta de sus hijos, muestran un estado emocional más negativo y se sienten menos eficaces en el

ejercicio de su rol parental. Por su parte quienes se sienten más satisfechos con su vida en general, de igual manera se sienten más satisfechos en su rol como padres o madres y perciben que cuentan con más apoyo por parte de sus familias. Por último, los padres y madres que mantienen un estado emocional predominantemente positivo, identifican mayor apoyo de sus familias y amigos.

Respecto de las correlaciones bajas directas, se identificaron este tipo de correlaciones entre la Escala de Satisfacción con la vida (SLWS) y el factor Amigos (MSPSS-F2). Por otra parte, observaron correlaciones bajas inversas entre el factor Malestar parental (PSI-F1) con el factor Eficacia en el rol parental (PSOC-F1); y el factor Interacción disfuncional padre-hijo o hija (PSI-F2) con el factor Amigos (MSPSS-F2). También el factor Niño difícil (PSI-F3) correlacionó de esta manera con el factor Familia-otros significativos (MSPSS-F1).

Se puede indicar que, sobre las correlaciones bajas, quienes muestran mayores niveles de satisfacción con la vida en general, perciben mayor apoyo por parte de sus amigos. También es posible distinguir que quienes sienten mayor malestar en su rol parental, se sienten menos eficaces en su rol como padres o madres. Por su parte quienes sienten que la relación con sus hijos es difícil, sienten menor apoyo por parte de sus amigos. por ultimo quienes muestran una percepción más elevado de que su hijo o hija es complejo de sobrellevar, identifican menos apoyo de su familia.

Tabla 10. Correlaciones entre Cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija, Sentido de competencia parental, Apoyo social percibido, Estrés parental y Bienestar subjetivo

	ICV H	PS I- F1	PS I- F2	PS I- F3	PSO C-F1	PSO C-F2	SL WS	PAN AS-F1	PAN AS-F2	MSPS S-F1	MSPS S-F2
ICVH	1	.678**	.427**	.401**	-.242**	-.517**	-	-.436**	.601**	-.501**	-.416**
PSI-F1		1	.532**	.412**	-.301**	-.639**	.400** .469**	-.610**	.665**	-.518**	-.425**
PSI-F2			1	.674**	-.339**	-.652**	-.327**	-.459**	.459**	-.369**	-.196*
PSI-F3				1	-.347**	-.594**	.273**	-.386**	.355**	-.224**	-.045
PSOC-F1					1	.389**	.405**	.503**	-.396**	.257**	.120
PSOC-F2						1	.494**	.553**	-.588**	.357**	.233**
SLWS							1	.521**	-.437**	.390**	.244**
PAN-AS-F1								1	-.520**	.428**	.361**
PAN-AS-F2									1	-.422**	-.307**
MSPS-S-F1										1	.631**
MSPS-S-F2											1

1. $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

2. Índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija (ICVH).

3. Escala de estrés parental (PSI): Malestar parental (PSI-F1). Interacción disfuncional padre-hijo o hija (PSI-F2) y Niño difícil (PSI-F3).

4. Sentido de competencia parental (PSOC): Eficacia en el rol parental (PSOC-F1) y Satisfacción parental (PSOC-F2).

5. Bienestar subjetivo: Escala de satisfacción con la vida (SLWS). Afecto positivo (PANAS-F1) y Afecto negativo (PANAS-F2).

6. Escala de apoyo social percibido: Familia-otros significativos (MSPSS-F1) y Amigos (MSPSS-F2).

Análisis Multivariabes

Se analizó la moderación que podría ejercer la competencia y el apoyo social en la relación entre el índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija y las dependientes. Para esto, se realizaron regresiones jerárquicas. Se consideraron los siguientes modelos de regresión por variable dependiente:

- Nulo (sin predictoras)
- Controles: variables sociodemográficas (edad + sexo + estado civil + nivel educacional + posición del niño entre los hijos + reacción gluten + reacción huevo + reacción pescado + reacción mariscos + reacción maní + reacción soja + reacción frutos secos + reacción leche de vaca).
- Controles + cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija
- Controles + cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija + competencia + apoyo social
- Controles + cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija + competencia + apoyo social + interacciones entre cambios vitales y competencia y apoyo social, siendo este último, propiamente, el modelo de moderación.

Previo a los análisis de los modelos de regresión, se verificó que se cumplieran los supuestos de linealidad, homoscedasticidad, de no multicolinealidad y de normalidad de los residuos.

En base a lo observado en la tabla 11, existen diferencias significativas entre el modelo que incluye los controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social y los otros modelos, lo cual indica que los cambios vitales percibidos, el sentido de competencia parental y apoyo social percibido, inciden en los niveles de malestar parental. Se observa también que no existen relaciones de moderación del apoyo social y la competencia parental con el cambio vital percibido en la relación de éste último con el factor malestar parental, componente del estrés parental.

Tabla 11. Modelos simples y de interacción con apoyo social y sentido de competencia parental del efecto de Cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija sobre el estrés parental (factor Malestar parental)

	Res.Df	RSS	Df	Sum of Sq	F	Pr(>F)
Modelo nulo	150	9.31	NA	NA	NA	NA
Solo controles	134	75.4	16	14.91	3.683	1.667e-05
Controles + cambios vitales	133	42.99	1	32.41	128.1	7.024e-21
Controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social	129	33.42	4	9.574	9.461	1.029e-06**
Controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social + cambios vitales x (sentido de competencia y apoyo social)	125	31.62	4	1.794	1.773	.1384

1. $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

En base a lo observado en la tabla 12, existen diferencias significativas entre el modelo que incluye los controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social, lo cual indica que estas variables inciden en los niveles de interacción disfuncional. Se observa también que no existen relaciones de moderación del apoyo social y la competencia parental con el cambio vital percibido en la relación de éste último con el factor interacción disfuncional.

Tabla 12. Modelos simples y de interacción con apoyo social y sentido de competencia parental del efecto de Cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija sobre Estrés parental, factor interacción disfuncional padre-hijo o hija

	Res.Df	RSS	Df	Sum of Sq	F	Pr(>F)
Modelo nulo	150	52.67	NA	NA	NA	NA
Solo controles	134	47.1	16	5.574	1.711	0.05253
Controles + cambios vitales	133	38.04	1	9.062	44.52	7.331e-10
Controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social	129	26.39	4	11.65	14.3	1.218e-09
Controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social+ cambios vitales x (sentido de competencia y apoyo social)	125	25.45	4	0.946	1.162	0.331

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

En base a lo observado en la Tabla 13, existen diferencias significativas entre el modelo que incluye los controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social y los otros modelos, lo cual indica que estas variables inciden en el factor Niño difícil. Se observa que no existen relaciones de moderación del apoyo social y la competencia parental con el cambio vital percibido en la relación de éste último con el factor niño difícil.



Tabla 13. Modelos simples y de interacción con apoyo social y sentido de competencia parental del efecto de Cambios vitales percibidos sobre factor Niño difícil de escala de Estrés parental

	Res.Df	RSS	Df	Sum of Sq	F	Pr(>F)
Modelo nulo	150	78.15	NA	NA	NA	NA
Solo controles	134	71.21	16	6.932	1.476	.119
Controles + cambios vitales	133	6.66	1	1.55	35.95	2.021e-08
Controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social	129	38.98	4	21.68	18.46	6.092e-12**
Controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social+ cambios vitales x (sentido de competencia y apoyo social)	125	36.7	4	2.282	1.943	.1073

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.



Sobre lo expuesto en la Tabla 14, existen diferencias significativas entre el modelo que incluye los controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social y los otros modelos, lo cual sugiere que las variables independientes del estudio, sentido de competencia parental y apoyo social percibido, incluyendo además el índice cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija, inciden en los niveles de satisfacción con la vida. Se observa que no existen relaciones de moderación del apoyo social y la competencia parental con el cambio vital percibido en la relación de éste último con la satisfacción con la vida.

Tabla 14. Modelos simples y de interacción con apoyo social y sentido de competencia parental del efecto de cambios vitales sobre satisfacción con la vida

	Res.Df	RSS	Df	Sum of Sq	F	Pr(>F)
Modelo nulo	150	134.6	NA	NA	NA	NA
Solo controles	134	111.7	16	22.97	2.485	.00255
Controles + cambios vitales	133	94.04	1	17.63	3.52	1.835e-07
Controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social	129	76.5	4	17.53	7.588	1.662e-05**
Controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social+ cambios vitales x (sentido de competencia y apoyo social)	125	72.21	4	4.291	1.857	.1222

*p ≤ .05. ** p ≤ .01.

En base a lo observado en la Tabla 15, existen diferencias significativas entre el modelo que incluye los controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social y los otros modelos, lo cual sugiere que estas variables inciden en los niveles de afectos positivos. Se observa que no existen relaciones de moderación del apoyo social y la competencia parental con el cambio vital percibido en la relación de éste último con el factor afectos positivos.



Tabla 15. Modelos simples y de interacción del efecto del índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija sobre Afectos positivos y afectos negativos

	Res.Df	RSS	Df	Sum of Sq	F	Pr(>F)
Modelo nulo	150	118	NA	NA	NA	NA
Solo controles	134	104	16	13.99	1.981	.01914
Controles + cambios vitales	133	85.1	1	18.89	42.78	1.415e-09
Controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social	129	56.79	4	28.32	16.03	1.272e-10**
Controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social+ cambios vitales x (sentido de competencia y apoyo social)	125	55.19	4	1.602	.9069	.4622

*p ≤ .05. ** p ≤ .01

Como indica la Tabla 16, existen diferencias significativas entre el modelo que incluye los controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social y los otros modelos, lo cual sugiere que estas variables inciden en los niveles de afectos negativos. Se observa que no existen relaciones de moderación del apoyo social y la competencia parental con el cambio vital percibido en la relación de éste último con el factor afectos negativos.

Tabla 16. Modelos simples y de interacción con apoyo social y competencia parental del efecto de cambios vitales sobre afectos negativos

	Res.Df	RSS	Df	Sum of Sq	F	Pr(>F)
Modelo nulo	150	123	NA	NA	NA	NA
Solo controles	134	107.6	16	15.41	2.326	0.004896
Controles + cambios vitales	133	67.79	1	39.79	96.06	3.58e-17
Controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social	129	53.85	4	13.94	8.414	4.81e-06
Controles + cambios vitales+ sentido de competencia + apoyo social+ cambios vitales x (sentido de competencia y apoyo social)	125	51.78	4	2.064	1.246	0.295

*p ≤ .05. ** p ≤ .01



Discusión

Contraste de hipótesis

Hipótesis 1. Existe una relación directa entre los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija y el estrés parental; una relación inversa con el bienestar subjetivo cognitivo y con los efectos positivos, y una directa con los afectos negativos.

Esta hipótesis recibió respaldo de los resultados del estudio. Los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en hijo o hija se relacionaron con el estrés parental. La correlación entre cambio vital y el factor del estrés parental referido como “malestar parental” fue la más alta, observándose también correlaciones moderadas con los componentes “interacción disfuncional padre-hijo” y “percepción de niño difícil”.

Asimismo, se observó una correlación inversa moderada entre la satisfacción con la vida (componente cognitivo del bienestar subjetivo) y los cambios vitales percibidos asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija. Respecto al componente afectivo del bienestar subjetivo, se observó una correlación inversa moderada entre los afectos positivos y los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija y una correlación directa alta entre estos cambios con afectos negativos.

El análisis multivariado confirmó la consistencia de la asociación entre los cambios vitales percibidos derivados de la condición y diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en el hijo o hija y el estrés parental y el bienestar cognitivo y afectivo de madres y padres.

Hipótesis 2. Existe una relación inversa entre el apoyo social percibido y el sentido de competencia parental con el estrés parental de padres y madres con un hijo o hija con hipersensibilidad alimentaria.

Esta hipótesis recibió respaldo de los resultados del estudio. Los factores de la escala de estrés parental y apoyo social percibido mostraron en su totalidad correlaciones de tipo inversa. Resalta una correlación alta entre el factor de malestar parental con el apoyo social percibido de la familia y otros significativos; correlaciones moderadas entre la interacción disfuncional padre-hijo con el apoyo social percibido de la familia y otros significativos. El malestar parental correlacionó en forma moderada con el apoyo social percibido de los amigos. Se observaron correlaciones, aunque bajas, entre percepción de niño difícil y apoyo social percibido de la familia y otros significativos, y entre interacción disfuncional padre-hijo y la percepción de apoyo social de los amigos.

También es posible observar que, en general, los factores de la escala de sentido de competencia parental y la escala de estrés parental mostraron correlaciones de tipo inverso. Resaltan las correlaciones altas (inversas) entre la satisfacción parental y el malestar parental, satisfacción parental e interacción disfuncional padre-hijo y satisfacción parental y percepción de niño difícil. Además, es posible visualizar correlaciones de tipo moderadas entre la eficacia en el rol parental y el malestar parental,

eficacia en el rol parental e interacción disfuncional padre-hijo y eficacia en el rol parental y percepción de niño difícil.

El análisis multivariado confirmó la consistencia de la asociación entre el apoyo social y el sentido de competencia parental y el estrés parental.

Hipótesis 3: Existe una relación directa entre el apoyo social percibido y el sentido de competencia parental con el componente cognitivo del bienestar subjetivo de padres y madres con un hijo o hija con hipersensibilidad alimentaria, una relación directa con el afecto positivo y una inversa con el afecto negativo.

Esta hipótesis de igual manera recibió respaldo de los resultados, observándose una correlación moderada directa entre la percepción de apoyo social por parte de la familia y otros significativos y la satisfacción con la vida, y una correlación directa baja entre la percepción de apoyo social de los amigos y la satisfacción con la vida.

Se pueden observar también correlaciones moderadas directas entre la eficacia en el rol parental y de la satisfacción parental con la satisfacción con la vida.

Respecto del bienestar subjetivo, los resultados también respaldaron la hipótesis, observándose correlaciones moderadas directas entre el apoyo social percibido de la familia y otros significativos, y de los amigos, con los afectos positivos, y moderadas e inversas con los afectos negativos. Se observaron correlaciones altas directas entre la eficacia en el rol parental y la satisfacción parental con los afectos positivos, una correlación moderada inversa entre la eficacia en el rol parental y los afectos negativos, y una correlación alta inversa entre la satisfacción parental y los afectos negativos.

El análisis multivariado confirmó la consistencia de la asociación entre el apoyo social y el sentido de competencia parental y el bienestar tanto cognitivo como afectivo de madres y padres.

Hipótesis 4. • El apoyo social percibido y el sentido de competencia parental moderan la relación entre el estrés parental y los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija.

En contradicción con lo hipotetizado, los resultados no indicaron la existencia de una relación de moderación entre el apoyo social percibido y del sentido de competencia parental en la relación entre los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija y el estrés parental.

Hipótesis 5. • El apoyo social percibido y la percepción de competencia parental moderan la relación entre el bienestar subjetivo y los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija.

En contradicción con lo hipotetizado, no se observó una relación de moderación del apoyo social percibido y del sentido de competencia parental en la relación entre los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija con la satisfacción con la vida ni con los afectos positivos o negativos de madres y padres.

Análisis global

La mayoría de los padres y madres deben lidiar con condiciones de alergias a múltiples alimentos de sus hijos e hijas, siendo la leche de vaca, la soja y el huevo, los

más frecuentes, resultados que se condicen con investigaciones efectuadas en Chile y en el mundo (Nwaru, et al; Feuerhakea, et al, 2018).

Un alto porcentaje de participantes (70,9 de percepción moderada y 23,2 de percepción alta) indican haber vivido cambios importantes derivados de la hipersensibilidad alimentaria del hijo o hija. Principalmente se identificaron niveles altos de cambio vital percibido respecto de los gastos destinados al tratamiento del niño o niña, ya sea gastos médicos, comida especial, utensilios exclusivos, entre otros, son superiores a los que los padres y madres y madres consideraban, además de cambios asociados al funcionamiento diario de la vida y mayores niveles de irritabilidad.

También padres y madres describen, en un nivel moderado, sentirse presionados o presionadas por realizar cambios que no desean efectuar. De igual manera los participantes identifican moderado apoyo de sus familias en los cambios de alimentación, sensación medianamente presente de que han enfrentado solo(a) la condición de su hijo o hija y que esta condición ha afectado en algún grado su relación de pareja.

De acuerdo a lo esperado y a investigaciones previas (Mandell, et al, 2005; Primeau, et al, 2000; Springston, et al, 2010), la percepción de cambios vitales derivados de la hipersensibilidad alimentaria del hijo o hija mostró relacionarse con mayores niveles de estrés parental y menores niveles de bienestar. Según una investigación efectuada por Mandell et al, (2005), los padres y madres y madres que mantienen mayor riesgo de enfrentan un shock anafiláctico en sus hijos o hijas producto de una reacción alérgica tienden a mostrar mayores niveles estrés, ansiedad y depresión, producto de las

preocupaciones que conlleva y la conducta de hipervigilancia habitual, lo cual aumenta cuando estos padres y madres no cuentan con sus necesidades de apoyo social satisfechas.

Según Springston, et al (2010), los padres y madres que se enfrentan a una condición de hipersensibilidad alimentaria sufren repercusiones negativas en las distintas áreas de su calidad de vida, lo cual se condice con lo postulado anteriormente por Primeau, et al, (2000), quienes señala que esta condición, trae consigo efectos negativos en las relaciones sociales y familiares de los padres y madres.

Las exigencias de adaptación y constante hipervigilancia de los padres y madres permite comprender cómo los cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija correlaciona de manera alta y directa con los niveles de malestar parental y de manera moderada con la interacción disfuncional con su hijo o hija y la percepción que éstos son difíciles de sobrellevar y, de igual manera, con una mayor tendencia hacia desarrollar afectos negativos, una menor satisfacción con la vida y, por consiguiente, un bienestar subjetivo.

Es importante destacar que la mayoría de los participantes tienen hijos o hijas menores de dos años, y que ello habitualmente implica niveles de estrés relativamente alto por las exigencias de su cuidado y la afectación del sueño; probablemente a los cambios que señalan estar experimentando por la hipersensibilidad alimentaria del hijo o hija se suman a los propios de este proceso vital (Escudero, 2012).

La mayoría de los participantes expresaron niveles de malestar parental en un nivel moderado y una cuarta parte de la población en un nivel alto. Asimismo, la presencia de afectos negativos fue moderada o alta en la mitad de los participantes.

El malestar parental fue el componente del estrés parental más alto y que mayor asociación mostró con los cambios vitales percibidos, por sobre la interacción disfuncional padre-hijo o hija y el factor niño difícil. Probablemente estos otros factores (interacción disfuncional padre-hijo o hija y el factor niño difícil) son más relevantes en otras condiciones (por ejemplo, hijos/as adolescentes o con conductas agresivas).

Si bien los niveles de estrés parental observados son importantes, no son necesariamente más altos que en los pocos estudios locales con lo que se puede hacer comparaciones. En una investigación realizada en Chile con población heterogénea de diversas comunas de la ciudad de Santiago, se observó que un 60% de las madres y un 69,4% de los padres, obtuvieron un nivel medio de estrés parental general. Además de que un 40% de las madres y un 30.6% de los padres, obtuvieron un nivel alto en este mismo indicador (Pérez y Satelices, 2016).

En otro estudio realizado en el año 2011, con familias acogedoras chilenas residentes en la ciudad de Santiago, se obtuvo que, usando también el PSI, a nivel general como de los factores de malestar parental, disfunción en la interacción padre-niño y niño difícil, esta población presentó niveles moderados de estrés. En el caso de este estudio, los resultados muestran similitudes con los estudios anteriores en relación al factor Malestar parental (3.1 puntos); en cambio para los factores Interacción disfuncional padre-hijo o

hija (1.9 puntos) y Niño difícil (2.4 puntos), se observó un predominio de niveles bajos, lo cual difiere de las apreciaciones de las investigaciones expuestas.

Respecto al componente cognitivo del bienestar subjetivo, no se lograron identificar estudios en población con características similares en Chile. No obstante, en una investigación realizada en Perú con madres de escasos recursos económicos, pertenecientes al programa nacional de apoyo directo a los más pobres (Martínez, 2018), se observó que el 56.52% de las madres se encuentran en niveles altos de satisfacción con la vida, lo cual difiere del nivel de satisfacción en la población de este estudio, presentando un 43.7% de la muestra un nivel de satisfacción alta.

En un estudio realizado en Chile, con población general adulta, se observaron niveles de satisfacción con la vida moderados tendiente a lo ligeramente satisfechos, según especifican los autores (4.0 puntos) (Ramírez y Lee, 2012), lo que es levemente superior a los puntajes obtenidos en este estudio, ubicando a la mayoría de la población en un nivel medio de satisfacción (3.4 puntos)

En cuanto al afecto positivo y afecto negativo, en un estudio efectuado en Chile con población heterogénea adulta de entre 18 y 60 años de edad, se apreciaron niveles de afecto positivo moderados y bajos de afecto negativo (Vera-Villaruel y Celis-Atenas, 2014), lo cual difiere parcialmente con los resultados obtenidos en este estudio, en donde se visualizan niveles moderados o medios tanto para los afectos positivos como de afectos negativos.

En síntesis, los padres y madres estudiados no muestran niveles de estrés o de bienestar que sean nítidamente diferentes de las poblaciones con las que se puede comparar, pero en todos los casos los niveles son de estrés son relativamente altos. Las correlaciones observadas entre el índice de cambios asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo hija y los estados afectivo, la satisfacción con la vida y los distintos factores de estrés parental la importancia de atender el efecto de esos cambios y de identificar factores que pudieran minimizarlos o atenuar su efecto.

Sobre el apoyo social percibido, según lo observado en esta investigación, los y las participantes tienden a percibir que reciben más apoyo por parte de sus familias que de su grupo cercano de amistades (factor familia-otros significativos muestra niveles moderados a altos, en el factor amigos se observan resultados de moderados a bajos). Si bien esto es habitual (Contreras-García, et al, 2017), dada la relevancia del apoyo familiar, esta tendencia probablemente se acentúe con las dinámicas de interacción que conlleva esta condición médica, orientando más tiempo hacia la familia en desmedro de las interacciones con su grupo de amigos. Otro aspecto pudiese tener relación con los cuestionamientos que padres y madres pueden experimentar sobre su rol, además de la condición especial de alimentación, principalmente para la madre, en el caso de que el niño o niña sea un lactante.

En una investigación realizada en Chile con madres puérperas (Contreras-García, et al, 2017), se encontraron niveles mayormente altos de apoyo social percibido a nivel general. En cuanto al factor apoyo social percibido por parte de su familia y otros significativos,

esta población obtuvo un puntaje alto, en cambio para el factor apoyo social percibido de sus amigos, se aprecia un puntaje moderado.

Es interesante destacar que, en este estudio, la población presentó niveles menores de apoyo social tanto familiar que de amigos que el estudio hecho en Chile de Contreras-García, et al (2017). Quizás estas diferencias podrían ser consideradas al analizar la afectación de la condición de hipersensibilidad alimentaria en un hijo hija pudiese mantener sobre la percepción de contar con redes de apoyo significativas, lo cual, en algunos casos, estaría condicionada a cuestionamientos sobre el rol, menos frecuencia de reuniones, alimentación especial u otros requerimientos que pueden ser vistos como un impedimento para estas interacciones.

Se observó una clara relación entre estrés parental y apoyo social percibido, como era esperable, en particular, entre malestar parental y apoyo familiar (Åsberg, Vogel, & Bowers, 2007). Rodríguez y Flores (2018) señalan que en las sociedades latinas existe un valor cultural llamado “familiarismo” (Sabogal, et al, 1987; Sánchez-Burks, et al, 2000), el cual da cuenta la importancia asignada a la posibilidad de contar con relaciones cercanas o familiares para enfrentar las exigencias de la vida, por lo que la percepción de falta de apoyo, puede tener incidencia en los niveles de estrés ansiedad y depresión.

En cuanto a la satisfacción con la vida, en general, los estudios coinciden con las apreciaciones de esta investigación, mostrando que el apoyo social percibido y la satisfacción con la vida presentan correlaciones positivas (Arif, et al, 2010; Åsberg, et al., 2007), agregando, además, que posiblemente un mayor apoyo social trae consigo mayores

oportunidades para enfrentar las situaciones adversas y promueve una mejor salud física y mental (De Geest, et al., 2014; Nebot, et al., 2002).

En cuanto al sentido de competencia parental, es interesante que el sentido de eficacia en el rol parental observado fue predominantemente alto, lo cual indica que en general los padres y madres que deben enfrentar esta condición médica tienden a percibir que son capaces de realizar su rol a pesar de las dificultades que pudiese sumar la hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija. En el caso de la satisfacción parental, se aprecia que, si bien pudiese resultar una condición compleja de sobrellevar para los padres y madres, no se ve mermada.

En cuanto a la relación entre sentido de competencia parental y el estrés parental, se observaron correlaciones altas de tipo inversa entre el factor eficacia parental y la totalidad de los factores de la escala de estrés parental. Para el factor satisfacción parental, se observaron correlaciones moderadas inversas con todos los factores de la escala de estrés parental. Ello da cuenta que aquellos padres y madres que presentan mayores niveles de eficacia y satisfacción con su rol presentan menor grado de malestar en el rol de parental, menor sensación de dificultad en la relación y menor percepción de que su hijo o hija es difícil de sobrellevar. Posiblemente esta relación alude a que, como se ha observado en diversas investigaciones, quienes confían y disfrutan de lo que realizan, tienen a estresarse menos que aquellos que no confían en sus capacidades y no disfrutan de las actividades que realizan (Aravena, et al, 2013; Deković, 1999; Jones y Prinz, 2005; Sanders y Woolley, 2005).

El sentido de competencia parental y el bienestar subjetivo mostraron importantes relaciones. Para quienes son madres y padres, probablemente la satisfacción con la paternidad y la sensación de eficacia sobre ésta tiene una relación importante con su bienestar general.

Jones y Prinz (2005) y Sanders y Woolley, (2005), sugieren que el sentido de competencia parental influye sobre los niveles de estrés parental y satisfacción con el mismo rol de madres y padres y madres. Posiblemente esta relación tiene su explicación en que, como señala Abidin (1992), las características de los padres y madres y madres condicionan los niveles de estrés que experimentan (Ngai, et al, 1993; Pérez, Menéndez y Hidalgo, 2014; Suwansujarid, Vatanasomboon, Gaylord y Lapvongwatana, 2013), puesto que quienes realizan una valoración más negativa sobre las propias las aptitudes para enfrentar el rol de crianza y su satisfacción ejerciéndolo, tienden a sentir más sobrepasadas sus capacidades para llevarlos a cabo (Daneri, 2012; Olhaberry y Farkas, 2012). En esta línea Pérez, Lorence y Álvarez (2010) observaron correlaciones negativas entre la satisfacción que los padres y madres y madres mostraron en su rol con la percepción de que su hijo o hija es de difícil trato y la sensación de malestar parental, lo cual coincide con las apreciaciones de este estudio.

Es interesante analizar las relaciones entre el estrés parental y los niveles de bienestar subjetivo. Es posible distinguir correlaciones altas directas entre el factor Malestar parental y Afecto negativo y de tipo alta inversa entre el factor Malestar parental mostró una correlación con los factores Afecto positivo. Además, resaltan correlaciones

moderadas de tipo directa entre el factor Interacción disfuncional padre-hijo o hija con el factor Afecto negativo. También se observaron correlaciones de este tipo entre el factor Niño difícil con el factor Afecto negativo.

Respecto a algunas correlaciones moderadas inversas, es posible distinguir la relación entre la Satisfacción con la vida y el factor Interacción disfuncional padre-hijo o hija.

Entre estas correlaciones, resalta principalmente la relación que mantiene los niveles de estrés y el tipo de afecto predominante. Cabe mencionar que, a mayores niveles de estrés en los diferentes factores de la escala de estrés parental, se puede identificar un predominio de afectos negativos y una satisfacción con la vida más baja.

Posiblemente esta relación recae en que el estrés prolongado puede generar efectos negativos en el sistema nervioso central (Leza 2005), promoviendo respuestas emocionales exacerbadas y prolongadas, lo que se asocia a síntomas depresivos y ansiosos y consigo una valoración más negativa sobre su vida (Bennett, et al, 2005; Charney y Manji, 2004; Crnic y Greenberg, 1990; D'Angelo y Wierzbicki, 2003; Parrish, et al, 2011; Whiteside-Mansell, et al, 2007).

Ni el sentido de competencia parental ni el apoyo social mostraron moderar el efecto del cambio vital percibido sobre el estrés y bienestar de madres y padres. Ha existido amplio debate en la literatura acerca de si el apoyo social tiene un rol directo sobre el bienestar y estrés parental, como se observó en este estudio, o, alternativamente o complementariamente, de “amortiguador” (Benn y McColl, 2004; Dellve, et al, 2005; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2016). Los resultados obtenidos solo respaldan la

primera explicación. Las limitaciones del tamaño muestral impiden un análisis más taxativo. Desde luego, también es posible que exista una relación más compleja, que involucre otras variables que no fueron consideradas en este estudio.

Implicaciones del estudio.

Los resultados de este estudio corroboran la importancia de las relaciones entre el apoyo social, el sentido de auto eficacia parental, el estrés parental y el bienestar subjetivo respectivamente. Ha sido innovador elaborar un índice que busque medir, como su nombre lo dice, los cambios que los padres y madres y madres deben realizar al enfrentar un diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija. Lo anterior, puede considerarse como uno de los aspectos más relevantes de esta investigación, así como la relación observada entre la percepción de los cambios vitales recogida en este índice con los niveles de estrés parental y bienestar subjetivo.

En este sentido, quienes indican la presencia de mayores cambios sobre sus vidas, tienden a percibir mayor sensación de malestar en su rol de crianza, mayor valoración disfuncional de las relaciones establecidas con sus hijos e hijas, mayor percepción de disruptividad de sus hijos e hijas, una menor satisfacción con la vida en general y la tendencia a mantener un estado emocional negativo.

Los cambios vitales que los padres y madres y madres experimentan producto de la hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija, en conjunto con una baja percepción de apoyo de sus familias y amigos y escasa satisfacción y autoeficacia con su rol de padres y

madres y madres aparecen relacionados con mayores niveles de estrés parental, menor satisfacción con la vida en general y afectos más negativos.

Estos resultados sugieren la necesidad de nuevas líneas de investigación en un terreno incipiente en nuestro país, en donde se ha visto un aumento exponencial de casos de hipersensibilidad alimentaria en niños y niñas. Si bien el país ha efectuado algunas políticas en donde se considera una alimentación alternativa a los niños y niñas con esta condición, aún no se consideran políticas que favorezcan la salud mental de los padres y madres y madres, siendo estas últimas las principales afectadas al tener que enfrentarse a cambios rotundos en su alimentación y estilos de vida en general.

Limitaciones del estudio

Las principales limitaciones de este estudio recaen en la temporalidad y la representatividad de la muestra de padres y madres, así como en que la mayor parte de los análisis son solo correlacionales. Tampoco hubo un grupo control para contrastar los hallazgos.

En el primer caso, el estudio tuvo un foco transversal, por lo que no fue posible considerar diferencias entre la presencia del diagnóstico y el alta médica. Además, no fue posible contemplar un seguimiento de los casos.

Los análisis fueron correlaciones, lo que impide análisis causal.

Respecto al segundo punto, si bien se buscó la participación de los padres y madres de niños y niñas en el estudio, no fue posible conseguir una muestra equivalente o similar

a las madres, quedando la primera subrepresentada y limitándose la posibilidad de hacer comparaciones. Esta comparación sería de suma importancia, debido a que, en una primera etapa de la condición médica, principalmente asociada a la lactancia, son las madres de los niños quienes deben restringirse de alimentos potencialmente dañinos para sus hijos o hijas. Además, sería interesante observar como la figura del padre ha cambiado en términos hacerse participe de un rol de crianza más activo, el cual históricamente ha sido atribuido a la figura de la madre.

Otra limitación relevante es que todos los instrumentos fueron respondidos por un mismo informante. Ello implica que muchas relaciones observadas deben ser vistas con cautela pues tienen “varianza compartida”. Los sesgos propios de cada informante pueden extenderse a distintos ámbitos de sus observaciones e “inflar” las asociaciones.

Futuras investigaciones

En futuras investigaciones sería relevante profundizar en la salud mental de los padres y madres de hijos e hijas con hipersensibilidad alimentaria en comparación con padres y madres con hijos e hijas sin esta condición. Contar con este conocimiento permitiría evaluar el real impacto en la salud mental de los padres y madres que se enfrentan a esta condición.

Además, podría enriquecer el conocimiento de las afecciones en la salud mental, pudiendo a través de estudios longitudinales, comparar el estado de salud mental durante el diagnóstico, realizando categorizaciones por edad del niño o niña, con la salud mental posterior al alta médico del niño o niña

A su vez, sería de interés replicar este estudio con una muestra similar entre padres y madres para analizar cómo indican las diferencias de género.

Parece de interés también replicar la utilización del índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria en un hijo o hija, integrar nuevos reactivos y poder confeccionar una escala consistente para pesquisar esta variable.

Este es aún un tema naciente en nuestro país, requiere de mayores estudios, por lo que esta investigación busca contribuir a impulsar fehacientemente la motivación de otros investigadores a interesarse por generar conocimiento nuevo y de suma importancia para numerosos padres y madres que deben enfrentar este diagnóstico y que aparentemente, cada día se vuelve una realidad más común en nuestro país.



Referencias bibliográficas

- Abidin, R. (1990). Parenting stress index/short form. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. (1995). Parenting stress index: Professional manual (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Abrahama, E., Razb, G., Zagoory-Sharona, O., y Feldman, R. (2017). Empathy networks in the parental brain and their long-term effects on children's stress reactivity and behavior adaptation. *Neuropsychology*.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.04.015>
- Abush, H., y Akirav, I. (2013). Cannabinoids ameliorate impairments induced by chronic stress to synaptic plasticity and short-term memory. *Neuropsychopharmacology*, 38(8), 1521-1534.
- Anaya, J. (2016) Estrés parental e infantil en situación de hospitalización pediátrica (Tesis de maestría). Universidad de Navarra. Pamplona, España.
- Andrews, F.M., y Withey, S.B. (1976). *Social Indicators of Well-Being. Americans Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum Press.
- Aracena, M., Gómez, E., Undurraga, C., Leiva, L., Marinkovic, K., y Molina, Y. (2016). Validity and reliability of the parenting stress index short form (psi-sf) applied to a chilean sample. *Journal of Child and Family Studies*, 25 (12), 3554-3564.
- Aravena, N., Salazar, V., y Stormesan, M. (2013) Influencia del acompañamiento del padre durante el parto, en el apego padre-hijo/hija, en niños/niñas nacidos/nacidas en el hospital de panguipulli, durante el segundo y tercer trimestre del 2013 (Tesis de licenciatura). Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.
- Arechabala, M.C., y Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y enfermería*, 8 (1), 49-5.
- Arif, A., Deuri, S., Deuri, S., Jahan, M., Singh, A. y Verma, A. (2010). Perceived social support and life satisfaction in persons with somatization disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 19(2), 115–118.
- Åsberg, K., Vogel, J. y Bowers, C. A. (2007). Exploring Correlates and Predictors of Stress in Parents of Children Who are Deaf: Implications of Perceived Social

Support and Mode of Communication. *Journal of Child and Family Studies*, 17(4), 486–499.

Ayala, L., Lemos, I., y Nunes, C. (2014). Predictores del estrés parental en madres de familia en riesgo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 13(2).

Baker, B.L., Blacher, J. y Olsson M.B. (2005). Preschool children with and without developmental delay: behaviour problems, parents' optimism and well-being. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (8).

Bandura, A. (2006). Toward a Psychology of Human Agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1 (2), 164 – 180.

Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14 (2), 237-243.

Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.

Baumann, U. (1987). Soziales netzwert, soziale unterstützung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 16, 4-9.

Beeble, M.L., Bybee, D., Sullivan, C.M y Adams, A. (2009). Main, mediating, and moderating effects of social support on the well-being of survivors of intimate partner violence across 2 years. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77 (4), 718-729.

Benn, K., y McColl, M., (2004). Parental coping following childhood acquired brain injury. *Brain Injury*, 18(3), 239-55.

Bennett, M.R. (2008). Stress and anxiety in schizophrenia and depression: glucocorticoids, corticotropin-releasing hormone and synapse regression. *Psychiatry*, 42(12), 995-1002.

Bianchi, M., Hagan, J.J., y Heidbreder, C.A. (2005). Neuronal plasticity, stress and depression: involvement of the cytoskeletal microtubular system? *Current Drug Targets CNS Neurological Disorders*, 4(5), 597-611.

Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17 (4), 582-589.

Bollinger, M., Dahlquist, L., Mudd, K., Sonntag, C., Dillinger, L., y McKenna, K. (2006). The impact of food allergy on the daily activities of children and their families. *Annals of Allergy Asthma y Immunology*, 96(3), 415-421.

- Bowen, K. S., Uchino, B. N., Birmingham, W., Carlisle, M., Smith, T. W., y Light, K. C. (2014). The stress-buffering effects of functional social support on ambulatory blood pressure. *Health Psychology*, 33(11), 1440–1443.
- Bradburn N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine
- Broadhead, W.E., Kaplan, B.H., James, S.A., Wagner, E.H., Schoenbach, V.J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., y Gehlbach, S.H. (1989). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117(5), 521-37.
- Brown, F., Whittingham, K., Boyd, R., McKinlay, L., y Sofronoff, K. (2015). Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 58-66.
- Boulanger, J., Hayes, S. C., yPistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. In A. Kring, y D. Sloan (Ed.). *Emotion Regulation and Psychopathology* (pp. 107-136). New York: Guilford Press.
- Cabrera, V. E., González, M. R. y Guevara, I. P. (2012) Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. *Universitas Psychologica*, 11(1), 241-254.
- Cadzow, R., yServoss, T. (2009). The association between perceived social support and health among patients at a free urban clinic. *National Medical Association*, 101(3), 243-250.
- Cameron, S., Dobson, L., y Day, D. (1991). Stress in parents of developmentally delayed and non-delayed preschool children. *Canada's Mental Health*, 39(1), 13-17.
- Campbell, A., Converse, P. E., y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of american life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campis, L.K., Lyman, R.D., yPrentice-Dunn, S. (1986). The parental locus of control scale: Development and validation. *Journal of clinical child adolescent psychology impact*, 15, 260-267.
- Campos, M., Iraurgi, D., y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín Psicología*, 82, 25-44.

- Chafen, J., Newberry, J., Riedl, M., Bravata, M., Maglione, M., Suttorp, M., Sundaram, V., Paige, N., Towfigh, A., Hulley, B., y Shekelle, P. (2010). Diagnosing and managing common food allergies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 303 (18), 1848-56.
- Charney, D.S, yManji, H.K. (2004). Life stress, genes, and depression: multiple pathways lead to increased risk and new opportunities for intervention. *Science's STKE*, 2004 (225), 5. 10.1126/stke.2252004re5
- Chinchilla, R. (2015). Trabajo con una familia, un aporte desde la orientación familiar. *Actualidades Investigativas en Educación*, 15 (1), 1-27.
- Chrousos, G., y Gold, P., (1992). The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA*, 267(9), 1244-52.
- Cobb, M.D. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Comité Nacional de Alergia. (2018) Alergia alimentaria en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 116(1), 1-19.
- Contreras-García, P., Sobarzo, P., y Manriquez-Vidal, C. (2017). Caracterización del apoyo social percibido durante el posparto y la presencia de depresión materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(1).
- Crnic, K., y Greenberg, M. (1990). Minor parenting stresses in young children. *Child development*, 61, 1628-1637.
- Crnic, K., y Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. En M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting. Practical issues in parenting* (pp. 243-267). Mahwah, EE. UU: Lawrence Erlbaum.
- Cruchet, S. (2018). Alergia Alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, 45(2), 99.
- Cummings, G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C., Lo, E., Muise, M., y Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Nursing Studies*, 47(3), 368-385.
- D'Angelo, B., y Wierzbicki, M. (2003). Relations of daily hassles with both anxious and depressed mood in students. *Psychological Reports*, 92(2), 416-8.

- Da Silva, N.C., y Aiello, A. L. (2012). Ensinando o pai a brincar omseubebê com síndrome de Down. *Educar em Revista*, 43, 101-116.
- Daneri, F. (2012). *Biología del comportamiento. Psicobiología del estrés*. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- De Geest, S., Burkhalter, H., Bogert, L., Berben, L., Glass, T. R., y Denhaerynck, K. (2014). Describing the evolution of medication nonadherence from pretrans plant until 3 years post-transplant and determining pretrans plant medication nonadherence as risk factor for post-transplant nonadherence to immunosuppressives: The Swiss Transplant Cohort S. *Transplant International*, 27(7), 657- 666.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical psychology: Science and practice*, 5, 314-332.
- Deković, M. (1999). *Journal of youth and adolescence*. Plenum Publishing, 28 (667).
- Dellve, L., Samuelsson, L., Tallborn, A., Fasth, A., y Hallberg, L. R. (2005). Stress and well-being among parents of children with rare diseases: a prospective intervention study. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 392-402
- Díaz, G. (2001). El bienestar subjetivo, actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 17 (6), 572-579.
- Díaz, V., García, M.E., Marín, M.D., y Campo, C. E. (2008). Los intercambios de apoyo en el cuidado de un aborto espontáneo. *Biblioteca Lascasas*, 2008, 4(1).
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *The American Psychologist*, 67(8), 590-7.
- Diener, E. (1993). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. y Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Escudero, C. (2012) Las etapas del desarrollo madurativo. *Formación activa en pediatría de atención primaria*, 5(2), 65-72.
- Fagan, J., y Barnett, M. (2003). The relationship between maternal gatekeeping, paternal competence, mothers' attitudes about the father role, and father involvement. *Journal of Family Issues*, 24, 1020-1043.

- Farkas, C., y Valdés, N. (2010). Maternal stress and perceptions of self-efficacy in socioeconomically disadvantaged mothers: An explicative model. *Infant Behavior y Development*, 33(4), 654-662.
- Feuerhake, T., Aguilera-Insunza, R., Morales, P., Talesnik, E., Linn, K., Thone, N., y Borzutzky, A. (2018). Caracterización clínica de pacientes chilenos con alergia alimentaria mediada por IgE. *Revista chilena de pediatría*, 89 (4), 448-453.
- Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Johnson, D.S., y Coates, T.J. (1991). Traslating coping theory into an intervention. En J. Eckenrode, (Ed.), *The Social context of coping*. New York: Plenum
- García, M. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
- García, Y. Grau-Gonzalez, I., y Cristiano-Botia, L. (2016). Flexibilidad relacional y estrés parental. *Universitas Psychologica*, 15 (4).
- García, B.E., Gómez, B., Arroabarren, E., Garrido, S., Lasa, E., y Anda, M. (2003). La alergia alimentaria en el siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26 (2), 07-15.
- García-Viniegras, C. R., y González, I. (2000). *Revista cubana de medicina general integral*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (6), 586-92.
- Gómez, M. (2018). Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria. Comité de lactancia materna y Comité de nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
- Gómez, E., y Muñoz, M. (2013). Manual Modelo de Video-Feedback. ODISEA: Oportunidades para el Desarrollo de Interacciones Sensibles, Eficaces y Afectivas. Fundación Ideas para la Infancia: Santiago de Chile.
- Graeff, F. (2011). Defense-related emotions in humans. *Psychology y Neuroscience*, 4 (2), 183-189.
- Graeff, F. G., y Zangrossi Junior, H. (2010). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in anxiety and panic. *Psychology y Neuroscience*, 3(1), 3-8.
- Grau, C., y Fernández Hawrylak, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 203-212.

- Hanson, B.S., Isacson, S.O., Janzon L., y Lindell, S.E. (1989). Social network and social support influence mortality in elderly men. The prospective population study of "Men born in 1914," Malmö, Sweden. *Merican Journal of Epidemiology*, 130(1), 100-11.
- Herbst, C., y Ifcher, J. (2012). A Bundle of Joy: Does Parenting Really Make Us Miserable? *SSRN Electronic Journal*.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F. México. Mac Graw Hill.
- Hidalgo, M., Menéndez, S., Sánchez, J., Lorence, B., y Jiménez, L. (2009). La intervención con familias en situación de riesgo psicosocial. Aportaciones desde un enfoque psicoeducativo. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 413-426.
- Holloway, S. D., Yamamoto, Y., Suzuki, S., y Mindnich, J.D. (2008). Determinants of Parental Involvement in Early Schooling: Evidence from Japan. *Early Childhood Research y Practice*, 10 (1).
- Høst, A., Koletzko, B., Dreborg, S., Muraro, A., Wahn, U., Aggett, P. Bresson, J., Hernell, O., Lafeber, H., Michaelsen, K., Micheli, J., Rigo, J., Weaver, L., Heymans, H., Strobel, S., y Vandenplas, Y. (1999). Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy. Joint Statement of the European society for Pediatric Allergology and Clinical Immunology (ESPACI) Committee of Hypoallergenic ESPFHAN) Committee on Nutrition *Arch Dis Child*, 81(4) 80-84.
- Jiménez, A., Concha, M.A., y Zúñiga, R. (2012). Conflicto trabajo-familia, competencia parental y estilos parentales percibidos en padres y madres y madres de la ciudad de Talca, Chile. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1).
- Jiménez, J., y Zavala, I. (2011). Estrés parental y apoyo social en familias extensas acogedoras chilenas y españolas. *Infancia y Aprendizaje*, 2011, 34 (4), 495-506
- Johnston, C., y Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 18(2), 167-175.
- Jones T. L, y Prinz RJ. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical psychology review*, 3, 341-363.
- Jylhä, M., y Aro, S. (1989). Social ties and survival among the elderly in tampere, Finland. *International Journal of Epidemiology*, 18(1), 158-64.

- Karlen, R. (2004). La disociación y el diálogo infanto-parental: una perspectiva longitudinal a partir de la investigación sobre apego. *Revista Internacional de Psicoanálisis*, 17.
- Keyes, C.L., Shmotkin, D., y Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-22.
- Land KC, Spilerman S. (1975) *Social Indicator Models*. New York. EEUU. Sage.
- Lawton, J.H. (1983). Plant architecture and the diversity of phytophagous insects. *Annual Review of Entomology*, 28, 23-39.
- Leza, J. (2005). Mecanismos de daño cerebral inducido por estrés. *Ansiedad estrés*, 11(2/3), 123-140.
- Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y en la vejez: hacia una psicología positiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 55-74.
- Lipman, E., y Boyle, M. (2005). Social support and education groups for single mothers: a randomized controlled trial of a community-based program. *Canada´s leading medical journal*, 173(12), 1451-1456.
- López-Gómez, I., Hervás y Carmelo, G., y Vázquez, C. (2015). Adaptación de la “Escala de afecto positivo y negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Psicología Conductual*, 23 (3), 529-548.
- Lucas, R.E., Diener, E., y Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-28.
- Lyon, B. (2000). Stress, coping, and health. En: Hill-Rice V (Eds.). *Handbook of stress, coping, and health*. Washington DC: Sage Publications.
- Maltby, H.J., Kristjanson, L.J., y Coleman, M.E. (2003). The Parenting Competency Framework: Learning to be a parent of a child with asthma. *International Journal of Nursing Practice*, 9(6), 368-73.
- Mandell, D., Curtis, R., Gold, M., y Hardie, S. (2005). Anaphylaxis: how do you live with it? *Health y Social Work*, 30(4), 325-335.
- Martínez, M. (2018) Satisfacción con la vida en madres beneficiarias del programa nacional de apoyo directo a los más pobres “juntos”, en el distrito de socos,

provincia de huamanga – Ayacucho 2017 (Tesis de licenciatura). Universidad Católica de Los Ángeles Chimbote. Perú.

Martínez, M., y García, M., (1995) La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social, *Revista de Psicología Social*, 10:1, 61-74

Mash, E. J., y Graham, S. A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil En V. Caballo y M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos generales*. (pp. 29-58). Madrid: Pirámide

Mendez-Baldwin, M., y Busch-Rossnagel, N. (2003). Changes in parental sense of competence and attitudes in parents involved in a head start program as a result of participation in a parent education workshop. *NHSA Dialog*, 6(2), 331-344.

Menéndez, S., Jiménez, L., y Hidalgo, M. (2011). Estructura factorial de la escala PSOC (Parental Sense of Competence) en una muestra de madres usuarias de servicios de preservación familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 32, 187-204.

Miller, S. (2016). *Parenting and theory of mind*. Oxford University Press. New York, EE.UU.

Minsal (2012). Guía clínica alergia a proteína de leche de vaca. Serie guías clínicas minsal. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/dd7c4cf4c183c58de040010165016b2a.pdf>

MINSAL. (2015) Búsqueda, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Celíaca. Guía Clínica. Recuperado de http://coacel.cl/sites/default/files/guia_minsal_enf._celiaca.pdf

MINSAL. (2019) Protocolo de Gestión Administrativa del PNAC APLV Versión 4. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Protocolo-Gesti%C3%B3n-Administrativa-PNAC-APLV-2019.pdf>

MINSALUD. (2015) ABECÉ. Promoción del consumo de frutas y verduras. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-frutas-y-verduras.pdf>

Monti G, Castagno E, Liguori SA, Lupica M, Tarasco V, Viola S, y Tovo, P. (2011). Food protein-induced enterocolitis syndrome by cow's milk proteins passed through breast milk. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 127, 679-80.

- Morales- F. M., Trianes-Torres, M. V., y Miranda-Páez, J. (2012). Diferencias por sexo y edad en afrontamiento infantil del estrés cotidiano. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10 (26), 95-110.
- Moyado, E., y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista Universum*, 2 (22).
- Musick, K., Meier, A., y Flood, S. (2016). How Parents Fare: Mothers' and Fathers' Subjective Well-Being in Time with Children. *American Sociological Review*, 81(5), 1069–1095.
- Navarro, E., y Araya, M. (2016). Inicio de alimentación complementaria y riesgo de enfermedad celíaca y alergia alimentaria: ¿De qué evidencia disponemos? *Revista chilena de nutrición*, 43(3), 315-320.
- Nebot, M., Zoa, T., Borrell, C., Ferrando, J., y Lafuente, J.M. (2002). Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal / Preventive effect of social support on mortality among elderly population: a longitudinal study. *Revista Española de Salud Pública*, 76(6), 673-682.
- Neece, C., Green, S., y Baker, B. (2012). Parenting stress and child behavior problems: a transactional relationship across time. *Am J Intellect Dev Disabil*, 117(1), 48-66.
- Ngai, J., Dowling, M.M., Buck, L., Axel, R., y Chess, A. (1993). The family of genes encoding odorant receptors in the channel catfish. *Cell*, 72(5), 657-66.
- Novoa, C., y Barra, E. (2015). Influencia del apoyo social percibido y los factores de personalidad en la satisfacción vital de estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, 33 (3), 239-245.
- Nwaru, B., Hickstein, L., Panesar, S., Roberts, G., Muraro, A., y Sheikh, A. (2014) Prevalence of common food allergies in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Allergy* (8), 992-1007.
- Ochoa, B., y Polaino-Lorente, A. (1999) El estrés de los padres como consecuencia de la hospitalización de los hijos: una revisión. *Estudios de psicología*, 63 (64), 147-161.
- Ohan, J. L., Leung, D. W., y Johnston, C. (2000). The Parenting Sense of Competence scale: Evidence of a stable factor structure and validity. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 32(4), 251-261.

- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Recuperado de <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Red Internacional de Autoridades en materia de Inocuidad de los Alimentos (INFOSAN). Recuperado de https://www.who.int/foodsafety/fs_management/No_03_allergy_June06_sp.pdf
- Parrish, B., Cohen, L., y Laurenceau, J. (2011). Prospective relationship between negative affective reactivity to daily stress and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30 (3), 270-296.
- Pavot, W. y Diener, E. (1993) The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social indicators research*, 28, 1-20.
- Pérez J., Menéndez, S., y Hidalgo, M. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los servicios sociales *Psychosocial Intervention*, 23 (1), 25-32.
- Pick de Weiss, S., y Andrade, P. P. (1986). Satisfacción marital en matrimonios mexicanos: diferencias por número de años de casados, escolaridad, número de hijos, sexo y edad. *Psicología Social en México*, 1, 399-403.
- Pérez F., y Santelices, M. (2016). Sintomatología depresiva, estrés parental y funcionamiento familiar. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25 (3), 235-244.
- Primeau, M., Kagan, R., Joseph, L., Lim, H., Dufresne, C., Duffy, C., Prhcal, D., Clarke, A. (2000) The psychological burden of peanut allergy as perceived by adults with peanut allergy and the parents of peanut-allergic children. *Clinical Experimental Allergy*. 30(8), 1135-43.
- Quesada, A., Justicia, D., Romero, M., García, M. (2014) La enfermedad crónica infantil. Repercusiones emocionales en el paciente y en la familia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 569-576.
- Ramírez M., y Lee, S. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 11 (33), 407-427.
- Ramírez, M., Navarro, S., Clavería, C., Molina, Y., y Cox, A. (2018). Estresores parentales en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista chilena de pediatría*, 89(2), 182-189.

- Rodríguez, P., y Flores, R. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y Estrés*. doi:10.1016/j.anyes.2018.03.003
- Rojas, R y Quezada, A. (2013). Relación entre dermatitis atópica y alergia alimentaria. *Revista chilena de pediatría*, 84(4), 438-450.
- Rutherford, H., Wallace, N., Laurent, H., y Mayes, L. (2015). Emotion Regulation in Parenthood. *Developmental Review*, 1(36), 1-14.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2017). *Self-Determination Theory. Basic Psychological Needs in Motivacion, Development and Wellness*. Londres. Guilford Press.
- Sabogal, F., Marin, G., Otero-Sabogal, R., Van Oss Marin, B. y Perez- Stable, E. J. (1987). Hispanic familism and acculturation: What changes and what doesn't? *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9, 397–412.
- Salonen, A.H., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Järvenpää, A.L., Isoaho, H., yTarkka, M.T. (2010). Parenting satisfaction during the immediate postpartum period: factors contributing to mothers' and fathers' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1716-28.
- Salanova, M. (2008). Organizaciones saludables: una aproximación desde la psicología positiva. En C. Vásquez, y G. Hervás (Ed.), *Psicología positiva aplicada* (pp 403-427). Bilbao: Declée de Bower.
- Sanchez-Burks, J., Nisbett, R. E. y Ybarra, O. (2000). Cultural styles, relational schemas, and prejudice against out-groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 174–189.
- Sanders, M.R., y Woolley, M.L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: implications for parent training. *Child, Care and Health Developmen*, 31, 65-73.
- Sapolsky, R. M, Krey, L. C., y McEwen, B. S. (1986). The neuroendocrinology of stress and aging: the glucocorticoid cascade hypothesis. *Endocrine Reviews*. 7(3), 284-301. 10.1210/edrv-7-3-284
- Satorres, E., (2013). Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, España.
- Savage, J., y Johns, C. (2015). Food Allergy: Epidemiology and Natural History. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 35(1), 45-59.

- Schoppe-Sullivan, S., Brown, G., Cannon, E., Mangelsdorf, S., y Sokolowski, M., (2008). Maternal gatekeeping, coparenting quality, and fathering behavior in families with infants. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 389-98.
- Sicherer, S., y Sampson, H. (2018). Food allergy: A review and update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis, prevention, and management. *Allergy and clinical immunology*, 141(1), 41-58.
- Solís-Cámara, P., Díaz, M., Del Carpio, P., Esquivel, E., Acosta, I., y De Jesús, A. (2007). La contribución del bienestar subjetivo, las expectativas y la crianza maternas en los logros escolares de sus niños y niñas y en la valoración de la participación de los padres y madres. *Acta Colombiana de Psicología*, 2 (10), 71-82.
- Springston, E., Smith, B., Shulruff, J., Pongracic, J., Holl, J., Gupta, R. (2010) Variations in quality of life among caregivers of food allergic children. , 105(4):287-294.
- Suwansujarid, T., Vatanasomboon, P., Gaylord, N., y Lapvongwatana, P. (2013). Validation of the parenting sense of competence scale in fathers: Thai version. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 44(5), 916-26.
- Szczesniak, M., Verhelst, T., Rondón G., y Straff, E., (2013). ¿Tener o ser?: La estructura de los valores y bienestar subjetivo de los padres y madres y madres colombianos. *Informes Psicológicos*, 13(1), 53-64.
- Tafarody, R.W., y Swann W.B. (1995) Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, 65, 322-42.
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13 (2).
- Treacy, L., Tripp, G., y Baird, A. (2005). Parent stress management training for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Therapy*, 36, 223-233.
- Tung, A., Takase, L., Fornal, C., y Jacobs, B. (2005). Effects of sleep deprivation and recovery sleep upon cell proliferation in adult rat dentate gyrus. *Neuroscience*, 134(3), 721-3.
- Turnbull, J., Adams, H., y Gorard, D. (2015). Review article: the diagnosis and management of food allergy and food intolerances. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 41, 3-25.

- Urquijo, M., Zapata, L., Lewis, S., Pineda-Alhucema, W., Falquez, L., y Lopera-Pérez, D. (2017). Influencia del riesgo social en la teoría de la mente y funciones ejecutivas de adolescentes colombianos. *Universitas Psychologica*, 16(2), 1-14.
- Vallejo-Sánchez, B., y Pérez-García, A. M. (2016) Estrés vital: variables psicológicas y sociodemográficas predictoras del malestar emocional. *Acción psicológica*, 13 (1), 159-178.
- Vázquez C; Duque, A., y Hervás G. (2012). Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos. Recuperado de http://webs.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2012-SWLS_Normative_data_copia.pdf
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116.
- Vera-Villaruel, P., Silva, J., Celis-Atenas, K., y Pavez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista Médica de Chile*, 142 (10), 1275-1283.
- Vera, J., y Valdés, A. (2018) Nacimiento y crianza de los hijos. En A., Valdes, J., Vera, M., Urías, y J., Ochoa. (2018) *Familia y crisis: Estrategias de afrontamiento* (pp. 91-107). Ciudad de Obregón, Sonora, México: AM Editores.
- Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 23-29.
- Waterman, A.S. (1993). Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691.
- Whiteside-Mansell, L., Ayoub, C., McKelvey, L., Faldowski, R. A., Hart, A., y Shears, J. (2007). Parenting stress of low-income parents of toddlers and preschoolers: Psychometric properties of a Short Form of the Parenting Stress Index. *Parenting*, 7(1), 27-56.
- Ylvisaker, M., y Szekeres, S. F. (1998). A framework for cognitive rehabilitation. In M. Ylvisaker (Ed.), *Traumatic brain injury rehabilitation: Children and adolescents*, 125-158.

Zárate, S., Cardenas, F. P., Acevedo-Triana, C., Sarmiento-Bolaños, M. J., y León, L. A. (2014). Efectos del estrés sobre los procesos de plasticidad y neurogénesis: una revisión. *UniversitasPsychologica*, 13(3), 1181-1214.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., y Farley, G. k. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52 (1), 30-41.

Zurdo, M. (2013) Competencia materna percibida y actitud de soporte en la interacción madre-hijo o hija. Concepto, medición y relaciones entre sí. *Miscelánea Comillas*, 71(139), 419-444.



Anexos

Cronograma

Fase	Mayo					Junio					Julio					Agosto					Septiembre					Octubre									
	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S5					
Recolección de datos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																						
Análisis de datos																X	X	X	X	X															
Interpretación de resultados																					X	X	X	X	X										
Elaboración de reportes																										X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Datos sociodemográficos

Datos personales del padre o madre.
 Edad
 Nacionalidad
 Pueblo originario
 Sexo (marque con una X)

Mapuche_ Aymara_ Rapa Nui_ LincanAntai_ Quechua_
 Colla_Diaguita_ Kawésqar_ Yagán o Yámana_ NO_ Otro_
 1. Masculino_ 2. Femenino_ 3. Otro_ (especificar)
 4. Prefiero No responder_

Estado civil (marque con una X)	1.Casado (a)_	2.Conviviente civil_	3.Conviviente_	4.Viudo(a)_	5.Separado (a)_	6.Soltero (a)_
Nivel educacional (marque con una X)	1.Enseñanza Básica: 1.1 Completa_	2.Enseñanza Media: 1.2 Completa_ 2.2 Incompleta (Último nivel aprobado)_	3.Enseñanza superior: 1.3 Completa_ 2.3 Incompleta (Último nivel aprobado)_	Sin escolaridad_		
	2.1 Incompleta_ (Último nivel aprobado):	Tipo de enseñanza media: 1.Científico- 2. Humanista_ 3.Técnico-profesional_	Tipo de enseñanza superior: 1.Técnico de nivel 2.Superior_ 3.Pregrado_ 4.Magister_ 5.Doctorado_			
Situación laboral (marque con una X)	1.Dueña(o) de casa_ 2.Trabajador(a) dependiente_ 3.Trabajador(a) independiente_ 4.Cesante_ 5.Jubilado(a)_ 6.Pensionado(a) por invalidez_ Otro (especificar):					
Relación con el niño(a) (marque con una X)	Padre:_ Madre:_ Padrastro:_ Madrastra:_ Guardador legal:_					
Cantidad de hijo o hijas Posición que ocupa mi hijo o hija entre mis otros						

hijo o
hijas:

Datos personales
del niño
Edad

Nacionalidad

Pueblo originario Mapuche_ Aymara_ Rapa Nui_ LincanAntai_ Quechua_
Colla_ Diaguita_ Kawésqar_ Yagán o Yámana_ NO_ Otro_

Sexo (marque con una X) 1. Masculino_ 2. Femenino_ 3. Otro_ (especificar)
4. Prefiero No responder_

Nivel educacional Sala cuna (incluidos niveles
medio): _

(marque con una X) Pre kínder: _
No escolarizado_

Alimentación del niño Leche materna_
Formula láctica_
Alimentos licuados_
Alimentos Solidos_

Tipo de hipersensibilidad No alérgica_
Alérgica_
Mixta_

Alimentos alérgicos Gluten (trigo, centeno, cebada, avena, etc)
Huevos y productos del huevo

(Marque con una Cruz el o los alérgicos Pescados
Productos pesqueros o mariscos (moluscos, crustáceos,
cefalópodos, etc)

presentes en la alergia Maní
Soja y sus productos
alimentaria de su hijo o hija). Frutos secos (nueces, almendras, avellanas, etc.)
Leche y productos lácteos
Sulfito en alimentos.

Datos de la Familia

Tipo de Familia 1.Familia nuclear con ambos padres y madres y madres_
(marque con una X) 2.Familia nuclear con uno de los padres y madres y madres_
3.Familia con ambos padres y madres y madres y extendida con
más parientes_ 4.Familia con uno de los padres y madres y
madres y extendida con más parientes_

Número de integrantes de la familia:

Ingresos aproximados:

Nº total de niños y niñas, niñas o adolescentes que residen en el domicilio:

Región y comuna de residencia:

Antecedentes de	Enfermedad física o dolor crónico: 1.si_ 2.no_
salud familiar	Enfermedad psiquiátrica: 1.si_ 2.no_
actuales (marque	Discapacidad física o psíquica: 1.si_ 2.no_
con una X)	Abuso de alcohol y/o drogas: 1.si_ 2.no_

Índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija (ICVH)

A continuación, se presentan una serie de enunciados que usted deberá valorar acorde a su experiencia como padre desde el nacimiento de su hijo o hija(a) diagnosticado(a) con hipersensibilidad alimentaria de algún tipo.

1. Nada
2. Poco
3. Medianamente
4. Bastante
5. Mucho

Ítem	Nada	Poco	Medianamente	Bastante	Mucho
1. Los gastos destinados al tratamiento de mi hijo o hija (médicos, comida, útiles, etc.), han sido superiores a lo que yo pensaba.					
2. El oportuno diagnóstico de la condición médica de mi hijo o hija favoreció la adaptación de la familia.					
3. Considero que la condición médica de mi hijo o hija me ha generado, en					

- algún grado,
mayor
irritabilidad
4. He recibido apoyo de mi familia en los cambios de mi alimentación.
 5. Considero que la condición de mi hijo o hija, ha influido negativamente en la satisfacción con mi pareja.
 6. He tenido que realizar algún cambio rotundo en mi vida producto de la condición de mi hijo o hija.
 7. Me he sentido presionado(a) por alguna razón a realizar cambios que yo no quiero realizar.
 8. Creo que he podido adaptarme de buena manera a la condición de mi hijo o hija
 9. Creo que he enfrentado solo(a) la condición de mi hijo o hija.
-



Parenting Stress Index (PSI)

CLAVES DE LAS RESPUESTAS

1.Muy DA: Muy de Acuerdo	2.SI: De Acuerdo	3.NS: No estoy segura	4.NO: En Desacuerdo	5.Para Nada: Muy Desacuerdo
------------------------------------	----------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

N°	Afirmaciones	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
1	Muchas veces siento que no puedo manejar las situaciones en mi vida de buena manera.	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
2	Siento que, para poder satisfacer las necesidades de mi hijo o hija(a) estoy renunciando a muchas cosas de mi vida de las que esperaba.	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
3	Me siento atrapado por mis responsabilidades como padre/ madre	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
4	Desde que tuve a mi hijo o hija, no he podido hacer cosas nuevas o diferentes	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
5	Desde que tuve a mi hijo o hija(a), siento que casi nunca puedo hacer cosas que me gustan	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
6	Estoy descontenta con la última ropa que me compré	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
7	Hay muy pocas cosas que me molestan o desagradan de mi vida.	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
8	Tener este hijo o hija(a) me ha traído más problemas con mi pareja de los que esperaba.	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
9	Me siento solo y sin amigos	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
10	Cuando voy a una fiesta o reunión social, generalmente no espero pasarlo bien.	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
11	La gente ya no me interesa tanto como antes	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
12	No disfruto de las cosas tanto como antes	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
13	Mi hijo o hija(a) pocas veces hace cosas por mí, que me hagan sentir bien	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
14	Cuando hago cosas por mi hijo o hija(a), siento que no valoran mi esfuerzo	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada

15	Mi hijo o hija(a) me sonríe menos de lo que habría esperado o imaginado	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
16	A veces siento que no le agrado a mi hijo o hija y que no quiere estar cerca de mí.	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
17	Mi hijo o hija(a) es muy sensible y se molesta o amurra fácilmente	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
18	Mi hijo o hija(a) parece no aprender igual de rápido que el resto de los niños y niñas.	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
19	Mi hijo o hija(a) parece no sonr�er tan seguido como el resto de los niños y niñas	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
20	Mi hijo o hija no es capaz de hacer todas las cosas que yo esperaba	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
21	A mi hijo o hija(a) le toma mucho tiempo y le es difícil adaptarse a cosas nuevas	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
23	Yo esperaba tener más cercanía y afecto hacia mi hijo o hija(a) de lo que tengo, y eso me molesta	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
24	A veces mi hijo o hija(a) hace cosas que me molestan, solo por maldadoso	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
25	Mi hijo o hija(a) pareciera llorar o ma�osear más seguido que el resto de los niños y niñas.	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
26	Mi hijo o hija(a) generalmente se despierta de mal humor	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
27	Siento que me hijo o hija(a) es muy cambiante y se molesta fácilmente.	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
28	Comparado con un niño promedio, mi hijo o hija(a) tiene grandes dificultades en adaptarse a cambios en la rutina diaria o cambios en la casa.	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
29	Mi hijo o hija(a) reacciona muy intensamente cuando pasa algo que no le gusta.	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
30	Mi hijo o hija(a) no se r�e mucho cuando juega.	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
31	Establecer la rutina de dormir o de comidas de mi hijo o hija(a) fue mucho más difícil de lo que yo esperaba	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
32	Me he dado cuenta que lograr que mi hijo o hija(a) haga algo o deje de hacer algo es: (Elija una respuesta de las siguientes opciones):					
	a) Mucho más difícil de lo que esperaba.					
	b) Un poco más difícil de lo que esperaba.					
	c) Más o menos como me lo imaginaba.					

	d) Un poco más fácil de lo que yo esperaba.					
	e) Mucho más fácil de lo que yo esperaba.					
34	Hay algunas cosas que mi hijo o hija(a) hace que realmente me molestan o desagradan mucho.	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
35	La conducta de mi hijo o hija(a) es más problemática de lo que yo esperaba	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada
36	Mi hijo o hija(a) me pide más cosas y demanda más de mí que el resto de los niños y niñas	MuyDa	Si	NS	No	Para Nada

Escala Multidimensional de Percepción de apoyo social (MSPSS)

Instrucciones: Por favor, lea cada afirmación con cuidado y elija la opción que más represente como se siente acerca del enunciado.

1: casi nunca

2: a veces

3: con frecuencia

4: siempre o casi siempre



	1	2	3	4
Quando necesito algo sé que hay alguien que me puede ayudar				
Quando tengo penas o alergias, hay alguien que me puede ayudar				
Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme				
Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero				

Hay una
 persona que me
 ofrece consuelo
 cuando lo
 necesito
 Tengo la
 seguridad de
 que mis amigos
 tratan de
 ayudarme
 Puedo contar
 con amigos
 cuando tengo
 problemas
 Puedo
 conversar de
 mis problemas
 con mi familia
 Cuando tengo
 alegrías o penas
 puedo
 compartirlas
 con mis amigos
 Hay una
 persona que se
 interesa por lo
 que yo siento
 Mi familia me
 ayuda a tomar
 decisiones
 Puedo
 conversar de
 mis problemas
 con mis amigos



Parental Sense of Competence (PSOC)

Instrucciones: indique tu grado de acuerdo con cada uno de los enunciados marcando con una cruz el casillero que corresponda (Sólo uno por afirmación).

1.Totalment e de acuerdo	2.De acuerd o	3.Uno poco de	4.NI de acuerdo ni en	5.En desacuerd o	6.Totalment e en desacuerdo
--------------------------------	---------------------	---------------------	-----------------------------	------------------------	-----------------------------------

acuerd desacuerd

o

o

1.- He
aprendido
que es fácil
resolver los
problemas de
cuidar a
los/as niños y
niñas/as una
vez que sabes
cómo tus
acciones
los/as
afectan.

2.- A pesar
de que ser
madre o
padre es
gratificante,
actualmente
me siento
frustrado/a en
la etapa en
que está mi
hijo o hija/a.

3.- Me voy a
dormir de la
misma
manera en la
que me
despierto en
la mañana,
con el
sentimiento
de que no he
logrado
mucho.

4.- No sé por
qué, pero a
veces cuando
se supone
que tengo el



control, me
siento más
manipulado/a

.

5. Mis padres
y
madresmadre
s estaban
mejor
preparados
para ser
madre/padre
que yo.

6.- Yo sería
un buen
modelo a
seguir para
madres o
padres y
madres y
madres
primerizos/as
, ellos
podrían
aprender de
mi lo que
tienen que
saber para ser
buenos
padres y
madres/
madres.

7.- Ser
madre/padre
es una tarea
posible de
realizar y
resolver los
problemas de
los/as hijo o
hijas/as es
fácil.

8.- Un
problema



difícil de ser madre o padre, es no saber si se está haciendo un buen o mal trabajo.

9.- A veces siento que no consigo nada con mi hijo o hija/a.

10.- Cuento con habilidades y conocimientos para cuidar a mi hijo o hija/a.

11.- Si hay alguien que pueda encontrar la respuesta de lo que le preocupa a mi hijo o hija/a, soy yo.

12.- Mis capacidades e intereses están en otras áreas, no en ser madre o padre.

13.- Teniendo en cuenta el tiempo que llevo siendo madre o padre, me siento muy



familiarizado
/a con esta
función.

14.- Si el ser
madre o
padre de un/a
niño/a fuera
más
interesante,
estaría más
motivado/a
para hacer un
mejor trabajo
como madre
o padre.

15.-
Sinceramente
, creo tener
todas las
habilidades
necesarias
para ser un/a
buen/a madre
o padre.

16.- Ser
madre o
padre me
hace andar
tenso/a y
ansioso/a.

17.- Ser un/a
buen/a madre
o padre es
una
recompensa
en sí misma.



Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) Diener et al., 1995; Atienza, et al., 2000;

Pons et al., 2002)

Instrucciones: Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (Sólo uno por afirmación). Por favor, sea sincera con tu respuesta.

	1.Muy desacuerdo	2.En desacuerdo	3.Neutro	4.De acuerdo	5.Muy de acuerdo
1 En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2 Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3 Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4 Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considera importantes	1	2	3	4	5
5 Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5



Escala de afecto positivo y negativo (PANAS) (Adaptada en España por López-

Gómez, Hervás y Vásquez, 2015)

Instrucciones: Marque con una Cruz la opción que refleje mejor como se ha sentido en la última semana, incluyendo el día de hoy.

	1.Nada o Muy ligeramente	2.Un poco	3.Moderadamente	4.Bastante	5.Mucho
1. Interesado/a por las cosas					
2. Angustiado/a					
3. Ilusionado/a o emocionado/a					
4. Afectado/a					

5. Fuerte
 6. Culpable
 7. Asustado/a
 8. Agresivo/a
 9. Entusiasmado/a
 10. Satisfecho/a
consigo mismo/a
 11. Irritable
 12. Despierto/a
 13. Avergonzado/a
 14. Inspirado/a
 15. Nervioso/a
 16. Decidido/a
 17. Concentrado/a
 18. Agitado/a
 19. Activo/a
 20. Miedoso/a
-

Consentimiento informado (digitalizado)



Consentimiento informado

El presente estudio se desarrolla en el marco del proceso de formación en el plan de Magíster en Psicología, mención Psicología de la Salud de la Universidad de Concepción del estudiante Ps. Herman Riquelme Fernández, RUN. 17.614.372-K, para optar al grado de Magíster y su difusión de contenidos en medios académicos.

Tiene por objetivo identificar el grado de influencia de diversas variables sobre el estrés parental y bienestar subjetivo en padres y madres y madres de niños y niñas

diagnosticados y diagnosticadas con algún tipo de hipersensibilidad alimentaria (alergia alimentaria, hipersensibilidad no alérgica).

Su solicitud de participación en este estudio, surge de la necesidad de visualizar las repercusiones que el diagnóstico de hipersensibilidad alimentaria de un hijo o hija puede generar en los padres y madres y como diversas variables funcionarían como moderadoras de los efectos en los niveles de estrés parental y bienestar subjetivo.

Se busca además contribuir a la brecha de conocimiento sobre un tema escasamente estudiado en el país resaltando la importancia de contar con futuros estudios sobre como los tratamientos de los niños y niñas con esta condición médica pudiesen verse afectados por los altos niveles de estrés que enfrentan sus padres y madres.

Los instrumentos que se utilizarán para el estudio, cuyos resultados serán confidenciales y solo usados con fines académico, tendrán una duración aproximada de 30 minutos.

Acta de consentimiento informado

Acepto participar en el estudio descrito, entendiendo que este cumple las características que han sido reseñadas y sobre la base de las siguientes condiciones adicionales:

Cualquier pregunta que yo quisiera hacer con relación a mi participación en este estudio será contestada por Herman Riquelme Fernández, Rut 17.614.372-k Teléfonos:

942704609, Correo electrónico: hermanriquelme@udec.cl o

ps.hermanriquelme@gmail.com

Para cualquier duda que no me haya sido satisfactoriamente resuelta por el investigador responsable me podré dirigir a Gabriela Nazar, Presidenta del Comité de Ética y Bioética del Departamento de Psicología de la Universidad de Concepción. Teléfono: (41) 2204301.

Podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado(a) a dar razones y sin que ello me perjudique. No hay efectos negativos o riesgos identificables en esta investigación.

Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos personales permanecerán en forma confidencial.

Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada (o) u obligada (o).

Comprendo y acepto la información que se entregó anteriormente, declaro conocer los objetivos del estudio y he podido hacer preguntas sobre el mismo.

De acuerdo a lo anterior, acepto participar voluntariamente del estudio aquí señalado, por consiguiente, el dar continuidad a responder los diversos instrumentos, es muestra clara de mi aprobación y voluntad de participar de este estudio. CONTINUAR →

**Anexo índice de cambios vitales asociados al diagnóstico de hipersensibilidad
alimentaria en un hijo o hija**

Previo a este análisis, se examinó la capacidad predictiva del conjunto total original de ítems (19 ítems; dos habían sido eliminados previamente por alta frecuencia de valores perdidos). En la tabla 17 se puede observar el análisis de regresión efectuado sobre las variables independientes, usando los 19 ítems por separado. Podemos visualizar que, si bien los R^2 aparentemente son menores, el optimismo es mucho menor (máximo de .02), por lo que los valores corregidos de R^2 son mejores para predecir todas las variables, excepto para PSI-F2 por un estrecho margen.

Tabla 17. R^2 para las variables independientes usando ítems por separado

	index.orig	training	test	optimism	index.corrected	n
PANAS-F1	.3305	.4203	.2075	.2128	.1177	300
PANAS-F2	.4467	.5222	.3491	.1731	.2737	300
PSI-F1	.5687	.6253	.4933	.132	.4366	300
PSI-F2	.3356	.4255	.2212	.2043	.1313	300
PSI-F3	.2897	.3826	.1726	.2101	.07959	300
SLWSTOTAL	.3003	.3967	.1777	.219	.08129	300

1. $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

En la tabla 18 se puede apreciar el análisis de regresión efectuado sobre las variables independientes, usando los 19 ítems. Debido a estos resultados, se reduce el número de indicadores al mínimo indispensable que mejora la capacidad predictiva del modelo. Para ello, se utilizó la regresión Lasso sobre los ítems para predecir en cada variable dependiente el conjunto mínimo de variables que maximiza la capacidad predictiva. El conjunto de indicadores que resultan predictivos es: 1, 3, 6, 12, 14, 16, 17, 19 y 21, considerándose los predictores que se repiten con mayor frecuencia, como 6, 19 y 21.

Tabla 18. R² para las variables independientes, usando escala de 19 ítems

	index.orig	training	test	optimism	index.corrected	n
PANASF1	.1713	.1707	.161	.009662	.1616	300
PANASF2	.3302	.3327	.3212	.01145	.3187	300
PSIF1	.4722	.4772	.4656	.01157	.4607	300
PSIF2	.1544	.1625	.1422	.02033	.1341	300
PSIF3	.1308	.1393	.1203	.01904	.1118	300
SLWSTOTAL	.1246	.1291	.113	.01612	.1085	300

1. $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

En la tabla 19 se exponen los análisis realizados con la presencia de la totalidad de los ítems.

Tabla 19. Resultados de estimadores para regresión Lasso

	PANASF1	PANASF2	PSIF1	PSIF2	PSIF3	SLWSTOTAL
Intercept	3.852	.5741	1.551	1.498	1.466	4.581
ICVH1	0	0	0	0	0	-.08605
ICVH2	0	0	0	0	0	0
ICVH3	0	.1058	0	0	.001428	0
ICVH4	0	0	0	0	0	0
ICVH5	0	0	0	0	0	0
ICVH6	-.1935	.2399	.2645	.05407	.1507	0
ICVH9	0	0	0	0	0	0
ICVH10	0	0	0	0	0	0
ICVH11	0	0	0	0	0	0
ICVH12	0	0	0	0	.01965	0
ICVH13	0	0	0	0	0	0
ICVH14	0	.1104	0	0	0	0
ICVH15	0	0	0	0	0	0
ICVH16	0	.06786	0	0	0	0
ICVH17	0	.07563	0	0	0	0
ICVH18	0	0	0	0	0	0
ICVH19	-.09379	0	.02074	0	.08325	-.3627
ICVH20	0	0	0	0	0	0
ICVH21	0	0	.195	.06505	.03635	0

1. valores significativos > 0

Finalmente, en la tabla 20, se realizó un nuevo análisis para determinar el nivel de predicción usando la escala reducida. Los resultados muestran que los indicadores de optimismo vuelven a ser bajos, pero los valores R^2 ajustados presentan una mayor predictibilidad que los 19 ítems por separado o la escala simple sumada de estos ítems.

Tabla 20. R^2 para las variables independientes usando escala de 9 ítems

	index.orig	training	test	optimism	index.corrected	n
PANAS-F1	.1898	.1946	.1797	.01494	.1748	300
PANAS-F2	.3641	.3603	.356	.004344	.3598	300
PSI-F1	.4606	.4579	.453	.004912	.4556	300
PSI-F2	.1809	.1858	.1694	.01642	.1644	300
PSI-F3	.163	.1693	.1522	.01713	.1459	300
SLWSTOTAL	.1538	.1617	.1425	.01925	.1345	300

1. Afectos positivos (PANAS-F1) y afectos negativos (PANAS-F2)

2. Estrés parental: malestar parental (PSI-F1), interacción disfuncional padre-hijo o hija (PSI-F2), niño difícil (PSI-F3)

3. Satisfacción con la vida (SLWS)