



POLICLÍNICO CHOSICA

CONCURSO "PREMIO KAELIN"

"ACTITUDES MATERNAS COMO FACTOR DE RIESGO EN LA MALNUTRICIÓN INFANTIL

EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS"

"SIDDHARTHA"

LIMA-06 DE MAYO DEL 2013

CONTENIDO

I.- ÍNDICE

II.- INTRODUCCIÓN

III.- RESUMEN

i.- ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I

- A.- Planteamiento del problema.
- B.- Delimitación del problema.
- C.- Justificación.
- D.- Limitaciones.
- E.- Objetivos.

CAPITULO II

- A.- Fundamentación Teórica.

CAPITULO III

- A.- Hipótesis y variables.
- B.- Diagrama de variables
- C.- Definición operacional de variables.
- D.- Indicador de variables.

CAPITULO IV

- A.- Metodología de la investigación.
- B.- Tipo de investigación.
- C.- Problema y muestra.
- D.- Materiales y método.
- E.- Técnicas aplicadas en la recolección de la información, instrumentos de medición.
- F.- Resultados.
- G.-Discusión de los resultados.
- H.- Conclusiones.
- I.- Recomendaciones.
- J.-Anexos.
- K.-Bibliografía.

ii.- INTRODUCCIÓN

Según las tradiciones un niño rechoncho esta bien alimentado y por ende es “sano” mientras que un niño flaco se alimenta mal y por ende esta poco sano en la actualidad las evidencias demuestran que ninguna de las creencias es real ,los mas gordos y los mas delgados sufren de una mala nutrición y ninguno de ellos esta sano ,no solo son perjudiciales los efectos de la mala nutrición para el desarrollo individual durante los años de la niñez sino que hay también evidencias que esos efectos perjudiciales persisten en la edad adulta...La mala nutrición es específicamente grave durante los primeros años de vida, cuando se desarrollan las células cerebrales, como resultado de la mala nutrición en esta época se puede dañar permanentemente el funcionamiento cerebral. (Hurlock , E., 1988).

Coursin ,(mencionado por Hurlock ,1988) señala “la mala nutrición puede producir trastornos estructurales y metabólicos en el S.N.C, que pueden limitar sus capacidades y su desempeño. Los efectos de una mala nutrición, se presentan a nivel de la constitución corporal ,pudiendo atrofiar el crecimiento en lo que se refiere a la altura ,presentan baja energía si tiene una mala nutrición grave y prolongada tienden a ser diferentes y apáticos, a preferir juegos sedentarios , a los activos que desean los niños sanos ,esta tendencia es pronunciada en la pubertad , a nivel de la salud ,están mas propensos a las enfermedades ,también estos niños pueden presentar mayor emocionalidad que lo normal para su edad ,tienden a sentirse deprimidos irritables ,o que no se pueden confiar en ellos, son impredecibles ,a nivel intelectual si la mal nutrición se presenta en los primeros años de vida ,afectara al desarrollo de las células cerebrales y reducirá las capacidades intelectuales del niño (Hurlock , E. 1988.).

Según datos de OMS. un 30% (186 millones) de la población mundial menor de 5 años tiene retraso del crecimiento y que un 18% (115 millones) tiene bajo peso para su estatura, en la mayoría de los casos por alimentación deficiente e infecciones repetidas ; otros 43 millones tienen sobre peso . Aproximadamente un 35% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna. Son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, solo un

tercio de los niños de 6 a 23 meses alimentados con leche materna cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad. (OMS ;Julio del 2011).

El nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil referido a los lactantes y niños pequeños difundido hoy por la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona, por primera vez, datos científicos y orientación sobre la manera en que cada niño del mundo debería crecer(27 de abril de 2006 - Ginebra). Este Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS confirma que todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse , existen diferencias individuales entre los niños, pero a nivel regional y mundial la media de crecimiento de la población es similar, los niños de la India, Noruega y el Brasil registran patrones de crecimiento similares si se les proporcionan las condiciones para un crecimiento sano en la primera infancia. Este patrón demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores s genéticos o étnicos. (OMS. 27 de abril de 2006, Ginebra).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que el sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública a nivel mundial cada vez más preocupante y que afecta desde edades más tempranas ya que, según datos de 2010, ya hay alrededor de 43 millones de niños de cinco años con sobrepeso. La subnutrición, el sobrepeso y la obesidad, así como otras condiciones relacionadas con el crecimiento, podrán entonces detectarse y abordarse en una fase temprana. Según la OMS, la obesidad y el sobrepeso, asociadas a los países de ingresos altos, también se da en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos

De los 43 millones de niños con sobrepeso, más del 80 por ciento, cerca de 35 millones, viven en países en desarrollo, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones.

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta (Europa Press , 2012) . El organismo recuerda además que el sobrepeso y la obesidad son ya el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo, dado que cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad.

Así, se sabe que el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7 y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. De la población entera menores de 5 años, la prevalencia mas alta de sobrepeso en estos niños existe en America Latina y el Caribe ,4% de la población escolar. (OMS, Marzo 2011).La prevalencia de sobre peso de estos niños esta en aumento en Bolivia, Costa Rica, La Republica Dominicana, Guatemala, Haití, Perú y EE.UU.

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Pero además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológico

En el 2010, hay alrededor de 43 millones de niños de cinco años tenían sobrepeso. De los 43 millones de niños con sobrepeso, más del 80%, cerca de 35 millones, viven en países en desarrollo, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones.

En nuestro país la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) según ubicación geográfica presenta los sgtes resultados: Rural (44,7%) y Urbana (16,0%), Sierra más afectados (40,6%) y Lima menos afectados (9,1%) Huancavelica, mayor proporción de niñas y niños con DCI (56,6%).

Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en el Perú según edad y sexo: 18 a 23 meses (36,7%), 48-59 meses (26,5%), menores de 6 meses (12,6%), niñas (25,8%), niños (29,8%) .(ENDES, DIC. 2009).

De los niños que presentan desnutrición crónica, existe un 11,3% con sobrepeso y 2,2% con obesidad (Pajuelo, 2000). Los datos expuestos nos permite inferir que la malnutrición en los primeros años de vida es negativa para el desarrollo físico ,intelectual y emocional de los niños ,haciéndose vital investigaciones que nos permita no solo evaluar la parte física y nutricional del niño ,sino también evaluar a la persona que brinda estos cuidados ,en estos casos a la madre y la relación afectiva que se de en estos cuidados maternas, que actitudes maternas evidencian hacia sus hijos y con ellos que tipo de vinculo afectivo se crea, los mismos que permanecerán en el lapso del desarrollo de la vida del niño . Actitudes que se van a evidenciar en los cuidados para con el niño tanto en su desarrollo normal como en los casos de su recuperación nutricional.

Por lo tanto el presente estudio tiene como propósito realizar la evaluación de la relación madre niño a través de la escala de Actitudes Maternas de Robert Roth así como también la evaluación de las madres de los casos extremos representativos a través de test de Rorschach a fin de saber si las Actitudes Maternas pueden ser interpretadas psicoanalíticamente ,a fin de poder ser utilizada la escala de Actitudes Maternas como un tamizaje poblacional y crear programas de intervención dirigidas a la madre y mujer gestante. El enfoque psicodinámico nos brindara el fundamento de la evaluación.

La metodología corresponde a una investigación Tipo Básica (Sánchez y Reyes, 2008), a fin de conocer y entender las Actitudes Maternas de las madres de los niños con malnutrición infantil, medidas a través de la Escala de Actitudes Maternas de Roberto Roth, y la Teoría de Apego de Bowlby.

En el capítulo I se hace referencia al planteamiento del problema, delimitaciones del problema, justificación del problema, limitaciones, objetivo general, objetivos específicos.

En el capítulo II se hace mención al marco teórico de la investigación, bases teóricas, conceptos básicos.

En el capítulo III hace referencia a la hipótesis y variables, diagrama de variables, definición operacional de variables, indicadores de variables.

En el capítulo IV se hace referencia a la Metodología de la investigación ,tipo de investigación diseño de la investigación, población y muestra, materiales y método, técnicas aplicadas en la recolección de la información, instrumentos de medición , confiabilidad ,validez ,administración y procedimientos , resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, anexos y bibliografía..

iii.- RESUMEN

El presente estudio es una investigación No experimental, tipo Básica, (Sánchez y Reyes, 2008), con diseño descriptivo- correlacional con un enfoque mixto cuantitativo-cualitativo. Cuantitativo porque a través de la medición de las actitudes maternas nos permitió la comprobación de las hipótesis, estando la muestra constituida por un total de 200 madres de niños de 0 a 36 meses, 100 fueron madres de niños adecuadamente nutridos, las mismas que fueron comparadas con 100 madres de niños que presentan malnutrición (50 por exceso y 50 por defecto). En cuanto al enfoque cualitativo, se eligió a 2 madres, representativas de casos extremos de malnutrición infantil ,(exceso y déficit) a fin de conocer , comprender y analizar la relación madre- niño, que se da en la alimentación , estudio que se llevo a cabo desde el punto de vista psicoanalítico. El diseño es el estudio de casos extremos Creswell, (1998) de tipo instrumental. Se concluye :Existen diferencias estadísticamente significativas entre las Actitudes Maternas y los tipos de Malnutrición, presentes en las madres de niños menores de 3 años de edad, se detecta apego inseguro en los casos extremos representadas por madres de niños con malnutrición por déficit y por exceso ,si se puede interpretar psicoanalíticamente las Actitudes Maternas.

CAPITULO I

A.- Planteamiento del Problema

A.1.- Formulación del Problema

En nuestro país la desnutrición crónica afectó al 19,5 por ciento de niñas y niños menores de cinco años de edad, por sexo, la desnutrición crónica presentó una diferencia de 1,2 puntos porcentuales (20,1 por ciento en niños y 18,9 por ciento en niñas). En el grupo de niñas y niños menores de seis meses de edad fue 12,1 por ciento y, en los infantes de seis a ocho meses de edad este porcentaje fue 14,3 por ciento, observándose un incremento con la edad, alcanzando el más alto porcentaje en el grupo de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad (28,6 por ciento). En niñas y niños de 24 a 35 meses de edad, la proporción de desnutrición crónica fue 19,7 por ciento y, en el grupo de 36 a 47 meses de edad fue 20,9 por ciento, disminuyendo en las niñas y niños de 48 a 59 meses de edad (18,1 por ciento). (ENDES, 2011).

Desnutrición crónica según tamaño al nacer e intervalo de nacimiento

El porcentaje de desnutrición crónica entre niñas y niños que tuvieron un tamaño muy pequeño al nacer fue 41,4 por ciento, 26,4 puntos porcentuales más que aquellos que tuvieron un tamaño promedio o más grande (15,0 por ciento). La desnutrición crónica se presentó en mayor proporción en niñas y niños cuyo intervalo de nacimiento fue menor a 24 meses y de 24 a 47 meses (30,2 y 29,8 por ciento, respectivamente). Los nacimientos primogénitos y aquellos con intervalo de 48 y más meses presentaron menores porcentajes (13,1 y 15,9 por ciento, respectivamente). (ENDES, 2011)

La desnutrición crónica de niñas y niños menores de cinco años de edad cuyas madres tenían IMC entre 18,5 y 24,9 (normal) ascendió a 24,4 por ciento, de madres con IMC menor a 18,5 fue 28,4 por ciento y de aquellas con sobrepeso u obesidad (IMC mayor a 24,9) fue 15,8 por ciento.

La desnutrición crónica afectó con mayor intensidad a niñas y niños de madres sin educación (54,0 por ciento); en relación a aquellas con mayor nivel educativo: 5,4 por ciento con nivel superior y 12,9 por ciento con secundaria.

Desnutrición crónica según ámbito geográfico

Según área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (37,0 por ciento), es decir, 26,9 puntos porcentuales más que en el área urbana (10,1 por ciento). Por región

natural, el mayor porcentaje de desnutrición crónica fue en las niñas y niños de la Sierra (30,7 por ciento), seguido de la Selva (28,2 por ciento); mientras, que en Lima Metropolitana este porcentaje representó el 6,8 por ciento.

A nivel departamental, en las ENDES 2010-2011 se observó que el 54,2 por ciento de las niñas y niños de Huancavelica, fueron afectados con desnutrición crónica, 34,7 puntos porcentuales más que el promedio nacional; en tanto, que los departamentos de Tacna y Moquegua presentaron las menores proporciones (3,7 y 5,7 por ciento, respectivamente).

A nivel nacional la prevalencia de sobrepeso en niños menores de 5 años es de 6,4% (IC95%: 5,4 - 7,4); al diferenciar el sobrepeso según área de residencia urbana y rural en la cual el 8,1% (IC95%: 6,8 - 9,5) corresponde al área urbana y el 2,2% (IC95%: 1,6 - 3,0) al área rural.

Los niños menores de 1 año los más afectados con el sobrepeso presentando una prevalencia de 14,1% (IC95%: 10,6 - 18,5). Al diferenciar el sobrepeso según dominio geográfico, el dominio Costa sur con 14,9% (IC95%: 10,8 - 20,2) presenta la mayor prevalencia seguido de Lima Metropolitana y Costa centro con 10,7 (IC95%: 8,2 - 14,0) y 10,0%(IC95%: 6,5 - 14,9) respectivamente.

De acuerdo a la situación de pobreza, la prevalencia de sobrepeso es mayor en la población no pobre llegando a 8,5% (IC95%: 7,1 - 10,2), en la población pobre el sobrepeso es de 4,5% (IC95%: 3,2 - 6,3) y en los pobres extremos de 1,7% (IC95%: 1,0 - 2,8), lo que significa que a mejor situación económica mayor prevalencia de sobrepeso llegando casi a 1 niño por cada 10 con presencia de sobrepeso en la población no pobre. (CENAN-INEI 2011).

En un estudio retrospectivo en el consultorio de Psicología de la Clínica Chosica- Essalud, se encontró que de 460 niños menores de 5 años, que fueron derivados por el médico pediatría y el nutricionista por no recuperarse adecuadamente del cuadro de malnutrición que presentaban. Al análisis de los diagnósticos nutricionales, de estos 460 niños, se detecta que el 39.4% (181) tienen diagnóstico de malnutrición, frente a un 60.66% con diagnóstico de normal. Dentro del 39.4%(181) de mal nutridos, el 24.6% (113) presentan malnutrición por déficit y el 14.8% (68) presentan malnutrición por exceso. Del grupo de los malnutridos por déficit 113, se tiene que el 46.1% (52) son niños menores de 8 meses de edad, el 53.9% (61) mayores de 8 meses de edad. Del grupo de los

mal nutridos por exceso 68, se tiene que el 83.5% (56) son menores de 8 meses de edad y el 17.6% mayores de 8 meses de edad.

Al análisis de estos datos podemos ver que existe un alto porcentaje de niños malnutridos menores de 8 meses de edad, edades donde el factor económico, no es un factor determinante, donde la lactancia si es básica, ¿pero quien es la persona encargada de esta alimentación? generalmente la madre, pero que sucede con esta madre que aun teniendo los recursos económicos necesarios para alimentar saludablemente a su hijo no lo hace, que le impide a esta madre ,llevar a cabo una adecuada atención. Como observación clínica de madres de niños malnutridos por déficit , se observaba irritabilidad para con sus niños específicamente frente a sus demandas o al llanto del bebe, madres cuyo embarazo no había sido planificado y evidenciaban baja tolerancia para con sus bebés , no demostraban una adecuada comunicación afectiva, privando al bebe de caricias, gestos o palabras afectuosas o intolerancia frente al llanto moviéndolos fuertemente o diciéndoles cállate , jalándolos de la ropa. Las madres de los bebés o niños obesos, frente a las demandas o llanto de su niño, inmediatamente recurrían a darles de lactar u ofrecerles una galleta, refresco ,un pan o comprarles algo al salir, sin tomar en cuenta si su llanto o demanda era motivado por otras causales y no hambre necesariamente. Actitudes de las madres que no respondían adecuadamente a las necesidades de sus hijos, evidenciando la existencia de un factor intrínseco propio en cada una ellas, que limitaba una adecuada relación afectiva. Sumándose a lo manifestado en mi experiencia como evaluadora del Desarrollo Psicomotor de niños menores de 3 años en la región del Trapecio Andino (Ayacucho ,Huancavelica ,Apurímac)pude observar a madres que pertenecían a programas de ayuda alimentaria para sus hijos desnutridos y que tenían las mismas características sociodemográficas ,sus actitudes eran diferentes unas recuperaban a sus hijos por que cumplían con lo que les indicaban y las otras los alimentos le daban sus animales hechos que marcaron mi inquietud respecto a investigar el tipo de vinculo que se da entre madre y su hijo malnutrido ,a fin de crear programas de intervención temprana y recuperativa ,donde la madre aprenda a desarrollar un vinculo afectivo seguro con su hijo en miras de un desarrollo físico, intelectual y emocional adecuado del niño .

A.2.- Problema principal.

Por lo anteriormente expuesto la presente investigación plantea las siguientes preguntas:

¿Qué Actitudes maternas son un factor de riesgo en la malnutrición infantil en niños menores de 3 años de edad?

A.3.- Problemas específicos:

¿Que características tienen las actitudes maternas de las madres de los niños malnutridos por déficit y por exceso, de 0 a 36 meses de edad?

¿Es posible la interpretación psicoanalítica de las actitudes maternas de las madres de niños con malnutrición por déficit y por exceso?

B.- Delimitación de la investigación

La presente investigación fue realizada en la Clínica Chosica Essalud, durante el año 2011 a 2012, donde participaron 200 madres de niños menores de 3 años ,100 madres de niños cuyo diagnostico nutricional fue normal, frente a 50 madres de niños que presentaron malnutrición por déficit y 50 madres de niños cuyo diagnostico fue malnutrición por exceso, madres a quienes se les aplicó dos encuestas: una que recogió datos sociodemográficos y otra sobre hábitos alimentarios así mismo a las 200 madres se les aplico la Escala de Actitudes Maternas de Roberth Roth, teniendo como variables de estudio las actitudes maternas y malnutrición infantil.

C.- JUSTIFICACIÓN

La resistencia a las infecciones es menor en los niños mal nutridos, tienen mayor propensión a morir por causa de enfermedades infantiles comunes, tales como las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias. La frecuencia de las enfermedades ocasiona que los que

sobreviven tiendan a seguir malnutridos y sujetos al círculo vicioso de enfermedad recurrente y la perturbación del crecimiento. (UNICEF 2001).

En América Latina el problema más importante lo constituye la desnutrición crónica, que puede relacionarse a múltiples episodios de desnutrición aguda sobre todo si se asocian a problemas infecciosos recurrentes más que a un déficit extremo de los alimentos manifestándose en un 24% de la población infantil (O'Donneel, 1994), mientras que la desnutrición aguda es del 2.3% (Andersen, 1993).

En nuestro país, la desnutrición crónica en promedio afecta al 19.55% de los niños y niñas menores de 5 años. (INEI 2011) Afectando en el área rural al 37% frente al área urbana 10.1%. (ENDES, 2011)

Una adecuada nutrición, en las diferentes fases del ciclo de vida, principalmente durante los periodos de gestación, lactancia y primeros años de vida posibilitan el óptimo desarrollo de las potencialidades del individuo, indispensables para el mejoramiento de la productividad, crecimiento económico y desarrollo social sostenido (Gerald y Friedman, 2001). Por el contrario, la desnutrición crónica retarda el crecimiento, deteriora el desarrollo cognitivo de los niños y reduce la productividad económica de los adultos, incrementando las posibilidades de males crónicos, como la diabetes, hipertensión, problemas cardiovasculares, cáncer, etc. (Casanueva et al. 2001, Hahn, 2000; Pollit, 2002).

Investigaciones realizadas demuestran que de 0 a 4 años de edad es crucial en relación al desarrollo de la inteligencia, llegándose a afirmar que el 50% de este desarrollo cognoscitivo ocurre desde la concepción hasta la edad de 4 años y que solo un 17% ocurre entre los 4 y 6 años (Anastasi y Bloom, 1964) citado por Majluf (1993).

Desde la gestación y en los tres primeros años de vida, la desnutrición crónica y la anemia afectan de manera irreversible la capacidad física, intelectual, emocional y social de los niños y generan un mayor riesgo de enfermar por infecciones (diarreica y respiratoria) y de morir. Este deterioro reduce la capacidad de aprendizaje en la etapa escolar y limita las posibilidades de acceder a otros niveles de educación. A largo plazo se convierte en un adulto con limitadas capacidades físicas e intelectuales para insertarse en la vida laboral (Prisma- 2000).

La desnutrición aguda o adelgazamiento, dependiendo de su nivel de gravedad puede llevar a un mayor riesgo de enfermedades infecciosas y mortalidad. El riesgo de mortalidad del desnutrido agudo severo es de 6.8 veces mayor que el de los niños normales (Schoeder, 1994; Reinoso, 1994) en consecuencia, es probable que la DNA esté siendo en gran parte determinada por eventos más difíciles de medir en encuestas y estudios poblacionales, tales como el estatus de salud basal del niño, la frecuencia, duración e intensidad de los eventos mórbidos, y aspectos comportamentales ligados a características maternas específicas o al efecto de soporte de las redes sociales (Hurtado, 1998).

La desnutrición crónica o retardo en el crecimiento afecta al 60% de la población infantil en nuestro país, se ha demostrado que puede alterar principalmente la aptitud, atención, motivación y reacción ante las oportunidades, (Mayers, 1993). Las consecuencias del desnutrido crónico, incluyen las alteraciones cognitivas, una menor masa muscular y una menor capacidad física en la edad adulta (Chandra, 1979; Sepúlveda 1988; O'Donnell, 1994).

La prevalencia de la obesidad en los países desarrollados se ha triplicado en los últimos 15 años. Considerando las causas desencadenantes de obesidad, los síndromes genético y/o endocrinológicos representan el 1% de la obesidad infantil, correspondiendo al 99% es de etiología multifactorial, donde la libre disponibilidad de alimentos, los cambios en los hábitos alimentarios es una de las causas.

La obesidad se ha convertido en un problema de salud primario de la niñez, por los efectos perjudiciales, tanto sociales como clínicos, que origina. Se considera entre otros la hipertensión arterial e hiperlipidemias, problemas ortopédicos relacionados con el peso (pie plano y escoliosis), desórdenes de piel, complicaciones psicológicas (inestabilidad emocional, conducta introvertida, autoestima baja) y hasta secuelas psiquiátricas potenciales, que ocasionan que los niños obesos constituyan una población de riesgo.

Esta problemática conlleva a la mayor probabilidad de aparición de una serie de complicaciones en la adultez, como son las enfermedades crónicas no transmisibles, que incrementarán los riesgos de morbi mortalidad, tanto a nivel nacional como mundial. Se estima que, un tercio de los adultos con sobrepeso ya lo presentaba durante la niñez; y existen estudios que aseguran que la obesidad en estos

casos es más severa que la que aparece en la edad adulta. Estas evidencias científicas son por sí solas razones de peso para combatir la obesidad desde la infancia. En Latinoamérica, el sobrepeso y la obesidad son de alguna manera subestimados, por ser considerados problemas propios de los países desarrollados y menos relevantes, ante los problemas de desnutrición existentes vinculados al deterioro Socioeconómico de la población.

Siendo el estado nutricional el resultado interrelacionado de una serie de determinantes (Valiente et al., 1988; Gibson, 1990; Gross et al 1999; Oenema, 2001; Gerald y Friedman, 2001), es importante determinar las relaciones existentes entre ellos; tal es el caso del nivel educativo de la madre de familia, quien se encarga, entre otras cosas, del cuidado alimentario y de salud de los hijos.

La (OPS, 1993) considero 3 factores influyentes en el estado nutricional de los niños: alimentación, salud y cuidados, siendo primordial y crucial los cuidados brindados en el primer semestre de vida OPS. (1995) en un estudio sobre la "Malnutrición en el Perú y sus Determinantes", concluyen que dentro de la contribución de los factores determinantes para la reducción de la malnutrición infantil la educación de la madre constituye un 43%.

GRADE (2002) en un estudio acerca de la Magnitud de la Iniquidad en Salud en el Perú, concluyo que dentro de los factores que explican la desnutrición crónica se encuentra las características de la madre en un 46%. (Department of Child and Adolescent Health and Development, 2004.)

Estudios realizados por la Asociación Benéfica Prisma (1992-1996) sobre los determinantes de la desnutrición aguda y crónica en niños menores de 3 años, dentro de una de sus conclusiones consideran importante evaluar el "vinculo madre-niño".

La OPS. en el año 1993 establece tres factores fundamentales en el estado nutricional de los niños: alimentos, salud y cuidados las características que se relaciona a un mejor cuidado infantil.

Incluyendo el número de hijos, edad materna y acceso a medios de comunicación, presentaron un comportamiento semejante, siendo crucial en el primer semestre de vida, etapa de vida en que la madre es factor fundamental

Científicos de la Universidad Ryerson de Canadá han realizado un estudio con bebés para establecer la relación entre los lazos madre-hijo y la salud mental en la edad adulta. La investigación ha revelado que la ausencia o la debilidad del vínculo esencial que se establece entre madres e hijos en los primeros meses de vida de éstos estaría relacionada con la ansiedad, la depresión, la agresividad y la hostilidad en otras épocas de la vida. Por otro lado, la calidad del vínculo madre-hijo también afecta al llamado Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (Eje HHA), un sistema que regula las reacciones ante situaciones de estrés, incluida la segregación de cortisona (hormona del estrés). Según los investigadores, definitivamente el afecto del que disfruten los bebés jugará un papel clave en la salud mental que éstos tengan de adultos porque las primeras experiencias también afectan al desarrollo del cerebro. (2009).

Acorde a estudios realizados por el Dr. Rolf Sprengel publica "Cuidado Materno influye en la química del cerebro en la edad adulta", estudio en ratones realizado en Rolf Sprengel del Instituto Max Planck para la investigación Médica y sus colegas en Italia han demostrado que el efecto de NPY depende de cuanto cuidado y la atención de los animales jóvenes con experiencia en las tres primeras semanas de vida establecen que:

El efecto de la sustancia mensajera neuroléptico Y depende del comportamiento de la madre. Neuro péptido Y (NPY) es la hormona péptidos mas abundante del Sistema Nervioso Central. Esta involucrado en varios procesos, incluyendo el manejo del estrés, el desarrollo de la conducta de ansiedad y la regulación del peso corporal. Un grupo de investigación incluye a científicos del Instituto Max Planck para investigación Medica de Heidelberg ha demostrado que el uso de ratones de cuidados intensivos durante la lactancia materna. Promueve el efecto de NPY en el cerebro. Como

resultado de la recepción de estos estudios, los animales fueron también menos ansiosos en la edad adulta y pesaba más que los que habían recibido menos afecto.

El grupo de investigación fue capaz de demostrar que el efecto se explica por la atención materna que estimuló la formación persistente de ciertos receptores de NEY en el cerebro anterior

Neuropeptido Y (NPY) asume varias funciones clave en los circuitos del cerebro de control complejo. La sustancia mensajera no solo influye en el peso corporal sino que también controla, entre otras cosas, el desarrollo de las respuestas de ansiedad y estrés. Por lo tanto NPY desempeña un papel importante en una serie de enfermedades mentales como los trastornos de estrés postraumático y los trastornos de ansiedad. NPY tiene efecto en el cerebro mediante la unión a diferentes sitios de ataque en las neuronas-los receptores de NPY. De esta manera, la hormona desencadena cascadas de señales que controlan las funciones físicas diferentes.

Los ratones que habían recibido poca atención de sus madres eran adultos más ansiosos que sus contrapartes que hayan recibido una atención intensiva en sus primeras semanas de vida. También se mantuvo delgado durante toda su vida. Como descubrieron los investigadores, el comportamiento materno influyó en la formación de NPY1 receptores en el sistema límbico - el área del cerebro responsable del procesamiento de las emociones. "Hemos sido capaces de demostrar que la expresión del receptor de NPY1 en el sistema límbico de los animales jóvenes se incrementa en la atención materna bien", explica Rolf Sprengel. "Esto asegura un desarrollo saludable en el largo plazo." Los efectos positivos de la atención materna y la atención se evidencia por el hecho de que los animales jóvenes aumentaron de peso más rápido y mostraron mayor valor en los experimentos de comportamiento que los adultos que los roedores que habían experimentado un poco de calor y de seguridad después del nacimiento.

Resultados de los neurocientíficos nos ayudan a llegar a una mejor comprensión de cómo la experiencia en la vida temprana de un organismo puede afectar en su vida posterior. "Los resultados del estudio muestran cómo la atención materna y la atención tienen un impacto sostenido en la química del sistema límbico", dice Rolf Sprengel. El comportamiento de la madre puede influir en las emociones y la

constitución física en la edad adulta .Estudios hechos no en humanos pero dejan ,abierta la pregunta cuan importante puede ser el cuidado materno en sus hijos.

Se considera importante evaluar el vínculo madre-niño a fin de conocer si tiene o no influencia en el estado nutricional de los niños. Dado que en nuestro país no se ha realizado estudios específicamente sobre la relación madre-niño y los efectos de esta en la nutrición infantil, considere importante realizar el presente estudio el mismo que nos permitirá conocer las actitudes maternas que actúan en forma favorable o desfavorablemente en la nutrición infantil, y así poder crear y proponer programas de intervención temprana a un nivel micro y macro, dirigidos a madres gestantes a, madres de neonatos y en las escuelas a fin de promover una adecuada relación madre-niño, en miras de garantizar un adecuado desarrollo integral de los niños y prevenir efectos de la malnutrición .

D.- LIMITACIONES

Dentro de la mayor limitación de la investigación, es el tipo de muestreo, al ser una muestra no probabilística, en la modalidad de muestreo intencionado, no permite la generalización de los resultados.

E.- OBJETIVOS

E.1.- Objetivo Principal

Describir y analizar las actitudes maternas de las madres de los niños con malnutrición por déficit y por exceso.

Interpretar desde la teoría psicoanalítica la interacción madre-niño de los que tiene malnutrición por déficit.

Interpretar desde la teoría psicoanalítica la interacción madre -niño, de los que tiene malnutrición por exceso.

E.2.- Objetivos específicos

Identificar qué tipo de actitudes maternas predominan en las madres de niños malnutridos por déficit.

Identificar qué tipo de actitudes maternas predominan en las madres de niños malnutridos por exceso.

Comparar las actitudes maternas de las madres de niños malnutridos por déficit y niños con nutrición saludable.

Comparar las actitudes maternas de las madres de niños malnutridos por exceso y niños con nutrición saludable.

Detectar un caso extremo de malnutrición por déficit para su estudio e interpretación psicoanalítica desde la teoría de las relaciones objetales.

Detectar un caso extremo de malnutrición por exceso para su estudio e interpretación psicoanalítica desde la teoría de las relaciones objetales.

CAPITULO II.

A.- FUNDAMENTO TEÓRICO

A.1.- Actitudes

Actitudes Maternas según Roberth Roth (1965) principal representante del tema, nos dice que "la madre se relaciona con el hijo en la medida que se presenta una Psicodinamica en la que interviene la actitud de la madre, personalidad de la madre".

Hurlock (1989) considera que en la relación madre hijo, lo que interesa saber y tener en cuenta es el " tipo y la intimidad de la relación. Señala que en esta relación se pueden hallar dos tipos y las define como: una relación anómala y una relación insuficiente. La primera se da cuando el niño no es aceptado como un ser independiente con derechos propios sino como un medio para satisfacer las necesidades de la madre o en general de los padres; en el segundo tipo la madre o los padres no satisfacen completamente al niño o no brindan el afecto necesario.

Hurlock (1990) nos refiere que la actitud que la madre presenta hacia su hijo es positiva o negativa, depende básicamente de la personalidad de esta, lo cual producirá en el futuro una persona adaptada a su medio o desadaptada.

Según (Roth, 1965), corroborado por Hurlock, E. (1969), señalan que las actitudes típicas de las madres podrán agruparse como siguen: actitud materna de aceptación, de sobreprotección, de sobriindulgencia y de rechazo.

Psicodinamica de las actitudes maternas según Roberth Roth

A.1.1.- ACTITUD DE ACEPTACIÓN

Es una expresión de una adecuada relación Madre – Hijo en términos de sinceridad en la expresión de afecto, interés en los gustos del niño, en sus actividades, en su desarrollo y la percepción del niño como de un buen niño. La madre expresa su aceptación al niño en términos.

- *Una adecuada identificación con el niño y respuestas emocionales sinceras del niño.*

- *Sinceridad y sentido común relativo al niño.*
- *Relación Madre- Niño es de amor y de afecto.*
- *Existe un orden y rutina en la vida diaria del niño.*
- *La madre presenta un interés sincero en el desarrollo del niño.*
- *Demuestra interés en gustos y actividades del niño.*
- *Presenta consistencia en la disciplina.*
- *Provee contactos sociales fuera de casa para el niño.*
- *Realiza demandas razonables al niño.*
- *La madre tiene un concepto adecuado del niño.*

RESPUESTA DEL NIÑO A LA ACTITUD DE ACEPTACIÓN DE LA MADRE

- *El niño responde y desarrolla positivamente a la socialización.*
- *Desarrolla adecuados sentimientos de amistad.*
- *El niño desarrolla entusiasmo e interés por su alrededor.*
- *Sus sentimientos se vuelven consistentes con su comportamiento.*

FACTORES DINÁMICOS ASOCIADOS CON PADRES CUANDO LA ACEPTACIÓN ES EL MECANISMO OPERACIONAL

FACTORES INMEDIATOS

- *Matrimonio estable*
- *Falta de incidentes relativos al embarazo del niño.*
- *Naturalidad y placer en la aceptación del niño.*

FACTORES INCONSCIENTES

- *Los padres tuvieron una niñez emocionalmente segura.*
- *Conflictos Edípicos resueltos.*
- *Sentimientos de culpa y de ansiedad bajos.*
- *No evidencian comportamientos narcisistas.*

- *Super Yo fuerte pero no impositivo.*
- *Identificación de los padres con sus respectivos padres.*
- *Aceptación de roles sexuales apropiados.*
- *Metas realistas de los padres.*

A.1.2.- ACTITUD DE SOBREINDULGENCIA

La madre evidencia excesiva gratificación, falta de control, exagerados cuidados y contactos excesivos. La madre pasa excesivo tiempo con el niño, brindándole más tiempo de lo que debe al niño. Cede a todas las demandas del niño. Defiende constantemente al niño del ataque de otros.

Respuesta el niño a la sobreindulgencia.

- *El niño desarrolla sentimiento de culpa.*
- *Desarrolla comportamiento sexual precoz.*
- *Desarrolla dificultades alimenticias.*
- *Presenta baja tolerancia a la frustración.*
- *El niño se torna grosero, descortés o mal educado*
- *El niño presenta inquietud desasosiego.*
- *No tolera actividades rutinarias.*
- *Se torna un niño egoísta mimado buscando afecto también agresivo, productivo y relativamente capaz.*

FACTORES DINÁMICOS ASOCIADOS CON LOS PADRES CUANDO LA SOBREINDULGENCIA ES EL MECANISMO OPERACIONAL.

FACTORES INMEDIATOS

Variables superficiales presentan una tendencia a ser estímulo de sentimientos escondidos, tales como tener conciencia de un matrimonio sin éxito, una vida sexual insatisfecha, siendo una esposa solitaria o ignorada, estar consciente de sentimientos negativo de familiares cercanos.

FACTORES INCONSCIENTES

- *Formación reactiva de odio.*
- *Compensación por una deprivación de amor de los padres.*

A.1.3.- ACTITUDES DE RECHAZO

Es la negación del amor y una expresión de odio hacia un niño en término de negligencia, tosquedad, severidd, brutalidad y estrictez, siendo expresado en términos de:

- *Negación del niño.- expresado en la discontinuidad de la alimentación de pecho.*
- *Negligencia dirigida al niño.- manifestado por una completa desaprobación o repudio hasta medio mas sutiles como olvidarse a veces de darle de comer o dejando al niño a sus propios recursos.*
- *Separación del niño de sus padres, poniéndolos en una institución o separándolo como medio de castigo.*
- *Castigarlo, gritarle, golpearlo a la menor provocación.*
- *Amenazas constantes.*
- *Constantes humillaciones poniéndole sobrenombres, comparándolo con sus pares.*
- *No deseado al nacer.*

A.1.3.- RESPUESTAS AL RECHAZO

- *Retardo en el desarrollo intelectual, en su desarrollo psicomotor.*
- *Intentos de ganar atención a través de lloriqueos, quejándose, hiperactividad, buscando elogios o castigos, pataletas, enfermedades constantes.*
- *El niño se torna temeroso, compulsivo, perfeccionista, introversión, fugas, represión y menosprecio de si mismo.*
- *Por sus constantes intentos de ganar afecto a través de conductas inadecuadas, limitando la exploración manipulación y dominio del medio ambiente.*
- *Desarrollan reacciones psicopatitas, rompen reglas, no respetan normas, ausencia de sentimientos de culpa e inestabilidad emocional.*

- *El niño esta obstaculizado en la habilidad de sublimación., esta tan ocupado de ganar afecto, que no puede desarrollar el interés por el mundo externo.*

FACTORES DINÁMICOS ASOCIADOS CON LOS PADRES CUANDO EL RECHAZO ES EL MECANISMO OPERACIONAL.

FACTORES INMEDIATOS

VARIABLES SUPERFICIALES

El niño es una carga económica, el niño interfiere con las actividades de los padres, la madre asocia su salud enfermiza en su embarazo, el niño falla en satisfacer las expectativas de sus padres hacia el.

FACTORES INCONCIENTES

- *La madre expresa comportamientos narcisista o infantil.*
- *Proyección de los sentimientos de los padres hacia la madre.*
- *Desplazamientos de los sentimientos de uno de los padres hacia otra persona.*
- *Desplazamiento de la hostilidad hacia otro familiar (hermano, hermana).*
- *Complejo de Edipo no resuelto, expresado en la creencia de que el niño representa un rompimiento en la relación madre –niño, el padre tiende a tomar el rol de la madre y la madre y el niño se vuelven alienados.*
- *Un padre utiliza al niño para hacer daño al otro.*

A.1.4.- ACTITUD DE SOBREPOTECCIÓN

- *Es una expresión de ansiedad prenatal en términos de prolongación de cuidados infantiles, impedimento del desarrollo de un comportamiento independiente y un exceso de control siendo expresada en términos de :*
- *Temor que el niño no sea aceptado por sus compañeros.*
- *Mantienen un severo plan de salud.*
- *Ayuda constante en sus tareas.*

- *Temor de enfermedad mental.*
- *Temor de desatención, excesiva preocupación por que su niño logre lo esperado para su edad.*
- *Preocupación excesiva por la salud del niño.*

RESPUESTA DEL NIÑO A LA SOBREPOTECCIÓN

- *El niño se vuelve aislado.*
- *El niño se torna indiferente, descuidado.*
- *Se torna sumiso y dócil.*
- *Sentimientos limitados de responsabilidad.*
- *Fracaso en aprender y hacer cosas por el mismo.*
- *Desarrolla sentimientos de inseguridad, ansiedad, timidez y aprensión psíquica.*
- *Uso del lenguaje adulto.*
- *Incapacidad para tomar la iniciativa, dependiente y con necesidad de que otros le digan que hacer*

FACTORES DINÁMICOS ASOCIADOS CON LOS PADRES CUANDO LA SOBREPOTECCIÓN ES EL MECANISMO OPERACIONAL

FACTORES INMEDIATOS

VARIABLES SUPERFICIALES.- *Anhelos maternos de la madre no gratificados por un largo tiempo, dificultad en el embarazo, inferioridad mental, un hijo único o un hijo adoptado.*

FACTORES INCONSCIENTES

- *La ansiedad se vuelve defensa de sentimientos hostiles*
- *Ansiedad como resultado de culpa por rechazo a otro*
- *Identificación como objeto de amor perdido.*
- *Preocupación por la salud.*

A.2.- TEORÍAS PSICODINAMICAS RESPECTO A LA RELACIÓN MADRE –NIÑO.

La relación madre-hijo según John Bowlby

John Bowlby que en su trabajo en instituciones con niños privados de la figura materna le condujo a formular la Teoría del apego. El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo) enfatiza la necesidad de una relación afectiva especial entre el niño y su madre o cuidador principal para un desarrollo sano, desde la que explora el mundo.

Bowlby considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante con la madre, en la que ambos se encuentren en satisfacción y goce ,apoyándose en los estudios etológicos realizados en monos por Harry Harlow, y en base a sus propias experiencias, Bowlby sostiene que las situaciones tales como la angustia, la fatiga, la percepción de amenaza en el entorno o la ausencia de movimiento en la figura de apego, pueden activar el vínculo; la ansiedad del niño movilizaría los indicadores de señal (como por ejemplo el llanto), los cuales a su vez provocarían una respuesta reconfortante por parte de la figura de apego.

La idea de que el vínculo proporciona seguridad y disminuye la ansiedad, fue confirmada posteriormente por Mary Ainsworth, quien a través de su protocolo de investigación sobre la situación extraña (Ainsworth, Blehar, Waters y Walls, 1978), clasificó el vínculo según fuese seguro o inseguro; en el primer caso, el cuidador principal proporciona confianza y seguridad, y sirve de base para que el niño juegue y explore el entorno.

Harry Harlow (1905-1981), famoso por sus estudios relacionados con la crianza y la privación afectiva realizados con macacos en la década de los años 60 confirma la llamada “teoría de la madre suave” o de la madre subrogada, una investigación basada en el comportamiento de las crías de monos rhesus.

La investigación consistió en separar a las crías de mono de su madre biológica y sustituirla por dos madres artificiales: una fabricada con una red metálica provista de un biberón y la otra confeccionada en felpa y sin alimento. Solamente cuando sentían hambre iban a saciar su necesidad con el alimento que les proporcionaba la mona de metal, pero todo el resto del tiempo permanecían junto al calor y la suave textura que les proporcionada la mamá de felpa, les servía de protección, ya que se acercaban a ella para cobijarse cuando algo les asustaba. No se acercaban a la madre que les proporcionaba comida, sino a aquella que les proporcionaba seguridad.

Cuando las crías eran trasladadas a un nuevo hábitat se aferraban a la madre de felpa hasta que se sentían seguros de salir a explorar por sus propios medios, volviendo siempre a la madre “suave” para buscar reparo. En cambio, cuando las crías eran trasladadas a un nuevo hábitat sin su madre actuaban muy diferente: comenzaban a gritar, a llorar, se chupaban el dedo y buscaban a su “objeto suave” por todas partes. Cuando se reunían nuevamente con su madre se aferraban a ella sin atreverse a dejarla, lo cual revela que la necesidad de protección está por encima de la necesidad de explorar.

Otro aspecto interesante del estudio fue que tanto las crías de la mamá de alambre como las de la mamá de felpa ganaban peso al mismo ritmo pero con una diferencia, que las primeras tenían diarrea más frecuentemente. Harlow lo interpretó como que no tener contacto con la madre les significaba a los bebés un estrés añadido que repercutía en su digestión.

¿Qué nos dice este estudio? que la necesidad de contacto es instintiva y básica en los bebés. Luego, que la necesidad de afecto, protección y seguridad que proporciona una madre es superior a la necesidad de alimento. El alimento es importante y necesario, pero no lo es más que el afecto. Nos revela sobre todo la importancia esencial del apego materno durante los primeros años de vida para criar hijos seguros de sí mismos, sanos e independientes.

Pero como criamos a nuestros hijos. ¿Satisfacemos sus necesidades de afecto? ¿Les brindamos la contención suficiente para que sean capaces de explorar el mundo con seguridad? ¿Estamos allí cuando lloran, cuando nos necesitan, cuando buscan la seguridad de unos brazos para calmar su hambre, o sus necesidades de calor de abrigo o ternura? ¿Intentamos establecer esos lazos afectuosos tan importantes para su desarrollo físico y emocional de nuestros niños?

Bowlby considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad ya relación constante con la madre, en la que ambos se encuentren satisfacción y goce.

La relación del niño con su madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia. Es la madre quien lo alimenta y lo asea, la que le abriga y le presta las atenciones que constituyen la respuesta frente a sus primeras necesidades de bienestar. El padre aporta la determinación de la estabilidad emotiva de la madre y la ayuda a mantenerse en el estado de euforia que constituye el mejor clima moral para el desarrollo del niño.

Para Bowlby, la ausencia de esa relación materno-filial se llama privación materna, término amplio que comprende varias situaciones.

Se considera que un niño sufre esta privación cuando vive en el mismo hogar de su madre y ésta es incapaz de proporcionarle el cuidado amoroso que necesita o cuando por cualquier motivo se separa de su madre, como sucede en algunos casos de adopción si la madre sustituta es inadecuada. Los efectos contraproducentes de esta privación varían en intensidad y conducen a la movilización de emociones e impulsos en la organización mental del menor inmaduro fisiológica y psicológicamente.

La perturbación en la organización psíquica resultante de esos estados genera una variedad de reacciones frecuentemente repetidas y acumuladas, que se traducen en la aparición de síntomas neuróticos y de inestabilidad. Bowlby señala la existencia de otros problemas que pueden surgir: la actitud inconsciente de rechazo oculta bajo la apariencia de otra de afecto, la excesiva exigencia de cariño y de confianza requerido por el padre o la madre la satisfacción inconsciente y sustitutiva obtenida por uno de los padres como consecuencia de la conducta del niño, a pesar de condenarla. Bowlby establece un comportamiento instintivo que evoluciona durante el ciclo vital y no se hereda, destinado a la conservación del individuo. Lo que se hereda es el código genético que permite desarrollar sistemas de comportamiento o estrategias.

El concepto de vinculación, consiste en la capacidad de la madre para reconocer la existencia de necesidades primarias de su bebé y que ocurre en la interacción madre-hijo. El vínculo cumple una doble función: una función de protección que es la seguridad proporcionada por el adulto capaz de

defender al niño, y una función de socialización positiva que le permite al niño tener la certeza de reemprender el contacto con su madre si lo desea y en el momento que lo desee, y llegar a ser capaz de explorar su entorno.

Debe establecerse una auténtica concordancia entre las demandas reales del niño y la capacidad de la madre para responder a esas demandas. De este modo, se va incrementando la seguridad con la edad, aunque, ante una amenaza de pérdida se crea la angustia y ante una pérdida real aparece la aflicción e, incluso, la depresión.

Para Bowlby, esta angustia vinculada al miedo a la pérdida forma parte del desarrollo normal y sano de cada individuo. Sin embargo, el autor señala situaciones en las que se presenta lo que él llama "vinculación angustiante". es el caso de una madre presente físicamente pero insensible a las necesidades de su hijo; una madre ausente, a veces de manera temporal, con duración soportable acorde con la edad, y a veces definitiva como ocurre en el duelo o en las situaciones en las que la madre amenaza con el rechazo, el abandono y la deserción de la familia.

El resultado de este tipo de vinculaciones angustiantes es un niño que construye un modelo de Vínculo inaccesible, inseguro, en el que crece la angustia y la cólera. Cuando esto es muy acentuado puede "hipotecar" el establecimiento de su autonomía y sus capacidades de adaptación social. Cualquier falla en este diálogo precoz de las primeras relaciones tiene un impacto decisivo en el desarrollo de la personalidad e implica alteraciones psicopatológicas.

A.2.1.- OTRAS TEORÍAS PSICODINAMICAS RESPECTO A LA RELACIÓN MADRE NIÑO

La relación madre-hijo según Donald W. Winnicott, (Winnicott, 1957), en su enfoque inicial de la diada madre-hijo distingue tres roles en la función materna:

- a.- sostén y crianza ("holding"),*
- b.- manipulaciones corporales ("handling")*
- c.- presentación del objeto ("object-presenting").*

Según la teoría de Winnicott, el yo verdadero se desarrolla en el contexto de un medio que contiene, proporcionado por una madre suficientemente buena, es decir por aquella madre que

proporciona al niño el apoyo y confort que éste necesita en el momento preciso, ni demasiado tarde ni demasiado pronto. Sin embargo, cuando se produce una intrusión brutal en el espacio del niño, según este autor, puede surgir un yo falso (en el que se protege el yo verdadero) que se adapta a las necesidades y demandas maternas. En este concepto de yo falso como construcción defensiva, subyace una vez más la borrosa frontera entre lo normal y lo patológico.

Winnicott (1993) nos dice”: la función del cuidado materno es la de ser sostén que incluye específicamente sostener físicamente al infante, lo que es una forma de amar, quizá la única con la que la madre puede demostrarle su amor al niño. Hay quienes pueden sostener a un infante y quien no puede. Estas últimas generan rápidamente en la criatura una sensación de inseguridad y llanto angustiado. Todo esto conduce al establecimiento de las primeras relaciones objétales y las primeras experiencias de gratificación instintiva y también lo incluye y coexiste con él. La salud mental del individuo, tiene como base el cuidado materno. El infante y el cuidado materno, forman una unidad.

Con el cuidado que recibe de su madre, cada infante esta en condiciones de tener una existencia personal y así empezar a establecer lo que podrá denominarse una continuidad de ser. Si el cuidado materno no es lo suficientemente bueno, el infante no llega a entrar en la existencia, puesto que no hay continuidad de ser; en lugar de ello, la personalidad se establece sobre la base de reacciones a la intuición ambiental.

Si no se paso por la experiencia de haber sido sostenido adecuadamente, y por fuerza su crecimiento emocional se retraso y se distorsiono y cierto grado de agonía primitiva persistió en su vida.

Winnicott definió las características de la salud mental con un nombre clave: dependencia. En este sentido, el autor estima que el potencial innato de un niño sólo puede convertirse en niño si se le unen los cuidados maternos.

Los cuidados maternos permiten prevenir las distorsiones precoces.

El yo de la madre suple al yo del niño que todavía no está constituido, ofreciéndole un ambiente favorable para su desarrollo. Al comienzo, son necesarios unos cuidados maternos suficientemente buenos, que despierten en el bebé el placer de vivir, que suscite el placer de las sensaciones y el

autoerotismo, pues la tendencia innata al placer es variable de un ser a otro, sin la madre, la tendencia al placer no puede tomarle la delantera a otras tendencias.

De la identificación de la madre con el lactante surge la preocupación maternal primaria como un sentimiento continuo de existir suficiente, sino se haya interrumpido por reacción esas intromisiones exteriores.

La madre también cumple un papel de espejo para el niño. Se trata de la función de soporte que el yo de la madre aporta al yo del niño. Para muchas madres no es fácil desempeñar este papel; entonces, la madre refleja su propio estado de ánimo y la rigidez de sus propias defensas, e incluso, no responde a lo que el bebé le está dando. Por lo tanto, se atrofia la propia capacidad creativa del yo que no tiene ningún reflejo de sí mismo, haciendo imposible el comienzo en un intercambio con el mundo exterior.

Winnicott señala que, paralelamente a los procesos de integración, personalización y establecimiento de la relación con el objeto y su utilización, aparece la capacidad de estar solo.

Es la continuidad de la existencia de la madre y la seguridad que ésta ofrece lo que hace posible una experiencia positiva de soledad durante un tiempo limitado.

El bebé escapa de la aniquilación en el estado de descanso y reposo, mientras que el yo se fortalece por las experiencias instintivas reflejadas en el rostro materno. Así, el niño puede descubrir su vida personal.

Para Winnicott, esta relación con el yo es la base futura para la amistad y es la matriz de la transferencia. Más adelante, el niño progresa hacia la independencia y su capacidad de estar solo evoluciona paralelamente con el establecimiento de relaciones, mientras adquiere el sentido de la responsabilidad y la autonomía, a través de la experiencia de las relaciones interpersonales.

La relación madre-hijo según Spitz

Spitz, (1965) llamo "hospitalismo" al efecto depresivo que producen las separaciones bruscas y prolongadas de los niños y sus madres o la falta de amor, el "hospitalismo" también se observa en niños criados en sus propios hogares por madres depresivas, por aquellas que no deseaban tener a sus hijos o por madres demasiado ocupadas para arrullar, besar y/o hablar a sus hijos. Una madre

sin capacidad de amar, cuyos acercamientos al bebé son ambivalentes y cargados de hostilidad crea una privación emocional caracterizando detención en el crecimiento, sin causa orgánica que lo justifique, en bebés menores de un año, criados en su medio familiar por sus padres. Spitz, relata que la falta de cuidados maternos de ternura, de relaciones interpersonales de comunicación humana era la principal causa de mortalidad entre los niños criados en instituciones, aunque sus necesidades materiales fueran totalmente satisfechas. (Spitz, 1965) describe los tres grandes organizadores que dirigen la evolución del funcionamiento psíquico infantil, y que marcan la aparición de nuevos esquemas específicos del comportamiento: se trata de la aparición de la sonrisa ante el rostro humano (2º-3er mes), de la angustia frente al extraño (8º mes) y del no gestual y verbal. A partir de sus observaciones sobre el desarrollo normal, Spitz centra sus aportaciones en las repercusiones psicopatológicas de la deprivación afectiva (hospitalismo y depresión anaclítica, principalmente) y de las actitudes maternas (patología psicósomática infantil).

Rene Spitz da mucha importancia a las relaciones madre –hijo en el desarrollo de la personalidad y en especial en lo que se llama trastornos Psicotoxicos, según este autor es la madre la que en las relaciones madre-hijo, constituye el componente dominante y activo, mientras que el niño recibe pasivamente.

Refiere que los trastornos de la personalidad de la madre se reflejaran en los trastornos del niño. Establece que las enfermedades psicógenas infantiles se corresponde con las actitudes maternas y distingue dos tipos de trastornos.

- trastornos psicotoxicos debido a la relación madre –hijo inapropiadas.
- trastornos por déficit, debido a relaciones madre-hijo cuantitativamente insuficientes.

Rene Spitz establece una relación entre los factores etiológicos producidos por las actitudes maternas y el tipo de enfermedad del niño, déficit cualitativo.

- El rechazo primario manifiesto produce el coma del recién nacido.
- La indulgencia primaria excesiva y ansiosa produce cólicos del primer trimestre.

- La hostilidad disfrazada de ansiedad provoca el eczema
- Las oscilaciones entre los niños y la hostilidad da lugar a la hipermovilidad.
- Los cambios de humor cíclicos dan lugar a los juegos fecales.
- La hostilidad conscientemente compensada suscita la hipertimia agresiva.

El déficit cuantitativo produce:

- La privación afectiva parcial produce depresión anaclítica.
- La privación afectiva completa produce marasmo.

La relacion madre hijo según Mary Ainsworth.

Mary Ainsworth (1913-1999) en su trabajo con niños en Uganda, encontró una información muy valiosa para el estudio de las diferencias en la calidad de la interacción madre-hijo y su influencia sobre la formación del apego. Ainsworth encontró tres patrones principales de apego: niños de apego seguro que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; niños de apego inseguro, que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres; y niños que parecían no mostrar apego ni conductas diferenciales hacia sus madres. Estos comportamientos dependían de la sensibilidad de la madre a las peticiones del niño.

"Un niño que sabe que su figura de apego es accesible y sensible a sus demandas les da un fuerte y penetrante sentimiento de seguridad, y la alimenta a valorar y continuar la relación" (John Bowlby).

1.3.- CONCEPTO DE MALNUTRICIÓN

Condición física caracterizada por un desorden nutricional, el cual es producido por una alimentación insuficiente inadecuada que no aporta todos los nutrientes necesarios para una vida activa y saludable. (Rapaport J., Pérez de Armiño Karlos 2000),

Etimológicamente el termino malnutrición implica alteración de la nutrición por defecto (desnutrición) como por exceso (hipernutricion).La malnutrición es una condición patológica que se instaura cuando las necesidades de energía y nutrientes no se cubren con la dieta. (M.D. García Novo, Mm. Hernández Rodríguez, 1999).

La malnutrición por déficit (desnutrición) se produce por una ingesta inadecuada, mal absorción digestiva, pérdida anormal de nutrientes por el tubo digestivo, hemorragia, fallo renal o excesiva sudación, infección. La malnutrición por exceso (obesidad) hiper nutrición se origina por una ingesta excesiva ,ejercicio insuficiente, abuso de dietas terapéuticas incluyendo la nutrición parenteral, excesiva ingesta de vitaminas sobre todo B6, niacina y vitaminas A y C, e ingesta excesiva de minerales.

1.3.1.- Malnutrición por déficit

Se puede dividir en 2 grandes categorías: malnutrición primaria y secundaria.

La malnutrición primaria se debe a un aporte insuficiente de calorías y nutrientes para mantener un estado adecuado de salud.

La malnutrición secundaria es el resultado de enfermedades que conducen a una alterada capacidad para ingerir, absorber o metabolizar adecuadamente los alimentos o bien porque la ingesta sea insuficiente para cubrir las mayores pérdidas o requerimientos que origina la enfermedad.

1.3.1.1.- Clasificación de malnutrición por déficit.

Por la duración del déficit se divide en: aguda y crónica.

Por el grado de afectación se divide en: leve, moderada y severa (marasmo y Kwashiorkor).

1.3.1.1.1.- Malnutrición leve o moderada.

Esta clasificación se basa exclusivamente en la intensidad de la deficiencia del peso para la edad, siendo sustituida por la clasificación de Waterlow aceptada por la OMS, que distingue entre deficiencia de peso para la Talla (enflaquecimiento, emaciación o casting) y la deficiencia de talla para la edad (hipocremiento de origen Nutricional enanismo nutricional o stunting), esta clasificación permite separar las desnutriciones agudas (Enflaquecimiento) de las crónicas (enanismo de origen nutricional).

1.3.1.1.1.- Formas clínicas de malnutrición.

Se encuentran las malnutriciones leves o moderadas y existen 2 tipos clínicos evolutivos: la forma aguda con pérdida de peso y la crónica con retraso de talla.

Déficit de peso para la talla o enflaquecimiento corresponde a la malnutrición aguda, se desarrolla en un bebé.

El peso mejora rápidamente con el tratamiento nutricional.

Retraso de crecimiento en talla de origen nutricional, puede empezar intrauterino con disminución de la velocidad de crecimiento de peso y talla, continua durante la edad pre escolar y no se alcanza la velocidad normal hasta los 5 años.

1.3.1.1.2.- Formas graves de malnutrición.

a.- Marasmo.

Se presenta frecuentemente en niños menores de un año, siendo el primer signo el retraso del crecimiento, primero del peso y luego la talla, se caracterizan por la disminución de la actividad física

Retardo psicomotor y afectivo, la piel es fina y flácida, miembros muy adelgazados por atrofia de la musculatura, se presenta también alteraciones funcionales que afecta a la defensa antiinfecciosa, al metabolismo hidromineral, al sistema endocrino y neurológico.

b.- Kwashiorkor.

Se presenta a partir del año de edad, se afecta la talla y la maduración ósea, escasa pérdida de peso Edemas, alteraciones de la piel como queilitis, dermatitis de nalgas, en ocasiones periorificial, cabello seco quebradizo y despigmentado, alteraciones funcionales como hipotonía, irritabilidad e indiferencia Afectación del funcionamiento hepático, hepatomegalia, deficiencia de enzimas, anemia ferropénica, carencia de micronutrientes como cobre, ácido fólico y vitamina B12, alteraciones endocrinas.

c.- Marasmo y kwashiorkor.

Son cuadros mixtos con presencia de pérdida de peso como el marasmo y con edemas u otra Característica del kwashiorkor.

CAPITULO III

A.- Sistema de hipótesis.

A.1. Hipótesis General.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las Actitudes Maternas y los tipos de Malnutrición, presentes en las madres de niños menores de 3 años de edad.

A.2.Hipotesis Nula

No existen diferencias estadísticamente significativas entre las Actitudes Maternas y la Malnutrición, presentes en las madres de niños menores de 3 años de edad

A.3.- Hipótesis Específicas

H1: Las actitudes maternas de sobreprotección hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y déficit son diferentes de las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable.

H2: Las actitudes maternas de Rechazo hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son diferentes de las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable.

H3: Las actitudes maternas de sobreindulgencia hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son diferentes de las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable.

H4: Las actitudes maternas de Aceptación hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son diferentes de las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable.

B.- Diagrama de Variables

B.1.- Variables

Variable independiente Asignada

Tipo de nutrición infantil

Variable dependiente

Actitudes maternas

Variables controladas

características de la madre:

Edad: joven, adultas.

Estado civil: soltera .casada, viuda, divorciada .conviviente.

Grado de instrucción: primaria, secundaria completa, secundaria incompleta, superior completa, superior incompleta, técnico completo e incompleto.

Tipo de familia: nuclear, extensa, incompleta, reconstituida.

Embarazo: deseado, No deseado.

Rasgos emocionales durante el embarazo: depresión, ansiedad, ansiosa-depresiva.

Características del niño:

Edad del niño.

Sexo.

CAPITULO IV

A.- Método de investigación.

Se realizó una investigación Tipo Básica (Sánchez y Reyes, 2008), a fin de conocer y entender las Actitudes Maternales de las madres de los niños con malnutrición infantil, medidas a través de la Escala de Actitudes Maternas de Roberto Roth, y la Teoría de Apego de Bowlby.

B.- Tipo de investigación.

El estudio corresponde a un enfoque mixto, pues incluye en la primera parte el desarrollo de un estudio cuantitativo, porque a través de la medición de las actitudes maternas nos permitió la comprobación de las hipótesis. En la segunda parte se desarrolla un estudio cualitativo (Creswell, 1998), en la medida que la muestra elegida, estuvo constituido por 2 casos extremos, según Fernández (2006).Casos que permitió evaluar y conocer características, situaciones o fenómenos especiales, alejados de la “normalidad”.

De tal modo que se eligieron los casos extremos de malnutrición infantil que se alejan del prototipo de normalidad, para entender, comprender la relación madre niño en la alimentación y analizarla desde el punto de vista psicoanalítico y siguiendo la Teoría de Apego de Bowlby.

Este estudio de casos contempla un caso por cada condición de malnutrición, por déficit y por exceso.

Diseño de investigación

El estudio cuantitativo corresponde al tipo de investigación: descriptivo – correlacional. Siendo una investigación No experimental, debido a que las variables se observan en su ambiente natural sin manipularlas deliberadamente, el diseño de tipo transversal, pues se describen las relaciones entre dos o más variables en un solo momento, en un tiempo único .Su propósito fue describir variables, comparar y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado Hernández, Fernández y Baptista (2010) en este caso de las actitudes maternas y la malnutrición infantil.

El estudio también se puede caracterizar de acuerdo con Sánchez y Reyes (2008) como Descriptivo comparativo, porque nos permitió identificar, describir, comparar y analizar las

características de las actitudes maternas intrínsecas que se manifiestan en las madres de niños con malnutrición infantil y adecuadamente nutridos.

El mismo que se grafica de la siguiente manera:

El diseño para la ejecución del presente estudio es el descriptivo comparativo y que representa de la forma siguiente:

M1 ----- O1 O1 ≠ O2 ≠ O3

M2 ----- O2

M3 ----- O3

C. Población de estudio y muestra.

La población de estudio estuvo conformada por las madres de niños de 0 a 36 meses de edad que asistieron, a la Clínica Chosica- Essalud -RED Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen, a solicitar atención para sus niños, en los servicios de Crecimiento y Desarrollo, Nutrición, Pediatría y Psicología que han asistido el año 2011.

Como criterio de inclusión: Madres de 18 años a 40 años de edad.

Como criterio de exclusión:

Madres que presenten retardo mental, esquizofrenia., adicciones, psicopatías, enfermedad terminal.

Criterio de inclusión para niños: niños a 0 mes a 36 meses de edad.

Con peso y talla normal al nacer.

Niños nacidos a término (9 meses de gestación).

Sin deficiencias hormonales.

Sin deficiencia oro bucales que limiten su alimentación.

Sin enfermedades congénitas que necesiten ser alimentados artificialmente.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA.

En cuanto al enfoque cuantitativo, la muestra está constituida por un total de 200 madres de niños de 0 a 36 meses de edad, 100 serán madres de niños que se encuentran adecuadamente

nutridos, las mismas que serán comparadas con 100 madres de niños que presentan malnutrición (50 madres de niños mal nutridos por déficit y 50 madres de niños mal nutridos por exceso).

En cuanto al enfoque cualitativo, se eligió a 2 madres, representativas de casos extremos de malnutrición infantil ,(desnutrición crónica y obesidad) a fin de conocer , comprender ,y analizar la relación madre- niño, que se da ,en la alimentación ,estudio que se llevara a cabo desde el punto de vista psicoanalítico, siguiendo la Teoría de las Relaciones Objétales.

Tomando en cuenta, el enfoque cualitativo que tiene la investigación. El diseño es el estudio de casos extremos Creswell, (1998) de tipo instrumental porque nos provee de conocimientos respecto al problema de investigación.

De estas manera, en primer lugar se medirán las actitudes hacia la relación madre – niño, en las 2 muestras, para luego comparar la información y establecer en base a ello, si existen o no diferencias estadísticamente significativas.

Composición de la muestra

La muestra estuvo conformada en total por 200 madres de familia (ver tabla 1), de las cuales 100 tenían niños sin malnutrición, 50 tenían niños con malnutrición por déficit y con malnutrición por exceso.

D.- MATERIALES Y MÉTODOS

D.1.- Escala de Actitudes Maternas de Roth,

A fin de evaluar las actitudes maternas de las 200 madres que conformaron la muestra se aplicó la escala de actitudes Maternas de Roth.

Esta escala consta de 33 ítems, que miden 4 tipos de actitudes maternas: actitud de sobreprotección, aceptación, rechazo y sobre indulgencia. Presenta 5 alternativas de respuestas:

CA: Completamente de acuerdo,

A: Acuerdo,

I: Indecisa,

CD: Completamente en Desacuerdo

D: Está en Desacuerdo.

Áreas que mide la escala de actitudes de Roth.

Acceptación: incluye los siguientes 7 ítems, 26, 28, 29, 30, 31, 32,33.

Sobreprotección: incluye 13 ítems,1,3,5,7,8,11,14,16,17,19,21,22,27.

Sobreindulgencia: incluye los siguientes 5 ítems, 6, 9, 23, 24,25.

Rechazo: incluye los 8 ítems siguientes, 2, 4, 10, 12, 13, 15, 18,20

Aplicación

La aplicación puede ser individual o colectiva, su aplicación individual requiere un tiempo promedio de 20 minutos, brindándoles lápiz borrador y las indicaciones pertinentes, para su ejecución.

Calificación

Cada ítem tiene 5 alternativas de respuestas con un puntaje que son:

,5 para completamente de acuerdo.

Para acuerdo.

Para los indecisos.

2 para completamente en desacuerdo.

1 para desacuerdo

A partir de la pregunta 28 el puntaje es a la inversa que son:

1 para completamente de acuerdo.

2 para acuerdo.

3 indeciso.

Para completamente desacuerdo.

Para completamente en desacuerdo.

Se puntúa cada ítem y luego se suman los puntajes de los ítems de cada escala.

Se traslada el puntaje de cada escala a un perfil que convierte el puntaje pesado obtenido a valores percentil es los que conectados por las líneas forman el predominio de una o más escalas, ya sea de aceptación o de o aceptación (sobreprotección, sobreindulgencia y rechazo).Luego por inspección de resultados según cuartel, se obtienen el puntaje de la escala confusión dominancia. El perfil de Actitudes Maternas está elaborado en función de percentiles que van de 1 a 100.

Mientras más alto es el puntaje de la escala mayor es la intensidad de esa actitud y mientras más bajo puntaje menor es la intensidad de esa actitud.

D.2.- Test de Rorschach

El test es una técnica y método proyectivo de psicodiagnóstico creado por Hermann Rorschach (1884-1922), publicado en 1921.

El Rorschach consta de una serie de 10 láminas divididas en tres tipos: 5 acromáticas, acromáticas y 2 negro-rojas., prueba consiste en una interpretar forma accidental, es decir, imágenes sin configuración determinada.

Lamina I:

Mancha de color gris, matizado según zonas, con algún pequeño detalle negro y cuatro blancos. Se esperan generalmente respuestas globales, tiene poca aceptación por el color y el enfrentamiento a una tarea nueva.

Evalúa: Presentación y adecuación a situaciones nuevas enfrentamiento del yo, bajo la mirada del otro.

También se muéstrala fantasía de enfermedad.

Lamina II:

Gris con manchas rojo brillante sobre el fondo y sobre si misma, con blanco central que incita a dar una respuesta principal (Inversión figura y fondo). Se presenta en algunos casos Shock al rojo, la mayoría responde animales, total o en partes.

Evalúa: Conflicto interno e impulsos desencadena impulsos agresivos y sexuales, emociones primitivas, (ira, culpa, temor, vacío), y reaccione) básicas en el vivenciar.

Lamina III:

Es una de las más fáciles de interpretar: hay dos superficies grisáceas y tres de tipo rojo brillante separadas de aquellas. Las primeras relacionadas configuras humanas realizando alguna acción, si no se ven se asocia a shock cenestésico y el centro se ve como lazo o mariposa. Evalúa relaciones interpersonales, vínculos y de identidad sexual.

Lamina IV:

Lámina vertical de un gris muy oscuro, la respuesta más frecuente es la de monstruo, se ve siniestro, grande, y amenazador, frecuentemente visto de manera total. El gris puede producir shock al gris.

Evalúa Autoridad: representa al padre, la ley, al padre Edípico (agente crucial para la identificación sexual del sujeto).

Lamina V:

Mancha gris casi negra, se la percibe generalmente como murciélago o mariposa, por esto produce respuestas globales, es difícil que produzca fracaso.

Evalúa Realidad: es el estímulo más estructurado del test, tiene que ver con la identidad sexual, ya que se espera que los hombres vean un murciélago y las mujeres una mariposa.

Lamina VI:

Gris claro y compacta, es la más fácil para producir asociaciones, se puede percibir con facilidad un órgano sexual masculino y uno femenino en el centro, sedan con frecuencia contenidos animales completos. Se puede presentar un shock sexual.

Evalúa la Sexualidad "Masculina": se espera que las respuestas sean simbolizadas, se intenta ver algún tipo de perversión sexual (hacia donde se dirige la pulsión) depende de la etapa evolutiva en que este la persona.

Lamina VII:

No es una estructura compacta, esta en dos bloques con un vacío en el centro. Se encuentran frecuentes respuestas de detalle, se encuentra dificultad para globalizar. Puede darse shock al vacío, generalmente se dan respuestas de mapas o figuras humanas en temáticas infantiles.

Evalúa Femenina, Materna: el espacio en blanco suele ligarse a lo uterino, la zona inferior es muy sexual (femenino), se aprecia el vínculo de la persona con su madre (internalizada).

Lamina VIII:

Es la primera lámina de color, pudiendo provocar shock al color, se interpretan fácilmente las figuras de los costados como animales, mayor respuestas de detalle, pueden suscitar verbalizaciones agresivas y anatómicas, es difícil que se produzca fracaso.

Evalúa Afectos: adaptación del individuo hacia lo afectivo, depende de lo percibido será el vínculo y la alianza terapéutica. También demuestra la fantasía de curación.

Lamina IX:

Es la más difícil de interpretar, y por esto provoca más rechazos y fracasos, también es de color, pero más intensos. Generalmente se interpreta por partes, y aparecen respuestas animales, humanas y anatómicas. Se puede dar el shock tardío al color.

Angustia, situaciones límites: se evalúa el manejo de la angustia y de los mecanismos de sublimación, frente a la tolerancia de la frustración.

Lamina X:

Es la última, la más dispersa, hay gran variedad de colorido y de formas, que originan respuestas independientes, es difícil encontrar respuestas globales, aparece el shock a la disgregación

Evalúa : Proyección y evolución de los conflictos psíquicos,

Examen de Límites del Test de Rorschach

- ***Examen de Límites en base al conflicto inconsciente:***

Se efectúa siempre y se realiza posteriormente a la aplicación del test. Se ubican todas las láminas y se le indica al sujeto que elija las láminas que le agradan y las que le desagradan, con el objeto que finalmente quede una última lámina que haya sido elegida (ni como agrado, ni como desagrado). La última lámina es la más significativa, por el hecho de no ser mencionada, es la más inconsciente, y su significado tiene directa relación con los aspectos rechazados inconscientemente por el sujeto. Estos generarían conflictos a nivel inconsciente.

- *Examen de límites en base al índice de realidad (I.R):*

Fue creado por Nager en 1946, y se realiza en torno a las láminas populares (III, V, VIII y X), ya que estas tienen como características común el hecho de ser láminas "Populares",

Criterios para evaluar las respuestas son:

.Tiempo de latencia. Cuánto se demora el individuo en dar la primera respuesta a cada lámina.

Posición. Cómo lo ve respecto de la posición de la lámina: en la posición estándar, con 90° o 180° de rotación.

Localización. Dónde lo ve: en la mancha completa, en un detalle, en un espacio en blanco.

Forma. Cómo es la calidad de lo percibido: rica en detalles, forma bien definida, forma vaga, etcétera.

Movimiento. Si lo percibido parece estar en movimiento o siendo movido por alguna fuerza.

Color. Si refiere al color de lo percibido. Si con ello justifica profundidad, perspectiva, sombras, texturas, etcétera.

Categoría. Qué es lo que ve: una forma humana, animal, objeto o sus derivados. Otras categorías suelen considerarse aparte, tales como paisajes o respuestas de carácter sexual.

La calificación se realizó utilizando el Sistema Comprensivo de Exner, que es herramienta de sistematización de las respuestas dadas al test de Rorschach.

El autor logra crear un sistema sobre una sólida base empírica y objetiva, en el cual incorpora los aspectos más importantes de los cinco métodos de sistematización más utilizados en EE.UU. De esta manera, de acuerdo con Exner, quien se embarca en la sistematización. De esta manera, de acuerdo con Exner, limita la posibilidad de caer en subjetividades, ya que todo el proceso de transformación de cada dato en su símbolo y/o indicador respectivo, se encuentra adecuadamente normado sobre la base de criterios claros, contando también con criterios estadísticos para la codificación de varios de los indicadores.

D.3.- El diagnóstico de malnutrición infantil

Se realizó a través de los índices antropométricos usados para evaluar la malnutrición infantil, tablas elaboradas por el National Center for Health Static (NCHS) recomendadas por la OMS y la OPS, que sirven para el diagnóstico de malnutrición acorde a p/t y t/e. (utilizadas en servicio de Pediatría y Nutrición)

Técnica básica: Observación indirecta.

Instrumentos:

Ficha: para determinar la edad exacta, sexo, diagnóstico.

Balanza de precisión: para determinar el peso exacto de cada sujeto.

Tallímetro: para determinar la estatura.

Tablas elaboradas por el National Center for Health Statics (NCHS) recomendadas por la OMS y la OPS; éstas tablas fueron utilizadas en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNSA (Inide, 1986) en el 1er Censo Nacional de Talla en escolares (Unicef, 1993) y en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996 (UNICEF, 1997).

Es la técnica más usada en la evaluación nutricional, ya que proporciona información fundamentalmente acerca de la suficiencia del aporte de macronutrientes. Las mediciones más utilizadas son el peso y la talla. La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de las Curvas de Crecimiento elaboradas por el National Center for Health Statistics (NCHS), ya que los pesos y tallas de niños provenientes de grupos socioeconómicos alto y medio de países subdesarrollados son similares a los de niños de países desarrollados con antecedentes comparables.

La talla también debe expresarse en función de la edad. El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de dieta adecuada y de estado nutricional a largo plazo. Es importante considerar que es un parámetro muy susceptible a errores de medición, y que por lo tanto, debe ser repetida, aceptándose una diferencia inferior a 5 mm entre ambas mediciones. Se acepta como normal una talla entre el 95% y el 105% del standard, lo que en las curvas del NCHS corresponde aproximadamente a valores entre percentil 10 y 90 para la edad.

El niño normal puede cambiar de percentil durante el primer año de vida, dentro de cierto rango, ya que la talla de nacimiento es poco influenciada por factores genéticos o constitucionales, y éstos habitualmente se expresan durante el primer año, período en el cual el niño adquiere su canal de crecimiento.

El índice de peso para la talla (PT) es un buen indicador de estado nutricional actual y no requiere un conocimiento preciso de la edad. Es útil para el diagnóstico, tanto de desnutrición como de sobrepeso y obesidad. Su uso como único parámetro de evaluación puede no diagnosticar como desnutridos a algunos niños que efectivamente lo son (algunos casos de retraso global de crecimiento como por ejemplo). Por ello, se recomienda el uso combinado de los índices peso/talla y talla/edad, lo que permite una evaluación más precisa.

En los estándares del NCHS existen curvas de peso para la talla expresadas en percentiles, que incluyen hasta talla promedio de 137 cm. para mujeres y hasta 143 cm. para hombres. Se consideran normales los valores que se ubiquen entre los percentiles 10 y 90, con excepción del primer semestre de vida en que es deseable que los valores se ubiquen entre los percentiles 25 y 75. Los valores bajo el percentil 10 son indicativos de desnutrición y sobre percentil 90, indican sobrepeso.

Cuando no se dispone de tablas peso/talla, este índice puede calcularse de la siguiente manera:

$$IPT (\%) = \text{peso actual} \times 100 / \text{peso aceptable}$$

El IPT calculado de esta manera es más preciso y a nivel clínico, permite una mejor evaluación y seguimiento.

Un IPT entre 90 y 110% se considera normal; los criterios para catalogar severidad de la desnutrición no son uniformes, pero en general se acepta que un índice menor de 90% indica desnutrición y uno menor de 75% sugiere desnutrición grave. Un IPT mayor de 110 indica sobrepeso y uno superior a 120 es sugerente de obesidad.

Se han usado una serie de relaciones basadas en el peso y la talla, elevada a diferentes potencias, pero éstas no ofrecen ninguna ventaja con respecto al índice peso/talla en niños prepúberes. Sin embargo, en adolescentes y en escolares que ya han iniciado desarrollo puberal, el índice peso/talla puede no ser el más adecuado, especialmente cuando la talla se aleja de la mediana.

El índice de masa corporal [peso(kg) / talla(m²)] se ha sugerido como un mejor indicador de estado nutricional en mayores de 10 años y adolescentes, pero los puntos de corte definidos internacionalmente para clasificar el estado nutricional en adultos, no son aplicables en el niño debido a la variabilidad de la composición corporal en el proceso de desarrollo. Existen distintas curvas de IMC para población de 0 - 18 años, pero no se ha identificado un patrón de referencia recomendable para uso internacional, y si bien, existen algunas sugerencias para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, aún no hay acuerdo con respecto a los puntos de corte para una clasificación global del estado nutricional.

En la encuesta sociodemográfica se recoge información sobre datos de la madre, como lugar de nacimiento, estado civil, grado de instrucción, ocupación, quien cuida al niño. Datos familiares respecto al número de hijos, género de los hijos, edad de su pareja, grado de instrucción de su pareja, ocupación, constitución familiar,

Datos socioeconómicos respecto a vivienda, ubicación e vivienda, material, servicios con que cuenta, ingreso mensual.

Datos del embarazo respecto a si fue planificado o no, si tuvo control prenatal, asistió a psicoprofilaxis, presento nauseas vómitos, fue hospitalizada en el embarazo, enfermedades en el embarazo, presento depresión, tensión, deseos de llorar, nerviosismo, fumo, tomo medicamentos.

Datos del parto, fue a término, tipo de parto, normal cesárea.

Datos del recién nacido peso al nacer, talla al nacer, Apgar, estuvo sano al nacer, se quedó hospitalizado, frecuencia de enfermedades a la fecha.

Encuesta respecto hábitos alimentarios.

Datos del recién nacido: peso al nacer, talla al nacer, diagnóstico nutricional al nacer.

Alimentación del recién nacido recibió enseñanza respecto a la lactancia del niño, que alimentación recibió el niño el primer día, si no dio de lactar porque, frecuencia de la alimentación, cuando le dio agüitas, cuando dio otro tipo de leche, que leche le dio, cuantas veces al día, cuando empezó su ablactancia ,estuvo enfermo cuando empezó la ablactancia, quien alimenta al niño y datos

respecto a tipo y forma de alimentar al niño, veces ,horario, para comer dormir ,que hacen cuando no quiere comer.

E.- Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos.

A través de una entrevista, se recolectaron los datos Socio demográficos de la madre del niño, en un tiempo promedio de 10 minutos.

Se aplicó a las madres (200) una encuesta individual sobre los hábitos alimentarios, el tiempo invertido fue de 10 minutos por cada entrevista.

F.- RESULTADOS

F.1.- Resultados del estudio cuantitativo.

A continuación se presentan los resultados de los análisis de la parte del estudio cuantitativo de las actitudes materna.

4.1.1 Análisis psicométrico de la escala de actitudes maternas de Roth

En primer lugar se exponen los análisis psicométricos de la validez de constructo y la confiabilidad.

Tabla I

Distribución de la muestra

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Malnutrición por Déficit	50	25,0
Malnutrición por exceso	50	25,0
Niños sin Malnutrición	100	50,0
Total	200	100,0

4.1.1.1 Validez de Constructo

A fin de establecer evidencias de validez del instrumento de investigación, se realizó el análisis factorial exploratorio de las áreas a fin de identificar la existencia de la estructura latente del constructo.

En la Tabla II se presentan los resultados obtenidos, en primer lugar se aprecia que los análisis preliminares del análisis factorial indican que la determinante de la Matriz es cercana a 1 ($Dm = 0.0612$), además la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin es superior a 0.80 y la prueba de esfericidad de Bartlett, que evalúa las matriz de correlaciones es significativa ($X^2(6) = 95.58, p < .05$), resultados que corroboran la pertinencia de la ejecución del análisis,

En segundo lugar se desarrolló el análisis factorial utilizando el método de los componentes principales y la rotación Varimax, los resultados indicaron que existen 2 factores que permiten explicar el 81.74 % de la varianza total, notándose que el primer factor explica el 44.81 % de la varianza total e incluye a las áreas de sobreindulgencia y rechazo y el segundo factor que explica el 26.93 % de la varianza total e incluye a las áreas de Aceptación y Sobreprotección.

Los resultados permiten apreciar que las áreas del instrumento de Rothson bidimensionales, pues se encuentra un factor que integra a la sobreindulgencia y el rechazo y el segundo factor que incluye a las áreas de Aceptación y sobreprotección.

Tabla II
Análisis Factorial exploratorio de las áreas del instrumento

Variables	M	DE	Factor	
			1	2
Sobreindulgencia	13.48	3.87	0.79	
Rechazo	22.02	5.62	0.77	
Aceptación	24.55	4.21		0.87
Sobreprotección	43.71	6.13		0.72
Varianza Explicada			44.81 %	26.93%

Determinante de la Matriz = 0.0612

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin = 0.82

Prueba de esfericidad de Bartlett, $X^2 = 95.58$ G. L. = 6 p = .000

N = 200

4.1.1.2 Análisis de la confiabilidad

La confiabilidad fue analizada a través de la consistencia interna de cada una de las áreas del instrumento, las cuales fueron obtenidas mediante el coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach, los resultados en la tabla III, indicaron que el valor más alto correspondió a la Sobreprotección (alfa = 0.76) y el menor fue la alcanzada por Rechazo (alfa = 0.71), por lo que se puede concluir que los resultados son aceptables indicadores de confiabilidad en el marco de la evaluación de la variable de investigación.

Tabla III

Análisis de la confiabilidad de la escala de actitudes maternas de Roth

Área	Media	D. E.	Mritc	Alfa de Cronbach
Aceptación	24.55	4.21	0.35 *	0.75
Sobreprotección	43.71	6.13	0.35 *	0.76
Sobreindulgencia	13.48	3.87	0.52 *	0.74
Rechazo	22.02	5.62	0.49 *	0.71

* $p < .05$ N = 200

4.1.2 Análisis Descriptivo

A fin de conocer cómo se ordenan las actitudes maternas estudiadas de acuerdo a los grupos de niños, se procedió a obtener el promedio de cada una de las áreas, para controlar el hecho de las áreas presentan cantidades de ítems diferentes, de manera que en todos los casos los puntajes fluctuaban de 1 a 5)

El análisis jerárquico de las actitudes maternas en el grupo de los niños con malnutrición por déficit (ver Tabla IV), se aprecia que la más valorada es la Aceptación (M= 3.44 DE= 0.53), seguida por la Sobreprotección (M= 3.19 DE= 0.46), el Rechazo (M= 3.15 DE= 0.69) y la Sobreindulgencia (M= 2.81 DE= 0.64).

Tabla IV

Análisis Jerárquico de las actitudes maternas en el grupo de los niños con malnutrición por déficit

Actitud	Orden	Media	Mediana	D. E.
Aceptación	1	3.44	3.46	0.53
Sobreprotección	2	3.19	3.29	0.46
Rechazo	3	3.15	3.06	0.69
Sobreindulgencia	4	2.81	2.60	0.64

N = 50

En lo que concierne al análisis jerárquico de las actitudes maternas en el grupo de los niños con malnutrición por exceso (ver Tabla V), se encuentra que la más valorada es la Aceptación (M= 3.62 DE= 0.79), seguida por la Sobreprotección (M= 3.30 DE= 0.50), el Rechazo (M= 2.70 DE= 1.21) y la Sobreindulgencia (M= 2.61 DE= 0.88).

Tabla V

Análisis Jerárquico de las actitudes maternas en el grupo de los niños con malnutrición por exceso

Actitud	Orden	Media	Mediana	D. E.
Aceptación	1	3.62	3.43	0.79
Sobreprotección	2	3.30	3.38	0.50
Rechazo	3	2.70	2.62	1.21
Sobreindulgencia	4	2.61	2.60	0.88

N = 50

En lo que corresponde al análisis jerárquico de las actitudes maternas en el grupo de los niños con nutrición saludable, en la Tabla VI se encuentra que la más valorada es la Aceptación (M= 3.65 DE= 0.50), seguida por la Sobreprotección (M= 3.37 DE= 0.41), el Rechazo (M= 2.63 DE= 0.48) y la Sobreindulgencia (M= 2.61 DE= 0.47).

Tabla VI

Análisis Jerárquico de las actitudes maternas en el grupo de los niños con nutrición saludable

Actitud	Orden	Media	Mediana	D. E.
Aceptación	1	3.65	3.46	0.50
Sobreprotección	2	3.37	3.45	0.41
Rechazo	3	2.63	2.75	0.48
Sobreindulgencia	4	2.61	2.60	0.47

N = 100

Para determinar la pertinencia de la aplicación de las pruebas paramétricas o las no paramétricas para contrastar las hipótesis, se procedió a revisar si las distribuciones de las puntuaciones se aproximaban a una curva normal, de acuerdo a los grupos a ser comparados. Los resultados presentados en la tabla VII, permitieron apreciar que:

En la variable sobreprotección, los grupos de niños con malnutrición por déficit ($Z = 0.10$, $p > .05$) y niños con malnutrición por exceso ($Z = 0.09$, $p > .05$) presentan adecuadas aproximaciones a la normal, mientras que el grupo de niños sin malnutrición ($Z = 0.12$, $p < .05$) presenta puntuaciones que no se aproxima a la curva normal.

En la variable rechazo, el grupo de niños con malnutrición por déficit ($Z = 0.11$, $p > .05$) presenta una distribución de puntajes que tiene una adecuada aproximación a la curva normal, en tanto que los grupos de niños con malnutrición por déficit ($Z = 0.14$ $p < .05$) y el grupo de niños sin malnutrición ($Z = 0.12$ $p < .05$) tienen distribuciones de puntuaciones que no se aproxima a la curva normal.

En lo que concierne a la variable sobreindulgencia, los grupos de niños con malnutrición por déficit ($Z = 0.17$, $p < .05$), niños con malnutrición por exceso ($Z = 0.19$, $p < .05$) y niños sin malnutrición ($Z = 0.12$, $p < .05$) presentan distribuciones de puntajes que no se aproxima a la curva normal.

Respecto a la variables Aceptación, el grupo de niños con malnutrición por exceso ($Z = 0.11$, $p > .05$) presenta una distribución de puntajes que se aproxima adecuadamente a la curva normal, mientras que los grupos de malnutrición por déficit ($Z = 0.16$, $p > .05$) y de niños sin malnutrición ($Z = 0.08$, $p < .05$) presentan puntajes que no se aproxima a la curva normal. De los resultados en general se concluye que hay grupos que presentan distribuciones normales y otros grupos que presentan distribuciones que no son normales, por lo que se recomienda aplicar las estadísticas no paramétricas para realizar los análisis estadísticos del estudio.

Tabla VII

Análisis de la normalidad de las variables estudiadas a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov

Variable	grupo	K-S Z	Sig.
Sobreprotección	Malnutrición por Déficit	0.10	.200
	Malnutrición por exceso	0.09	.200
	Niños con Nutrición saludable	0.12	.002
Rechazo	Malnutrición por Déficit	0.11	.165
	Malnutrición por exceso	0.14	.013
	Niños con Nutrición saludable	0.12	.001
Sobreindulgencia	Malnutrición por Déficit	0.17	.002
	Malnutrición por exceso	0.19	.001
	Niños con Nutrición saludable	0.12	.002
Aceptación	Malnutrición por Déficit	0.16	.002
	Malnutrición por exceso	0.11	.110
	Niños con Nutrición saludable	0.08	.106

4.1.3 Contraste de hipótesis

El contraste de la hipótesis, en la cual se propone que las actitudes maternas de sobreprotección hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son diferentes de las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable. Fue desarrollado aplicando el Análisis de varianza por rangos de Kruskal-Wallis.

Los resultados presentados en la tabla VIII, permiten notar que no existen diferencias estadísticas significativas ($X^2(2)=1.70$, $p > .05$), lo cual indica que las actitudes maternas de sobreprotección se dan de forma similar en los grupos estudiados. Los hallazgos permiten concluir que la hipótesis 1 no es válida

Tabla VIII

Análisis de varianza por rangos de Kruskal-Wallis de las actitudes maternas de Sobreprotección según grupo de estudio

Variable	Niños con malnutrición por déficit N = 50 Rp	Niños con malnutrición por exceso N = 50 Rp	Niños con nutrición saludable N = 100 Rp	X^2	Sig.
Sobreprotección	107.66	92.63	100.86	1.70	.427

En el caso del contraste de la hipótesis 2, en la cual se propone que las actitudes maternas de Rechazo hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son diferentes de las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable. También se desarrolló aplicando el Análisis de varianza por rangos de Kruskal-Wallis. Los resultados presentados en la tabla IX, permiten notar que existen diferencias estadísticas significativas ($X^2(2)=21.93$, $p < .05$), lo cual indica que las actitudes maternas de rechazo se dan de forma diferente en los grupos estudiados. Es por ello que a fin de establecer entre que grupos se dan las diferencias se procedió a realizar el contraste a posteriori a través de la prueba U de Mann-Whitney entre pares de grupos.

Tabla IX

Análisis de varianza por rangos de Kruskal-Wallis de las actitudes maternas de Rechazo según grupo de estudio

Variable	Niños con malnutrición por déficit N = 50 Rp	Niños con malnutrición por exceso N = 50 Rp	Niños con nutrición saludable N = 100 Rp	X^2	Sig.
Rechazo	133.32	85.78	91.45	21.93	.000

Los resultados de la comparación entre el grupo de niños con malnutrición por déficit y el grupo de niños con malnutrición por exceso, incluido en la tabla X indica que existen diferencias estadísticas significativas ($U=700.00$ $Z = -3.80$ $p < .05$), notándose que el mayor rechazo corresponde a los niños con malnutrición por déficit ($Rp=61.50$) que a los niños malnutridos por exceso ($Rp=39.50$).

Tabla X

Análisis comparativo de las actitudes maternas de Rechazo en los grupos de niños con malnutrición por Déficit y Exceso

Variable	Niños con malnutrición por déficit N = 50 Rp	Niños con malnutrición por exceso N = 50 Rp	<i>U</i>	<i>Z</i>	Sig.
Rechazo	61,50	39.50	700.00	-3.80	.000

En la comparación entre el grupo de niños con malnutrición por déficit y niños con nutrición saludable, los resultados de la tabla XI, indica que existen diferencias estadísticas significativas ($U= 1409.00$ $Z = -4.37$ $p < .05$), notándose que el mayor rechazo corresponde a los niños con malnutrición por déficit ($Rp= 97.32$) que a los niños con nutrición saludable ($Rp=64.59$).

Tabla XI

Análisis comparativo de las actitudes maternas de Rechazo en los grupos de niños con malnutrición por déficit y con nutrición saludable

Variable	Niños con malnutrición por déficit N = 50 Rp	Niños con nutrición saludable N = 50 Rp	<i>U</i>	<i>Z</i>	Sig.
Rechazo	97.32	64.59	1409.00	-4.37	.000

Respecto a la comparación entre el grupo de niños con malnutrición por exceso y niños con nutrición saludable, los resultados de la tabla XII indican que no existen diferencias estadísticas significativas ($U=2314.00$ $Z = -0.75$ $p > .05$),

Tabla XII

Análisis comparativo de las actitudes maternas de Rechazo en los grupos de niños con malnutrición por exceso y con nutrición saludable

Variable	Niños con malnutrición por exceso N = 50 Rp	Niños con nutrición saludable N = 50 Rp	<i>U</i>	<i>Z</i>	Sig.
Rechazo	71.78	77.36	2314.00	-0.75	.456

De los resultados presentados se puede concluir que la Hipótesis 2 es válida, es decir las actitudes de rechazo se dan más en el grupo de niños con malnutrición por Déficit, seguido por el grupo de niños con malnutrición por exceso. El contraste de la hipótesis 3, en la cual se propone que las actitudes maternas de Sobreindulgencia hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son diferentes de las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable. Fue desarrollado aplicando el Análisis de varianza por rangos de Kruskal-Wallis. Los resultados presentados en la tabla XIII permiten notar que no existen diferencias estadísticas significativas ($X^2(2)=3.10$, $p > .05$), lo cual indica que las actitudes maternas de sobreindulgencia se dan de forma similar en los grupos estudiados.

Los hallazgos permiten concluir que la hipótesis 3 no es válida

Tabla XIII

Análisis de varianza por rangos de Kruskal-Wallis de las actitudes maternas de Sobreindulgencia según grupo de estudio

Variable	Niños con malnutrición por déficit N = 50 Rp	Niños con malnutrición por exceso N = 50 Rp	Niños con nutrición saludable N = 100 Rp	X^2	Sig.
Sobreindulgencia	111.58	91.58	99.42	3.10	.213

En el caso del contraste de la hipótesis 4, en la cual se propone que las actitudes maternas de Aceptación hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son diferentes de las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable. Se desarrolló aplicando el Análisis de varianza por rangos de Kruskal-Wallis. Los resultados presentados en la tabla XIV, permiten notar que existen diferencias estadísticas significativas ($X^2(2)=24.60$, $p < .05$), lo cual indica que las actitudes maternas de Aceptación, se dan de forma diferente en los grupos estudiados. Es por ello que a fin de establecer entre que grupos se dan las diferencias, se procedió a realizar el contraste a posteriori a través de la prueba U de Mann –Whitney entre pares de grupos.

Tabla XIV

Análisis de varianza por rangos de Kruskal-Wallis de las actitudes maternas de Aceptación según grupo de estudio

Variable	Niños con malnutrición por déficit N = 50 Rp	Niños con malnutrición por exceso N = 50 Rp	Niños con nutrición saludable N = 100 Rp	X^2	Sig.
Aceptación	66.08	105.91	115.01	24.60	.000

Los resultados de la comparación entre el grupo de niños con malnutrición por déficit y el grupo de niños con malnutrición por exceso, incluido en la tabla XV, indica que existen diferencias estadísticas significativas ($U=700.00$ $Z = -3.80$ $p < .05$), notándose que la mayor aceptación corresponde a los niños con malnutrición por exceso ($Rp= 59.74$) respecto a los niños malnutridos por déficit ($Rp=41.26$).

Tabla XV
Análisis comparativo de las actitudes maternas de Aceptación en los grupos de niños con malnutrición por déficit y exceso

Variable	Niños con malnutrición por déficit N = 50 Rp	Niños con malnutrición por exceso N = 50 Rp	<i>U</i>	<i>Z</i>	Sig.
Aceptación	41.26	59.74	788.00	-3.02	.001

En la comparación entre el grupo de niños con malnutrición por déficit y niños con nutrición saludable, los resultados de la tabla XVI, indica que existen diferencias estadísticas significativas ($U= 13.41.00$ $Z = -5.05$ $p < .05$), notándose que la mayor aceptación corresponde a los niños con nutrición saludable ($Rp=88.09$), respecto a los niños con malnutrición por déficit ($Rp= 50.32$) que a los niños

Tabla XVI

Análisis comparativo de las actitudes maternas de Aceptación en los grupos de niños con malnutrición por déficit y con nutrición saludable

Variable	Niños con malnutrición por déficit N = 50 Rp	Niños con nutrición saludable N = 100 Rp	<i>U</i>	<i>Z</i>	Sig.
Aceptación	50.32	88.09	1241.00	-5.05	.000

Respecto a la comparación entre el grupo de niños con malnutrición por exceso y niños con nutrición saludable, los resultados de la tabla XVII, indican que no existen diferencias estadísticas significativas ($U=2314.00$ $Z = -0.75$ $p > .05$),

Tabla XVII

Análisis comparativo de las actitudes maternas de Aceptación en los grupos de niños con malnutrición por exceso y con nutrición saludable

Variable	Niños con malnutrición por exceso N = 50 Rp	Niños con nutrición saludable N = 100 Rp	<i>U</i>	<i>Z</i>	Sig.
Aceptación	71.67	77.42	2308.50	-0.77	.444

De los resultados presentados se puede concluir que la Hipótesis 4 es válida, es decir las actitudes de aceptación se dan más en el grupo de niños con nutrición saludable, seguido por el grupo de niños con malnutrición por exceso.

F.- RESULTADO DEL ESTUDIO CUALITATIVO DE LOS CASOS EXTREMOS REPRESENTATIVOS.

F.2.1.- Resultados del Rorschach de la madre del niño obeso.

El rasgo principal que caracteriza la presente estructura psicológica y que está influyendo en el resto de su personalidad está en relación a su estilo de prestar atención a su entorno y a sus experiencias, creándole dificultades en su percepción-pensamiento.

Demuestra un considerable grado de esfuerzo y motivación para organizar y tratar de comprender lo que le rodea, pero eludiendo o ignorando lo que le resulta complicado o ambiguo; enfoca las diferentes situaciones, hechos o sus propias experiencias priorizando lo sencillo, obvio y concreto, con estrategias previsibles y en los que puede ser efectiva.

Es una persona que se esfuerza en lograr más de lo que sería acorde a sus capacidades, pues, de la calidad de lo que elabora se infiere un potencial intelectual adecuado pero simple y concreto, dejando ver preocupaciones intensas que le restan fluidez asociativas creándole dificultades en el considerable esfuerzo que imprime cuando quiere organizar más de lo que puede y probablemente sentimientos de frustración por sus altas necesidades de logro.

Mediación cognitiva: Nivel de eficacia en el rendimiento, ajuste perceptivo y adaptabilidad de sus conductas

El rendimiento en su productividad es promedio (como la mayoría), con conductas que en general suelen ser ajustadas y adaptadas al medio, y comportamientos aceptables y esperados en situaciones conocidas y familiares.

Sin embargo en ocasiones no percibe las cosas de manera realista, por distorsiones de su autoimagen y la visión del otro y por intensas interferencias negativas de sus emociones y ocurren por su defensividad cuando trata de evitar situaciones que percibe como problemáticas o ambiguas.

A la vez tiene puntos de vista muy personales, que parten de sus propias necesidades y preocupaciones; prefiere mantenerse a distancia del entorno como una forma de defensa frente al medio.

Ideación: Estilo básico de responder al entorno.

Es una persona que no tiene un estilo definido; en ocasiones puede ser bastante emocional y precipitada en elaborar sus juicios y en otras aún cuando sean parecidas tenderá a retraerse en sus pensamientos.

Cambiante y defensiva cuando se quiere distanciar de las situaciones que considera complicadas o ambiguas, son situaciones en que altera la manera de manejar la información nueva del entorno o de sus experiencias, por su orientación en eludir o ignorar características que pueden ser importantes.

Emplea esquemas de pensamientos y conceptos simplistas, concretos e inflexibles y en ocasiones interferidas por una lógica distorsionada y errónea.

Denota una marcada rigidez en sus ideas y creencias lo que señalan resistencias a nuevos modos de ver y hacer las cosas.

Se refugia en la fantasía, probablemente como negación y compensación por las frustraciones que siente ante las exigencias del diario vivir y por necesidades básicas internas que percibe como no satisfechas y que no expresa; estilo de evitación-negación que le impiden profundizar y tomar conciencia de su problemática.

Sus ideas y conceptualizaciones dejan ver, dificultades en la claridad y calidad del pensamiento, dados por una lógica concreta, forzada y contradictoria en sus razonamientos, fallos en el curso del pensamiento por influencia de su imaginación, expresiones idiosincrásicas y perseveraciones que le restan fluidez, claridad y calidad a sus pensamientos, limitando su capacidad para hacer frente a las situaciones complicadas o ambiguas de manera efectiva.

Control y tolerancia al estrés y frente a la frustración

En general cuenta con recursos personales desarrollados cuantitativamente menor de lo esperado en adultos, lo que señalan su vulnerabilidad crónica que limitan su capacidad de control frente al estrés y la frustración, en situaciones complicadas, ambiguas o de mayor exigencia; capaz de mantener este control en un entorno rutinario claramente definido y que pueda sentir bajo su control.

el área de los afectos.

Personalidad evitativa y cambiante, maneja sus emociones de manera inconsistente lo cual la hacen impredecible en sus conductas; de emociones contenidas o bruscas cuando percibe una situación difícil, porque le cuesta manejar la complejidad y ambigüedad.

Usualmente es bastante emocional y receptiva en ante los intercambios afectivos, sin embargo se distancia, e inhibe la expresión de sus afectos, por su temor a que se vuelvan muy intensas y no manejarlos adecuadamente por sus rasgos de oposición lo que no le permiten establecer y mantener relaciones gratas para ella.

Deja ver una complejidad psicológica conflictiva y pasiva que le restan capacidad de afrontamiento ante situaciones difíciles o de emociones intensas.

En los aspectos de su autopercepción.

Está retraída y autocentrada , pero sin indicios de algún tipo de introspección acerca de si misma; en cambio, deja ver, preocupaciones en relación a la impresión pesimista que tiene de si misma, con vivencias de haber sufrido un daño moderado en su identidad, ligado a una figura materna peligrosa y hostil, que ha dificultado el establecimiento de su adecuada autoimagen, se mira a si misma con representaciones basadas en atribuciones de su imaginación, con sesgos y distorsiones ocurridas en sus experiencias sociales; ha aprendido a manejar una auto imagen de manera más intelectualizada, con actitudes pasivas-dependientes y de evitación-negación como mecanismos defensivos en espera de que otros le señale que hacer o solucionen sus problemas; para evitar responsabilidades y retraerse ante las dificultades y/o probablemente como un medio para manejar a los otros.

En el plano de las relaciones interpersonales.

Habitualmente suele adoptar actitudes y conductas pasivas en sus relaciones interpersonales, aunque también puede asumir posturas de resistencia u oposición pasiva ante situaciones que le resulten problemática.

La impresión poco realista, sesgada y distorsionada que posee de si y los otros, la llevan a malinterpretar los gestos sociales, asumiendo actitudes y conductas defensivas, autoritarias e ineficaces si se siente cuestionada, se remite a un trato superficial y distante.

Es una persona que ha internalizado las relaciones objétales con fuertes incongruencias; siente que pueden ser reciprocas pero a la vez las tiñe de pesimismo e inadecuación.

Denota así mismo una falta de interés genuino por el otro, lo que implica falta de empatía, pero a la vez busca relaciones de dependencia, con necesidad de tener confianza en el otro y la búsqueda de un excesivo apoyo emocional.

Resumen

Personalidad que convive con dificultades en su percepción-pensamiento: la conceptualización de sus ideas y su visión del entorno muestran contradicciones y dificultades, así como en la manera de mirarse y mirar a los otros, en sus afectos y en sus relaciones interpersonales, de los cuales probablemente no es consciente.

Estilo evitativo que usa mecanismos defensivos como: la negación, pasividad, dependencia, resistencia pasiva y la disociación en una organización de personalidad límite.

F.2. 2.- Resultados del Rorschach de la madre del niño malnutrido por déficit.

Madre de 36 años, con primaria completa, natural de Ayacucho, conviviente con 2 hijos.

La característica más importante de la presente estructura psicológica que gravitan de manera importante en el resto de la personalidad están en relación Al déficit general en sus capacidades que se manifiestan como una constricción cognitiva-emocional que en principio señalan una crónica vulnerabilidad para afrontar muchas situaciones de exigencias de la vida cotidiana y del medio social.

Los limitados recursos psicológicos desarrollados le generan dificultades crónicas, por un lado, en situaciones cotidianas complicadas, ambiguas o de mayor tensión, y en ámbitos que incluyan aspectos de su vida socio afectivo en donde se manifiesta como inhabilidad social.

Aparentemente dispone de controles adecuados frente al estrés y a la frustración y seguramente se da en ambientes o situaciones claramente definidas, rutinarias, libre de ambigüedad y complicaciones, donde afronte sólo lo básico y obvio, siendo muy susceptible a perder este control en situaciones que perciba como complicadas o ante el aumento de las demandas externas y si las situaciones se vuelven ambiguas o inciertas.

- *Afectos*

Es una persona que probablemente está acumulando irritación y malestar interno por la fuerte constricción de sus sentimientos incluyendo sus necesidades de apego cercano con los demás; ha desarrollado un estilo evitativo, mediante el cual elude o ignora siempre que puede lo que percibe o le resulta problemático o ambiguo de las exigencias de la vida cotidiana y sobre todo en su interacción afectiva con los otros, creándole contradicciones y dificultades.

Generalmente es muy susceptible y receptiva al encuentro afectivo con los otros con intentos espontáneos en estos intercambios, sin embargo, constriñe sus sentimientos, restringiendo sus expresiones afectivas y mostrándose distante en su trato.

En situaciones difíciles o de presión externa busca mantenerse firme adoptando posturas y actitudes antagonistas y opositoras que se convierten en interferencias negativas que se manifiestan en conductas de resistencia pasiva, son características que le restan capacidad para establecer y mantener relaciones de amistad gratas y recíprocas para ella y los demás.

No es compleja en su funcionamiento psicológico, como producto de su constricción cognitiva y emocional, lo que se advierte en su falta de fluidez asociativa y en la estereotipia de sus contenidos, son rasgos que le crean dificultades en el afronte de situaciones que tengan que ver con emociones intensas y complejas.

- *En los aspectos de su autopercepción*

Posee un nivel de autoestima y/o valía personal adecuado frente a los demás, actualmente se encuentra en un proceso de introspección, cavilaciones en que busca ser objetiva en torno a necesidades que no expresa o en una reevaluación de su auto imagen; no obstante, no profundiza; su sentido de identidad están basadas más en atribuciones imaginarias y poco realistas, no se conoce, posee una comprensión limitada de sí y de los otros.

Es una persona que percibe el entorno como hostil y amenazante, en su desarrollo ha vivenciado las relaciones de apego como inseguro, distante, frío, constrictivo sobre todo con la figura materna, ha inhibido, reprimido la adecuada expresión de sus necesidades básicas; sin embargo, no tiene noción de sus conflictos.

No ha aprendido a establecer vínculos directos y profundos con los otros porque lo siente inseguro, pero recurre a posturas pasivas y dependientes frente a los demás en espera que le proporcionen pautas, directrices o la solución a sus problemas.

- *En el plano de las relaciones interpersonales*

Su carencia de recursos le ha generado un estado de inhabilidad social, lo que manifiesta en sus actitudes y conductas pasivas-dependientes en sus interacciones sociales, lo que no significa que sean necesariamente sumisas ya que en ocasiones que considere un reto puede presentar conductas de resistencia u oposición pasiva.

Los componentes pasiva-dependiente, son mecanismos defensivos por el cual elude asumir iniciativas y responsabilidades, en espera probablemente ingenua, de un entorno que le de constante pautas y directrices o solucionen sus problemas y responsabilidades; requiere de los otros pero no tiene expectativas de relaciones profundas de cercanía emocional ni prevé interacciones positivas como algo habitual.

Le interesan las personas pero tiene una comprensión limitada de ellas, las atribuciones imaginarias que les adscribe le generan temor, no obstante se adecua en las interacciones sociales asumiendo un rol pasivo-dependiente, actualmente tiende a ser menos activa en esta área.

Ha aprendido a vivenciar las relaciones objétales con un interés sin el grado de compromiso íntimo en la interacción, pero a la vez, también la búsqueda del mayor apoyo emocional del entorno.

- *Procesamiento de la información: Estilo de prestar atención al entorno*

Cuando presta atención a su entorno evita afrontar siempre que puede las situaciones que le resultan complicadas y ambiguas.

Organiza sus experiencias y/o las diferentes situaciones o hechos priorizando el enfoque de lo más sencillo, obvio y concreto en lo que imprime un adecuado esfuerzo y motivación, con hábitos previsibles y en los que seguramente logra ser efectiva.

Se esfuerza en su intento de alcanzar altas metas, manejarlo o controlarlo todo, sin embargo, la calidad de sus elaboraciones deja entrever un potencial intelectual adecuado, sencillo y poco elaborado que se advierte

en la estereotipia repetitiva cuando organiza, de lo que se deduce que a pesar del esfuerzo que pueda desplegar en su alta necesidad de logros su productividad es limitada.

- **Mediación cognitiva: nivel de eficacia práctica en el rendimiento, ajuste perceptivo y adaptabilidad**

En general adapta y ajusta sus conductas al entorno, capaz de manejar actitudes y conductas esperadas y aceptables en situaciones conocidas y familiares, respondiendo siempre en los términos más sencillos y adoptando posturas pasivo-dependientes.

Tiende a errores habituales por interferencias negativas de sus afectos (enojo, negativismo) como defensa frente a situaciones que quiere eludir, y por necesidades internas que la presionan y no expresa.

Suele también ver las cosas en función de sus necesidades restándole capacidad para percibirse y percibir las experiencias de manera realista, creándole dificultades en su comunicación con el entorno, sobre todo en situaciones complicadas.

- **Ideación: estilo básico de responder al entorno**

Es una persona con limitados recursos, posiblemente por represiones en su desarrollo; evita o ignora siempre que puede lo que percibe como difícil o ambiguo, sus esquemas de pensamientos son poco elaborados, las funciones lógicas que se perciben en sus conceptualizaciones son sencillas y concretas y en ocasiones pueden generar patrones de pensamientos alterados en su lógica.

Indecisa y cambiante con dificultades para resolver situaciones complicadas y/o adaptarse a entornos complejos.

Es flexible y receptiva a escuchar nuevas perspectivas y aprendizajes, no obstante es pasiva, no asume responsabilidades ni nuevas iniciativas en su conducta.

En el plano de su vida profunda, se siente presionada por necesidades que probablemente no las siente satisfechas y que no expresa pero que la retraen e interfieren sus pensamientos.

F. 2. 3.- Resumen

Personalidad que presenta una constricción cognitiva-emocional, que implica la restricción en su capacidad de reflexión y la inhibición de sus emocional de lo que se infiere su básica inmadurez y crónica vulnerabilidad cuando tenga que afrontar las situaciones complejas (problemáticas) o inciertas.

Estilo evitativo que utiliza mecanismos defensivos como la negación, pasividad, dependencia, resistencia pasiva.

Ha aprendido a comportarse pasivamente en espera que sean los otros que le den pautas, o solucionen sus problemas; su estilo evitativo no le permite involucrarse más allá de lo formal, evitando siempre que puede las circunstancias desagradables, complicadas o inciertas, sin tener noción de sus conflictos.

Probablemente ha desarrollado características que se presentan en la indefensión aprendida

G.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente estudio nos ha permitido conocer las actitudes presentes en las madres cuyos niños presentan malnutrición por exceso y por déficit, así como también conocer la relación afectiva que se da entre madre e hijo en los casos extremos.

Acorde a los resultados cuantitativos la Hipótesis 2 es válida, las actitudes maternas de Rechazo hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son diferentes de las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable. De manera que las actitudes de rechazo se dan más en el grupo de niños con malnutrición por Déficit, seguido por el grupo de niños con malnutrición por exceso, siendo la Actitud de Rechazo una actitud negativa por las consecuencias que tiene en el desarrollo de los niños ,tales como: retraso en el desarrollo intelectual, en la percepción ,en su conducta y demostrado a través de conductas como intentos de ganar atención a través de lloriqueos, quejándose, hiperactividad, buscando elogios o castigos, pataletas, enfermedades constantes y la falta de una respuesta afectiva adecuada de parte de la madre que evidencia un comportamiento narcisista o infantil, por la Proyección de los sentimientos de los padres hacia la madre, por el desplazamientos de los sentimientos de uno de los padres hacia otra persona o el desplazamiento de la hostilidad hacia otro familiar (hermano, hermana),por un Complejo de Edipo no resuelto, expresado en la creencia de que el niño representa un rompimiento en la relación madre –niño, el padre tiende a tomar el rol de la madre y la madre y el niño se vuelven alienados, pudiendo utilizar al niño para hacer daño al otro, lo que genera que el niño se torne temeroso, compulsivo, perfeccionista, introversión, con futuras fugas, represión y menosprecio de si mismo, intentando ganar afecto a través de conductas inadecuadas,

limitando la exploración manipulación y dominio del medio ambiente, obstaculizado en la habilidad de sublimación., esta tan ocupado de ganar afecto, que no puede desarrollar el interés por el mundo externo

Así mismo pueden desarrollan reacciones psicopaticas, rompiendo reglas, no respetando normas, con ausencia de sentimientos de culpa e inestabilidad emocional.

Al presentar la actitud de rechazo, las madres no pueden brindar los cuidados maternos necesarios para el desarrollo y crecimiento optimo de su hijo ,generando un apego inseguro en sus diversas modalidades (evitación ,resistente o desorganizado),situando al niño en una situación de riesgo para su desarrollo ,por lo tanto nos permite considerar a la actitud materna de rechazo como un factor de riesgo en la malnutrición infantil y que la madre debe ser tomada en cuenta en los programas de prevención y/o recuperación de los niños con malnutrición infantil. Siendo el apego una vinculación afectiva intensa ,duradera ,de carácter singular ,que se desarrolla y consolida entre dos personas, a través de su interacción reciproca ,y cuyo objetivo mas inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza, ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección ,al estudio de los casos extremos se puede detectar un apego inseguro en la relación de ambas madres para con su niños, el sistema vincular no deriva de la función alimentaria y es como esta de vital , importancia para la supervivencia del neonato. el bebe busca la proximidad de su madre por necesidad de seguridad y para aumentar las posibilidades de supervivencia, pero lamentablemente este tipo de apego no se da ,se presenta en su sistema vincular un tipo de apego inseguro ,que los pone en situación de riesgo, ya que sus reacciones son mecanismos de defensa para adaptarse y están expuestos a vulnerabilidades y desviaciones psicopatológicas, trastornos ansiosos y de conducta. Conductas que Winnicott define: como una madre que no puede ser una "madre suficientemente buena " y no le puede proveer un ambiente facilitador para ello limitando su desarrollo optimo, al no poder ser un sostén psicoafectivo.

Al estudio cualitativo de la actitud de Rechazo en los casos extremos, se puede decir que los "trastornos de alimentación estarían actuando como un sustituto de la madre evocada que no ha sabido darles un apego seguro, mientras que una satura de alimentos la otra descuida la alimentación de sus hijos"
aprendieron a expresarlas, pero no tienen noción de estos conflictos e idealizan su realidad actual ;como mejor de lo que es en realidad, porque no llevan a cabo o no lo realizan adecuadamente, una por coartación en sus

recursos psicológicos (Sra. Juana) y la otra por la disociación o contradicciones en sus recursos psicológicos, dándose los problemas de malnutrición una por desnutrición y la otra por saturación, madres distantes pero a la vez pasivas y dependientes del entorno, eluden sus responsabilidades y las circunstancias que perciben como problemáticas, inciertas o de mayor presión, con la esperanza que las pautas o soluciones provengan del entorno, mantienen problemas sin resolver en la individuación y separación que vivieron y que actualizan con sus propios hijos.

La Hipótesis 4, es válida, las actitudes maternas de Aceptación hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son diferentes de las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable. De manera que las actitudes de aceptación se dan más en el grupo de niños con nutrición saludable, seguido por el grupo de niños con malnutrición por exceso siendo madres con una adecuada identificación con el niño, con respuestas emocionales sinceras del niño, evidenciando un interés sincero en el desarrollo con el niño, exteriorizando ,se interesa por sus gustos y actividades del niño, proveyéndole contactos sociales acorde a su edad ,por lo tanto el niño responde y desarrolla positivamente a la socialización, desarrollando adecuados sentimientos de amistad, mostrando entusiasmo e interés por su alrededor, tornándose sus sentimientos consistentes con su comportamiento.

Este tipo de actitud se presenta en una madre con un matrimonio estable, que no presenta problemas respecto al embarazo y con naturalidad y placer acepta del niño.

Madres que tuvieron una niñez emocionalmente segura, conflictos Edípicos resueltos, con sentimientos de culpa y de ansiedad bajos, no evidencian comportamientos narcisistas, con un Súper Yo fuerte pero no impositivo identificándose con su padres, aceptan sus roles sexuales y tiene metas realistas.

El estudio de ambos casos extremos, nos permite inferir que, si se puede interpretar las actitudes psicoanalíticamente y que podemos utilizar la escala de actitudes maternas como un tamizaje en poblaciones numerosas donde no se pueda utilizar un Rorschach por el tiempo invertido en su aplicación calificación e interpretación.

H.- CONCLUSIONES DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

De la realización del estudio cuantitativo, se derivan las siguientes conclusiones:

La Escala de actitudes de Roth presenta evidencias de validez de constructo.

La Escala de actitudes de Roth presenta evidencias de confiabilidad por consistencia interna

La hipótesis 1 no es válida, las actitudes maternas de sobreprotección hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son similares a las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable.

La Hipótesis 2 es válida, las actitudes maternas de Rechazo hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son diferentes de las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable. De manera que las actitudes de rechazo se dan más en el grupo de niños con malnutrición por Déficit, seguido por el grupo de niños con malnutrición por exceso.

La Hipótesis 3, no es válida, las actitudes maternas de Sobreindulgencia hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son similares a las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable.

La Hipótesis 4, es válida, las actitudes maternas de Aceptación hacia los niños menores de 3 años de edad malnutridos por exceso y por déficit son diferentes de las actitudes maternas de los niños con nutrición saludable. De manera que las actitudes de aceptación se dan más en el grupo de niños con nutrición saludable, seguido por el grupo de niños con malnutrición por exceso

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO CUALITATIVO

- Los hallazgos encontrados en los presentes retratos psicológicos, nos muestran factores comunes así como diferencias (las cuales son: cuantitativas, en intensidad y calidad) para el análisis, que pasaremos a describir;

Factores comunes

- Las dos estructuras psicológicas han desarrollado un estilo evitativo, como una forma de controlarse, guiándose por patrones de pensamiento lógicos simples y concretos, restringen la reflexión, y evitan el compromiso afectivo; pero, pueden tener cambios repentinos en sus conductas.
- Ambas dejan ver problemas con el símbolo de la figura materna, que ha dado lugar a un apego inseguro
- No han logrado la adecuada expresión de sus necesidades básicas internas.
- Han desarrollado un estilo de personalidad evitativa en el apego, no tienen empatía, manejan relaciones distantes y superficiales.
- No tienen una cabal comprensión de sí mismas ni de los demás, ni noción de sus conflictos.
- Han desarrollado mecanismos defensivos para reducir las consecuencias que las puedan afectar para así seguir funcionando en su cotidianeidad.
- Son distantes pero a la vez son pasivas y dependientes del entorno, eluden sus responsabilidades y las circunstancias que perciben como problemáticas, inciertas o de mayor presión, con la esperanza que las pautas o soluciones provengan del entorno.
- Mantienen problemas sin resolver en la individuación y separación que vivieron y que actualizan con sus propios hijos.
- Los trastornos de alimentación actúan como un sustituto de la madre evocada que no ha sabido darles un apego seguro, mientras una satura de alimentos la otra descuida la alimentación de sus hijos.
- *Factores diferentes*
- *Mientras que en la Sra. Juana R. el apego inseguro vivido con la figura materna le ha creado problemas incidiendo en su constricción cognitiva-emocional.*
- *- la Sra. Erika el apego inseguro vivido con la figura materna le ha creado problemas en su percepción-pensamientos.*
- *Mientras que la Sra. Juana R. es flexible a la escucha de nuevas alternativas y aprendizajes pero es pasiva y dependiente del entorno.*

- *La Sra. Erika O. es inflexible al cambio de ideas y la escucha de nuevas alternativas y aprendizajes, requerirá de tiempo, a la vez es pasiva y dependiente del entorno.*
- *La Sra. Juana R. idealiza las relaciones de nutrición obvia y esperada, pero no lo efectúa adecuadamente, probablemente porque no tiene noción de la problemática subyacente pero también porque no asume el real compromiso para llevarlo a cabo.*
- *La Sra. Erika O, realiza el desplazamiento de la madre evocada, proyectando en sus hijos las necesidades infantiles que no vivió adecuadamente, que la llevan a saturar (alimentación). La Sra. Juana R. presenta características de la indefensión aprendida*
- *.La Sra. Erika O. presenta mayor disociación dentro de una personalidad límite.*

I.- RECOMENDACIONES.

Se recomienda realizar una investigación a fin que sus resultados puedan ser extrapolados con miras de crear un programa enmarcado en atención primaria dirigido a madres gestantes y madres de niños menores de 5 años a nivel institucional y a nivel nacional.

Dados los resultados obtenidos es importante evaluar el tipo de apego que se presenta en madres de niños con malnutrición.

Evaluar el tipo de apego que se presenta en las madres de niños que presentan malnutrición y que están hospitalizados.

Conocedores de las consecuencias de la malnutrición también se hace importante evaluar malnutrición, desarrollo psicomotor e inteligencia.

Así como también poder realizar una investigación longitudinal y poder conocer las repercusiones en su óptimo desarrollo, conocer si mantienen problemas de alimentación.

K.- REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Abadi, S. (1996) Transiciones. (1ª Edición).Buenos Aires: Lumen.
- Bateman, M (1995) Vigilancia Nutricional: medida del estado nutricional de una población.
- Bowlby J. (1997) La Perdida Afectiva. Barcelona: Paidós.
- Bowlby J, (1999) Vínculos Afectivos. Madrid: E Morata.
- Bleichman y Bleichman N yC. (1989) El Psicoanálisis después de Freud. Bs.As.: Eleia.
- Casullo, M, Fernández M (2005) Los Estilos de Apego. (1ª Edición). Bs.As.: JVE.
- Cuadros M, Neja S, Ocampo (1987) Deprivación Psicoafectiva. (3a. Edición).Bogotá: Presencia.
- Compendio -1995 niños. A.B.Prisma.Lima, Peru.Vol.11 p3-6.
- Endes (1992-1996) Determinantes de la Desnutrición Aguda y Crónica en Niños Menores de 3 años. Perú.
- Fríase, P., Melli, R. (1967) Psicología de las Actitudes.Argentina: Proteo.
- Freud, S. (1898) La Sexualidad en la Etiología de las Neurosis.Argentina: Amorrourtu.Vol
- Freud, S. (1899) Sobre los Recuerdos encubridores.Argentina: Amorrourtu.Vol.3
- Freud, S. (1908) Teoría Sexual Infantil.Argentina: Amorrourtu, Vol. 09.
- Freud, S. (1909) Análisis de la Fobia de un Niño.Argentina: Amorrourtu.Vol X.
- Freud, S. (1914) De la Historia de una Neurosis Infantil.Argentina: Amorrourtu.Vol17.
- Freud, S. (1917) Un Recuerdo de Infancia. Argentina: Amorrourtu.Vol17.
- Freud, S. (1919) Pegan a un Niño.Argentina.:Amorrourtu.Vol.17.
- Hernández, Fernández, Baptista. (2003)Metodología de la Investigación. (3ª Edición) México: Mc.Graw-Hill.
- Heredia, B. (2005) Relación Madre e Hijo. (1ª Edición).México: Trillas.
- Hernandez, R., Sastre G. (1999).Tratado de Nutrición.España: Ediciones Diaz de Santos S.A.
- Hinshelwood R.D. (1989). Diccionario del Pensamiento Kleiniano.Buenos Aires: Amorrourtu.
- Kimball, Young. (1963).Psicología Social. (1ª edición) Buenos Aires.Paidós.
- Laplanche, (1977) Diccionario de Psicoanálisis.Barcelona: LABOR S.A.
- Llanos, M. (1971) El Funcionamiento Intelectual de los Niños en Zonas Marginales.Vol 5 N ° 6.Perú: Centro de estudios de Población y desarrollo.
- Mahler S, M.y otros (1977) El Nacimiento Psicológico del Infante Humano.

- (1ª. Edición.)Buenos Aires: Marymar.
- Majluf A. (1993) Marginalidad, Inteligencia y Rendimiento Escolar. (1ª. Edición).Lima: Brandon Enterprise.
- Pelorosso, A. M. (1995) Cuadernos Winnicottianos.Publicación de Cultura de la Facultad de Psicología, de la UBA.
- Romano, E. (1997) Psicopatología Infantil y Psicoanálisis.Buenos Aires: El.Nueva Visión.
- Rascovsky A. (1985) El filicidio. Buenos Aires: E Orión.
- Segal H. (1984) Introducción a obra de Melanie Klein.España: Paidos.
- Siegel, S. y Castellán, N. (2003). Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. México D.F.: Trillas.*
- Spitz, R. (1992) El Primer Año de Vida del Niño.Bs.As.: Fondo de Cultura Económica.
- Welldon E. (1993) Madre, Virgen, Puta. Madrid: El Siglo Veintiuno S: A.
- Winnicott D. W. (1971) Realidad y Juego.Barcelona. : El Gedisa.
- Winnicott D.W. (1993) Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador. (1Edición) Buenos Aires: Paidos.
- Winnicott, D.W. (1960) Teoría de la Relación entre Progenitores –Infante.Bs.As: Paidos.
- Winnicot D.W.- (1965} Clínica Psicoanalítica Infantil.BsAs: Paidos.
- Winnicot D.W. (1983) Escritos de Pediatría y Psicoanálisis.España: Laia.
- Young, F. (1984) Psicología de las Actitudes.Argentina: Paidos.
- Zelaya C, Mendoza J., Soto E. (2006) La Maternidad y sus Vicisitudes de hoy. (1ª Edición).Perú: Siklos S.R:
- Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo dirigido por Karlos Pérez de Armiño y editado por Icaria y Hegoa en el año 2000. http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/indice_analitico
- . El vínculo madre-bebé afecta al desarrollo del cerebro 03/11/2009. . www.ryerson.ca/research

J.- ANEXOS

NO	Constelación de Suicidio
NO	= $FV + VF + VFD > 2$
SI	= $Col-SH > 0$
NO	= $.31 < 3r+(2)/R < .44$
NO	= $MOR > 3$
NO	= $Zd < -3.5$ o $Zd > 3.5$
SI	= $es > EA$
NO	= $CF + C > FC$
SI	= $X+\% < .70$
NO	= $S > 3$
NO	= $P < 3$ o $P > 8$
SI	= $H pura < 2$
SI	= $R < 17$
5	= TOTAL

SI	Índice de Inhabilidad Social
SI	= $(EA < 6)$ o $(AdjD < 0)$
SI	= $(COP < 2)$ y $(AG < 2)$
SI	= $(SumPond C < 2.5)$ o $(Afr < .46)$
SI	= $(pasivos > activos + 1)$ o $(H pura < 2)$
NO	= $(Suma T > 1)$ o $(Aislamiento/R > .24)$ o $(Fd > 0)$
4	= TOTAL

NO	Índice de Hipervigilancia
SI	= $(1) FT + TF + T = 0$
NO	= $(2) Zf > 12$
NO	= $(3) Zd > +3.5$
NO	= $(4) S > 3$
NO	= $(5) H + (H) + Hd + (Hd) > 6$
NO	= $(6) (H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3$
NO	= $(7) H + A : Hd + Ad < 4:1$
NO	= $(8) Cg > 3$
1	= TOTAL

NO	Índice de Esquizofrenia
SI	= $(X+\% < .61)$ y $(S < .41)$ o $(X+\% < .50)$
NO	= $X-\% > .29$
NO	= $(FQ->=FQu)$ o $(FQ->FQo + FQ+)$
NO	= $(Suma Nvl-2 CC.EE.>1)$ y $(FAB2>0)$
NO	= $(SumaBr6 CC.EE.>6)$ o $(SumPond6 CC.EE.>17)$
NO	= $(M->1)$ o
NO	= $(X-\% > .4)$
1	= TOTAL

NO	Índice de Depresión
NO	= $(FV+VF+V > 0)$ o $(FD > 2)$
NO	= $(Complj. Col-Somb. > 0)$ o $(S > 2)$
SI	= $(3r+(2)/R > .44)$ y $Fr+rF=0)$ o $(3r+(2)/R < .33)$
NO	= $(Afr < .46)$ o $(Complj.<4)$
NO	= $(SumSH > FM+m)$ o $(Sum C > 2)$
NO	= $(MOR > 2)$ o $(2AB+Ay+Art > 3)$
SI	= $(COP < 2)$ o $(Aislamiento/R > .24)$
2	= TOTAL

NO	Índice de Estilo Obsesivo
NO	= $(1) Dd > 3$
NO	= $(2) Zf > 12$
NO	= $(3) Zd > +3.0$
NO	= $(4) Populares > 7$
SI	= $(5) FQ+ > 1$
Marcar positivo si se cumplen 1 o + condiciones:	
NO	= Se cumplen todas, de 1 a 5
NO	= Se cumplen 2 o más, de 1 a 4 y $FQ+ > 3$
NO	= Se cumplen 3 o más, de 1 a 5 y $X+\% > .89$
NO	= $FQ+ > 3$ y $X+\% > .89$
0	= TOTAL

MADRE DE NIÑO CON MALNUTRICION POR EXCESO

NO	Constelación de Suicidio
NO	= $FV + VF + VFD > 2$
SI	= $Col-SH > 0$
NO	= $.31 < 3r+(2)/R < .44$
NO	= $MOR > 3$
NO	= $Zd < -3.5$ o $Zd > 3.5$
SI	= $es > EA$
NO	= $CF + C > FC$
SI	= $X+\% < .70$
NO	= $S > 3$
NO	= $P < 3$ o $P > 8$
SI	= $H\text{ pura} < 2$
SI	= $R < 17$
5	= TOTAL

SI	Índice de Inhabilidad Social
SI	= $(EA < 6)$ o $(AdjD < 0)$
SI	= $(COP < 2)$ y $(AG < 2)$
SI	= $(SumPond C < 2.5)$ o $(Afr < .46)$
SI	= $(pasivos > activos + 1)$ o $(H\text{ pura} < 2)$
NO	= $(Suma T > 1)$ o $(Aislamiento/R > .24)$ o $(Fd > 0)$
4	= TOTAL

NO	Índice de Hipervigilancia
SI	= (1) $FT + TF + T = 0$
NO	= (2) $Zf > 12$
NO	= (3) $Zd > +3.5$
NO	= (4) $S > 3$
NO	= (5) $H + (H) + Hd + (Hd) > 6$
NO	= (6) $(H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3$
NO	= (7) $H + A : Hd + Ad < 4:1$
NO	= (8) $Cg > 3$
1	= TOTAL

NO	Índice de Esquizofrenia
SI	= $(X+\% < .61)$ y $(S < .41)$ o $(X+\% < .50)$
NO	= $X-\% > .29$
NO	= $(FQ->=FQu)$ o $(FQ->FQo + FQ+)$
NO	= $(Suma Nvl-2 CC.EE.>1)$ y $(FAB2>0)$
NO	= $(SumaBr6 CC.EE.>6)$ o $(SumPond6 CC.EE.>17)$
NO	= $(M->1)$ o
NO	= $(X-\% > .4)$
1	= TOTAL

NO	Índice de Depresión
NO	= $(FV+VF+V > 0)$ o $(FD > 2)$
NO	= $(Complj.Col-Somb. > 0)$ o $(S > 2)$
SI	= $(3r+(2)/R > .44$ y $Fr+rF=0)$ o $(3r+(2)/R < .33)$
NO	= $(Afr < .46)$ o $(Complj.<4)$
NO	= $(SumSH > FM+m)$ o $(Sum C > 2)$
NO	= $(MOR > 2)$ o $(2AB+Ay+Art > 3)$
SI	= $(COP < 2)$ o $(Aislamiento/R > .24)$
2	= TOTAL

NO	Índice de Estilo Obsesivo
NO	= (1) $Dd > 3$
NO	= (2) $Zf > 12$
NO	= (3) $Zd > +3.0$
NO	= (4) $Populares > 7$
SI	= (5) $FQ+ > 1$
Marcar positivo si se cumplen 1 o + condiciones:	
NO	= Se cumplen todas, de 1 a 5
NO	= Se cumplen 2 o más, de 1 a 4 y $FQ+ > 3$
NO	= Se cumplen 3 o más, de 1 a 5 y $X+\% > .89$
NO	= $FQ+ > 3$ y $X+\% > .89$
0	= TOTAL

