

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Actitudes maternas en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad
hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima,
2017

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presentado por:

Autor: Bachiller Ruth Isabel Castillo Iglesias

Lima-Perú

2018

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico con mucho amor a mi esposo e hijos que siempre me alentaron y apoyaron para mi superación profesional.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por permitir se cumplan mis metas y aspiraciones, a mis padres, esposo e hijos por ser los motores para culminar mi carrera profesional, a mis profesores por las enseñanzas impartidas.

Presentación

Señores miembros del Jurado:

En acatamiento de las normas de la Facultad de Psicología y Trabajo Social de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según Directiva N° 003-FPs y TS-2016, expongo ante ustedes mi trabajo de investigación titulado: “Actitudes maternas en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima”, bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA para obtener el Título Profesional de Licenciatura.

Por lo tanto, espero que este trabajo de investigación sea debidamente evaluado y aprobado.

Atentamente,

Bach. Ruth Isabel Castillo Iglesias.

Índice

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Presentación.....	iv
Índice.....	v
Índice de Tablas.....	ix
Índice de Figuras.....	xi
Resumen.....	xiii
Abstract.....	xiv
Introducción.....	xv
CAPÍTULO I.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	16
1.2 Formulación del problema.....	19
1.2.1 Problema general:.....	19
1.2.2 Problemas específicos:.....	19
1.3 Objetivos.....	19
1.3.1 Objetivo general.....	19
1.3.2 Objetivos específicos.....	20
1.4 Justificación e importancia.....	20
CAPÍTULO II.....	22
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	22
2.1 Antecedentes.....	22
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	22

2.1.2	Antecedentes nacionales	25
2.2	Bases teóricas	27
2.2.1	Teoría del apego.....	27
2.2.2	Teorías de los estilos de crianza	32
2.2.3	Actitudes:	35
2.2.4	Maternidad:	38
2.2.5	Actitud materna.....	38
2.2.6	Escala de Actitudes maternas hacia la relación madre – niño de Robert Roth	41
2.2.7	Acompañamiento de los padres al niño hospitalizado.....	43
2.2.8	Efectos y adaptación de los padres durante la hospitalización infantil	45
2.2.9	Efectos de la comunicación sobre el nivel de estrés en padres de niños hospitalizados.....	49
2.2.10	Abordaje psicológico de madres de menores hospitalizados	50
2.3	Definición conceptual.....	50
CAPÍTULO III.....		53
METODOLOGÍA		53
3.1	Tipo y diseño utilizado	53
3.1.1	Tipo y enfoque	53
3.1.2	Niveles.....	53
3.1.3	Diseño de investigación	53
3.2	Población y muestra	54
3.2.1	Población.....	54
3.2.2	Muestra y muestro	54
3.3	Identificación de la variable y su operacionalización	56
3.3.1	Operacionalización de la variable	57
3.4	Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico.....	58

3.4.1	Técnicas de investigación	58
3.4.2	Instrumento de recolección de información	58
CAPÍTULO IV		61
PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.		61
4.1	Procesamiento de los resultados	61
4.2	Presentación de los resultados	61
4.3	Análisis y discusión de resultados.....	82
4.4	Conclusiones	85
4.5	Recomendaciones	86
CAPITULO V		87
INTERVENCIÓN.....		87
5.1	Denominación del programa	87
5.2	Justificación del programa	87
5.3	Establecimiento de objetivos:.....	88
5.4	Sector al que va dirigido.....	88
5.5	Establecimiento de las conductas problemáticas / meta	88
5.6	Metodología de la intervención	90
5.7	Instrumentación /materiales a utilizar	90
5.8	Actividades por sesiones	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		110
ANEXOS.....		115
Anexo 1. Matriz de consistencia.....		115
Anexo 2. Carta de presentación de la UIGV		118

Anexo 3. Carta de aceptación	119
Anexo 4. Escala de Actitudes Maternas en la Relación Madre – Niño	120
Anexo 5. Cuestionario de Datos Sociodemográficos.....	125
Anexo 6. Tabla de puntajes directos del protocolo de las actitudes maternas en la relación madre – niño.....	127
Anexo 7. Consentimiento informado	129
Anexo 8. Cuento de la Sesión 2: “El malvado Milisforo”	130
Anexo 9. Cuento de la Sesión 6: “La Señora Disciplina”	131
Anexo 10. Cuento de la Sesión 7: “La Jirafa Timotea”	133

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Estilos parentales: reacción de padres ante la demanda de sus hijos</i>	34
Tabla 2. <i>Características sociodemográficas de la madre</i>	55
Tabla 3. Características sociodemográficas del niño	56
Tabla 4. Operacionalización de la variable.....	57
Tabla 5. Cálculo de la media, mínimo y máximo de cada actitud materna	61
Tabla 6. Cuadro comparativo entre los puntajes percentilares de actitudes maternas	62
Tabla 7. Cuadro comparativo de los Niveles Altos para cada actitud materna .	63
Tabla 8. Cuadro comparativo de los Niveles Medios para cada actitud materna	64
Tabla 9. Cuadro comparativo de los Niveles Bajos para cada actitud materna	65
Tabla 10. Cuadro comparativo de los Niveles Muy bajos para cada actitud materna.....	66
Tabla 11. Nivel de la actitud materna de Aceptación.....	67
Tabla 12. Distribución de frecuencia y porcentaje de los niveles de actitud materna de Aceptación, según nivel socioeconómico por grado de instrucción.....	68
Tabla 13. Distribución de los niveles de actitud materna de Aceptación, según orden del niño hospitalizado	69
Tabla 14. Nivel de la actitud materna de Sobreprotección	70
Tabla 15. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreprotección, según nivel socioeconómico.....	71
Tabla 16. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreprotección, según orden del niño hospitalizado	73

Tabla 17. Nivel de la actitud materna de sobreindulgencia	74
Tabla 18. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreindulgencia, según el nivel socioeconómico	75
Tabla 19. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreindulgencia, según orden del niño hospitalizado	77
Tabla 20. Nivel de la actitud materna de rechazo	78
Tabla 21. Distribución de los niveles de actitud materna de Rechazo, según nivel socioeconómico	79
Tabla 22. Distribución de los niveles de actitud materna de Rechazo, según orden del niño hospitalizado.....	81

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Distribución porcentual entre los puntajes percentilares de las actitudes maternas	62
<i>Figura 2.</i> Distribución porcentual entre los Niveles Altos de las actitudes maternas	63
<i>Figura 3.</i> Distribución porcentual entre los Niveles Medios de las actitudes maternas	64
<i>Figura 4.</i> Distribución porcentual entre los Niveles Bajos de las actitudes maternas	65
<i>Figura 5.</i> Distribución porcentual entre los Niveles Muy bajos de las actitudes maternas	66
Figura 6. Distribución porcentual del grado de la actitud materna de Aceptación	67
Figura 7. Distribución porcentual de los niveles de actitud materna de Aceptación, según nivel socioeconómico (por grado de instrucción).	68
Figura 8. Distribución de los niveles de actitud materna de Aceptación, según orden del niño hospitalizado	69
Figura 9. Distribución porcentual del nivel de actitud materna de Sobreprotección	70
Figura 10. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreprotección, según nivel socioeconómico (por grado de instrucción).	71
Figura 11. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreprotección, según orden del niño hospitalizado	73
Figura 12. Distribución porcentual del nivel de actitud materna de Sobreindulgencia.	75

Figura 13. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreindulgencia, según el nivel socioeconómico (por grado de instrucción).....	76
Figura 14. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreindulgencia, según orden del niño hospitalizado	77
Figura 15. Distribución porcentual del nivel actitud materna de Rechazo.....	79
Figura 16. Distribución de los niveles de actitud materna de Rechazo, según nivel socioeconómico (por grado de instrucción)	80
Figura 17. Distribución de los niveles de actitud materna de Rechazo, según orden del niño hospitalizado	81

Resumen

Esta investigación es de tipo básica, realizada con un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo y diseño no experimental de corte transversal. Tiene como objetivo general determinar las “Actitudes maternas en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima”. El instrumento utilizado es el cuestionario de actitudes maternas de la relación madre-niño de Robert Roth, adaptada en Perú (Arévalo, 2005). La información fue procesada mediante el programa SPSS 23. Sobre una muestra de 66 madres con hijos hospitalizados, los resultados señalan que las madres presentaron nivel muy bajo de la actitud positiva de Aceptación con el 69.7% (46) de las madres e igualmente niveles muy altos de las actitudes negativas de Sobreprotección con 45.5% (30) y Sobreindulgencia con un 60.2% (43). Asimismo, el modelo fue elaborado de acuerdo a la actitud de sobreindulgencia dado que, es la más aceptada por las madres participantes en la investigación.

Palabras claves: Actitudes maternas, niños hospitalizados, aceptación, sobreprotección, sobreindulgencia, rechazo.

Abstract

This research is of a basic type, carried out with a quantitative approach, a descriptive level and a non-experimental cross-sectional design. Its general objective is to determine the "Maternal attitudes in mothers with children from 1 month to 7 years of age hospitalized in the pediatric medicine service of a hospital in Lima". The instrument used is the problem of maternal attitudes of the mother-child relationship of Robert Roth, adapted in Peru (Arévalo, 2005). The information processed by the SPSS program 23. On a sample of 66 mothers with hospitalized children, the results indicate that the mothers present a low level of positive attitude of acceptance with 69.7% (46) of the mothers. Higher negative attitudes are overprotective with 45.5% (30) and overindulgence with 60.2% (43). Likewise, the model was developed according to the attitude of overindulgence given that it is the most accepted by the mothers participating in the research.

Key words: Maternal attitudes, hospitalized children, acceptance, overprotection, overindulgence, rejection.

Introducción

El desarrollo psicosomático del niño se va generando por las actitudes que cotidianamente despliegan las madres, y son percibidas por el infante, así se va ir desarrollando en él determinadas conductas que aflorarán en su medio social. Como lo refiere Páucar (1990) citado en Gutiérrez (2012), la actitud materna es *“un sistema organizado y duradero de percepciones, conocimiento y sentimientos adquiridos a través de la experiencia que a su vez conducen a la madre a reaccionar afectivamente, a favor o en contra y de manera relativamente estable ante el hijo y que a medida que se convierten en extremos son sostenidas con mayor intensidad”*.

Conocer los tipos de actitud materna, es decir la relación que presentan las madres hacia sus hijos es de importancia, puesto que, si las actitudes resultan favorables, se llegaría a establecer la existencia de una adecuada relación entre madre e hijo referente al estilo de crianza; sin embargo, si se establecieran actitudes negativas se realizarían acciones de intervención para contrarrestar dicha situación. Por ello se pretende determinar las actitudes maternas más predominantes en madres con hijos en un Hospital de Lima.

El siguiente trabajo está estructurado por cinco capítulos. En el primer capítulo se presenta la realidad problemática, se formulan los problemas, objetivos de la investigación, y se plantea la justificación e importancia del estudio. En referente al segundo capítulo se presentan los antecedentes, que vienen a ser investigaciones tanto a nivel internacional como nacional, el marco teórico, en la cual se exponen las bases teóricas en relación a la variable actitud materna. Con respecto al tercer capítulo se hace referencia a la metodología a utilizar en la investigación, en este apartado se presenta el tipo de investigación, diseño, la población, muestra e información respecto al instrumento empleado. Seguidamente en el cuarto capítulo se podrán encontrar los resultados obtenidos de la investigación, además se presentan los análisis, conclusiones y recomendaciones del estudio realizado. Finalmente, en el capítulo quinto, se elabora un programa de intervención, en la cual se desarrollan sesiones de acorde al déficit obtenido en los resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los niños pre término nacen en una cifra estimada al año sobre cerca de 15 millones a nivel mundial. Asimismo, una principal causa de mortalidad en menores de cinco años es la prematuridad, lo que conllevó en el año 2015 a cerca de un millón de muertes, ocasionadas en su mayor parte por complicaciones en el parto. Existen otras causas de hospitalización de niños menores, tales como las Cardiopatías Congénitas, las mismas que luego son derivadas a las unidades de Cuidados Intensivos.

La Sociedad Peruana de Pediatría (2016), estima que en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” en el año 2013 las atenciones en el Servicio de emergencia pediátrica fueron de 21,140 niños con edades de 1 mes hasta 5 años, quienes son atendidos a causa de diversas enfermedades, causando efectos mayormente sobre las emociones de las madres que por primera vez han tenido hijos. Asimismo, García y De la Barra (2005) manifiestan que uno de cada cuatro niños o adolescentes, es hospitalizado y esto conlleva una serie de reacciones y afectaciones de índole emocional en el niño. (pág. 236). La madre representa un rol importante para el niño en la sociedad, ya que ellas son la primera fuente de satisfacción en las necesidades básicas del niño como: Alimentarlo y nutrirlo emocionalmente; ya que, ella es quién pasa mayor tiempo con su hijo velando por su bienestar y desarrollo psicológico, algunos autores han resaltado la importancia que tiene que la madre esté presente compartiendo sus primeras relaciones con su hijo, creando cimientos afectivos necesarios para que crezcan con seguridad, protección y buena adecuación de sus emociones, seguros de sí mismos y con valores, permitiendo sean más autónomos y transparentes en su interacción humana, afirmando que la calidad y calidez de estas dependerá en gran parte el futuro del niño. Por otro lado, una adecuada relación entre la madre y el hijo durante la infancia puede llegar a influir en su predisposición para establecer relaciones sanas a lo largo de su vida; hace referencia a que cuando las primeras relaciones son fuertes y seguras, se

establece un adecuado ajuste social y, por el contrario, una relación no grata con la madre, la ausencia de afecto y cuidado puede provocar en el hijo una personalidad poco afectiva o desinterés social. (Rodríguez, 2015). Por lo que es importante reconocer y/o identificar la relación que presenta con ellos, es decir qué tipo de actitud materna manifiesta en la crianza de su niño. Es de vital importancia reconocer que la formación de cada persona dependerá de lo que perciba en sus primeros años de vida, con la influencia de la madre como fuente de bienestar y satisfacción de sus necesidades básicas.

Estrella (1986) refiere los estudios de Kanner (1971), Cobas (1972) y Hurlock (1979) acerca de las actitudes maternas y resaltan su importancia en el desarrollo psicológico y social del niño; estos estudios destacan que madres sobreprotectoras producen en sus hijos conductas de timidez, sumisión y dependencia. Asimismo, las madres que tienen una actitud de rechazo provocan ansiedad, inseguridad, pobre autoestima, negativismo y hostilidad en el niño. La sobreindulgencia o permisividad de la madre generan en el niño una poca tolerancia a la frustración, rebeldía y una elevada demanda de atención.

La hospitalización produce en las madres sentimientos negativos para su conducta y actitudes que deberían estar orientadas a la mejora de sus hijos, así como contrarrestar las dolencias de ellos. Cuando los niños se hospitalizan la situación se vuelve estresante y con una serie de amenazas, pensamientos de frustración, cambios tanto para las madres como para sus hijos. La estancia o permanencia en hospitalización y las complicaciones pueden producir cambios en los familiares y principalmente de la madre del infante con un proceso de salud enfermedad deteriorada que busca restablecerla por un manejo clínico esmerado y especializado.

Las madres, en el proceso de adaptación de sus bebés hospitalizados con distintos diagnósticos, experimentan sentimientos negativos como manifestaciones de depresión, hostilidad, inferioridad, frustración, ira o culpa. Entonces la situación de tener un bebé enfermo desencadena un shock inicial cuando se ven enfrentadas con un bebé de buena salud en apariencia, de ese estado de shock llegan a la etapa de aceptación y luego a la de adaptación.

Procesos que subyacen al reconocimiento de la situación y la construcción de su “nuevo rol materno”. (Villamizar, Vargas, & Rueda, 2014)

Tales expresiones y comportamientos madre-recién nacido, también se observan en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital, esto es tan pronto la madre pueda visitar a su hijo por primera vez en ese entorno, en que el contacto a través de la comunicación, de la observación materna, del toque materno es restringido y sus reacciones dependen de sus creencias y su cultura. (Guerra & Muñoz, 2013)

Por ello, durante el año 2016, se evidenció una mayor cantidad de niños hospitalizados con diferentes diagnósticos, predominando las enfermedades respiratorias en el servicio de medicina pediátrica de un Hospital de Lima. Así mismo, se registró un total de 899 niños siendo el 77.5% menores de 7 años. La presencia de un miembro infante hospitalizado con diversos diagnósticos, presenta un cambio inesperado en las madres que se acompaña de múltiples emociones y pensamientos que pueden generar ciertas actitudes tales como: preocupación, inseguridad, estrés, irritabilidad dolor y frustración, por otro lado hay madres que lo toman con más calma mostrando interés, empatía, y amor hacia su niño llegando en algunos casos a comprender, adaptarse y aprender a llevar dicha situación; todo ello favorece al menor en sus necesidades mientras se encuentre internado en una institución hospitalaria.

Por lo tanto, la presente investigación es de importancia, pues permitirá identificar las diversas manifestaciones o actitudes de afronte de las madres frente a sus menores hijos que están hospitalizados, permitiendo mejorar las actitudes si estas son negativas, o por el contrario potenciar las actitudes positivas de aquellas madres que generan un aporte favorable para la pronta recuperación de salud de sus niños. Particularmente, se debe trabajar en aquellas madres que tienen actitudes negativas como sobreprotección, sobreindulgencia y de rechazo.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general:

¿Cuáles son los niveles de cada una de las actitudes maternas en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima en el año 2017?

1.2.2 Problemas específicos:

- ¿Cuál es el nivel de Aceptación en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima?
- ¿Cuál es el nivel de Sobreprotección en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima?
- ¿Cuál es el nivel de Sobreindulgencia en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima?
- ¿Cuál es el nivel de Rechazo en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima?
- ¿Cuáles son los niveles de cada una de las actitudes maternas en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima en el año 2017, según el nivel socioeconómico de acuerdo al grado de instrucción y lugar que ocupa el niño hospitalizado?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de cada una de las actitudes maternas en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar el nivel de Aceptación en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad, hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima.
- Determinar el nivel de Sobreprotección en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad, hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima.
- Determinar el nivel Sobreindulgencia en madres con hijos hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima.
- Determinar el nivel de Rechazo en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad, hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima.
- Determinar el nivel de cada una de las actitudes maternas en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad, hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima en el año 2017 según el nivel socioeconómico de acuerdo al grado de instrucción y lugar que ocupa el niño hospitalizado.

1.4 Justificación e importancia

Las madres con hijos hospitalizados presentan diferentes cambios emocionales y distintos pensamientos manifestados a través de actitudes con sus hijos, según señala (Hurlock,1982) las actitudes que presentan las madres hacia sus hijos se ven reflejadas en el trato que les dan, ante estas actitudes los niños reaccionan respondiendo con ciertas emociones o conductas hacia ellas, la interacción de las madres, así como la reacción de los hijos frente a ellas, influirá en gran medida en el proceso de recuperación de estos niños. Si las actitudes que presentan las madres son positivas, la relación madre- hijo al ser favorable generará lazos de empatía, confianza y amor, en cambio cuando las relaciones entre madres e hijos son negativas, el niño al sentirse carente de afecto, consideración puede deprimirse o incluso empeorar su proceso de recuperación.

La presente investigación es importante porque las actitudes que asuman las madres quienes son las que mayormente participan de los cuidados del hijo hospitalizado, dependerá el desarrollo del sistema inmunológico del niño o niña durante su primera etapa de vida, por lo que la madre debe sobrellevar un buen embarazo para garantizar después la salud del hijo por nacer. En tal sentido, las actitudes maternas dependen siempre de la edad de la madre, como también del nivel socioeconómico, grado de instrucción, apoyo familiar.

Estas actitudes cambian debido a que el rol materno conlleva mayores responsabilidades al tener un hijo cuyo estado de salud es vulnerable, esto asociado al número de hijos y la economía familiar, se desarrolla una problemática importante en nuestro país.

Al conocer los resultados de las actitudes maternas, nos llevará a buscar estrategias para planificar programas de intervención, talleres, información y apoyo para afrontar mejor la enfermedad de su niño, haciendo del tiempo de hospitalización, una estadía grata que sea lo más corta posible. Se debe buscar medidas de prevención tanto del embarazo precoz como de las comorbilidades que pueden presentar los niños hospitalizados, técnicas de la lactancia materna, vacunación. Brindarles cariño y motivación a nuestros niños para que su salud se restablezca en el periodo más corto posible.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes

A continuación, se presentan los antecedentes relacionados con la variable actitud materna (que viene siendo la relación entre la madre y el hijo), investigaciones tanto a nivel internacional como nacional.

2.1.1 Antecedentes internacionales

A nivel internacional, se han encontrado los siguientes antecedentes:

Maldonado (2017) en Quito, Ecuador realizó una investigación titulada “Proceso de fortalecimiento del vínculo madre hijo, con madres adolescentes de 15 a 18 años de la Fundación Casa Elizabeth” con el objetivo de fortalecer el vínculo madre-hijo, y para ello se intervino con 13 talleres grupales a fin de proporcionar un ambiente seguro, confidencial y confiable. Asimismo, mediante la auto-exploración, las relaciones interpersonales, la identificación, nuevas formas de construir vínculos seguros, se lograron cambios en sus estilos de apego. Las técnicas psicológicas usadas fueron: dinámicas grupales, el dibujo, collage y el psicodrama, por lo que las madres realizaron un proyecto de vida respecto a sus responsabilidades, prevaleciendo el desapego de sus padres a fin de elaborar una adecuada actitud materna, permitiendo así a las madres adolescente, tomar decisiones que, a fin de construir su propia estabilidad, sus hijos y el entorno.

Hidalgo (2017) en Quito, Ecuador llevó a cabo una investigación titulada “Estrés y afrontamiento en padres de niños hospitalizados en el área de pediatría del Hospital General Docente de Calderón” con el objetivo de medir el estrés parental y así determinar en padres de niños hospitalizados las estrategias de afrontamiento. Metodología: La investigación es de tipo descriptiva no experimental. Se utiliza la Escala de Estrés Parental y el Inventario de Estrategias de afrontamiento para la medición de variables. Como conclusión se establece la existencia de estrés parental en niveles altos, mientras que por otro lado fueron adecuadas las estrategias de afrontamiento. Se recomienda la

implementación de un protocolo de atención psicológica con la finalidad de brindar apoyo y soporte emocional a los padres.

Ramo (2017) en Castellón, España realizó una investigación titulada “Experiencia de las madres de menores hospitalizados. Elaboración de un plan de mejora desde un abordaje psicológico” con el objetivo de Analizar la experiencia de las madres de menores hospitalizados y diseñar un plan de mejora basado en la atención psicológica. Metodología. Estudio transversal con medidas retrospectivas. Los sujetos del estudio fueron 42 madres cuyos hijos habían permanecido ingresados en dispositivos hospitalarios. El método empleado fue la obtención de respuestas a través de un cuestionario propio donde se exploraban diferentes aspectos de la experiencia de las madres durante el ingreso del menor y tras recibir el alta hospitalaria. El análisis descriptivo de los datos se realizó empleando el SPSS Statistics 23. Resultados. Se presentaron niveles de estrés y ansiedad por parte de las madres que conforman la investigación. Algunas de las madres recibieron atención psicológica en relación con el ingreso de sus hijos y parte de la muestra consideró necesario haberla recibido. Conclusiones. El proceso de hospitalización del niño que conlleva un proceso de duelo para toda la familia (sobre todo en las madres) puede generar algunas respuestas desadaptativas o psicopatologías. Es necesario que se dé un proceso de humanización en la atención a los progenitores de menores hospitalizados que incluya la atención psicológica.

Restrepo (2014) en Medellín, Colombia llevó a cabo una investigación titulada “Fallas maternas: la historia del no cuidado en la dinámica relacional de madres con hijos con desnutrición tipo marasmo” con el objetivo de identificar las representaciones acerca de la maternidad, construidas por las madres de niños con desnutrición tipo marasmo en la Clínica Infantil Santa Ana durante el periodo 2011 y 2012. Método: El diseño es de tipo cualitativo, con un enfoque fenomenológico- hermenéutico, haciendo uso de la estrategia metodológica a partir de la historia de vida como. La técnica utilizada fue la entrevista, de quienes participaron 7 madres con las edades entre 15 y 46 años, con diagnóstico en sus niños con desnutrición tipo marasmo. Resultados: las representaciones sobre la maternidad, halladas en los relatos de madres de hijos con desnutrición tipo

marasmo, fueron de ayuda a la denominación de esta investigación como “Fallas maternas: la historia del no cuidado”; las cuales fueron comprendidas como un vínculo específico, ocasionando luego una deficiencia en la relación madre/hijo. Conclusiones: Siendo la desnutrición un asunto complejo que va más allá del alimento, los profesionales de la salud y bienestar deben analizar los aspectos psicológicos en paciente con desnutrición tipo marasmo.

Herrera (2014) en Santander, España llevó a cabo una investigación titulada “Hospitalización infantil: el niño y su familia” con el objetivo de buscar la calidad en los cuidados del niño hospitalizado y su satisfacción, así como de su familia y de los profesionales de enfermería, a fin de determinar estrategias de mejora. Las conclusiones de esta investigación se basaron principalmente en la necesidad de facilitar apoyo emocional al niño hospitalizado y a su familia, así como contribuir a la mejora continua en la calidad de los cuidados de enfermería.

Barrera, Sánchez y Carrillo (2013) en Bogotá, Colombia realizaron una investigación titulada “La carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedad crónica” con el objetivo de explorar el nivel de producción y contenido de la información disponible sobre la carga del cuidado de niños con enfermedad crónica, a nivel mundial. Métodos: análisis y categorización de la literatura reportada en las bases de datos CINAHL, Ovid, Scielo, Medline y PsycInfo, bajo los descriptores carga, costo de la enfermedad, cuidador familiar, niñez y enfermedad crónica cruzado con valoración, medición, intervención, atención, modelos y programas, con su traducción al inglés. Resultados: la producción científica sobre carga del cuidado de niños con enfermedad crónica es únicamente de 23 estudios. No obstante, se observan intervenciones para disminuir la ansiedad, y el estrés en los cuidadores, las mismas que son muy escasas y carecen de un modelo orientador y una medición sistemática. Conclusiones: la carga del cuidado de niños con enfermedad crónica se mide con herramientas que se utilizarían junto con intervenciones integrales. Asimismo, se recomienda desarrollar e implementar un modelo integral de atención a fin de que se disminuya la carga del cuidado de niños que presentan enfermedad crónica.

2.1.2 Antecedentes nacionales

A nivel nacional, se han encontrado los siguientes antecedentes:

Puelles y Ruíz (2017), en Chiclayo, Perú llevó a cabo una investigación titulada “Actitudes maternas y autoeficacia en madres de niños con necesidades especiales, Chiclayo, 2017”, con el objetivo de determinar la relación entre actitudes maternas y autoeficacia entre tales madres con sus niños. Esta investigación de tipo cuantitativa de diseño descriptivo correlacional, en la que se utilizó como instrumentos “La Escala de Actitudes Maternas” de Roth Robert y el “Test de Autoeficacia” de Albert Bandura, adaptados por Puelles y Ruiz, 2017. Para la población de 275 madres de niños con necesidades, la muestra fue de 160 madres. Resultados: Se evidencia una relación positiva significativa entre actitudes maternas y autoeficacia $p < 0.004$, lo que significa que a menores actitudes maternas positivas hacia sus hijos sería menor la autoeficacia. Para las dimensiones de las Actitudes Maternas se concluye que para la Aceptación existe un 23.125% (37) de las madres, para Sobeindulgencia un 28.125% (45), para Sobreprotección un 20% (32) y para Rechazo un 28.75% (46) de ellas.

Muñoz (2017), en Trujillo, Perú realizó una investigación titulada “Propiedades Psicométricas del Cuestionario de la Evaluación de la Relación Madre- Niño en madres del Distrito de La Esperanza, 2017” con el objetivo determinar las propiedades psicométricas del Cuestionario de la Evaluación de la Relación Madre- Niño en madres del Distrito de La Esperanza con diseño psicométrico. La muestra fue de 550 madres, hallada por muestreo por conglomerado. Se concluyó que los índices de ajuste los índices de ajuste IFI, CFI y GFI tienen un bajo ajuste con índices de .228, .145 y .220; además, del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) de .112 mostrando un bajo ajuste ($\leq .5$); por otra parte, el índice residual RMR alcanzó un valor de 0.145 evidenciando un bajo ajuste entre el modelo estimado y el modelo teórico. Se utilizó este método de confiabilidad ya que obedece los principios de continuidad; ya que el alpha de Cronbach otorga una estimación aproximada. Finalmente, respecto a la escala de aceptación se halló un valor de omega de 0.383; en la escala de actitud de sobreprotección se halló 0.564; en la escala de actitud de sobreindulgencia se obtuvo un 0.588 y en la escala de actitud de rechazo se

observó un valor de 0.642. Como se observa estos coeficientes son bajos ya que no superan el valor de .65 (Katz, 2006); por ello la precisión del instrumento es inconsistente. De esta forma, se puede deducir que las evidencias basadas en la fiabilidad en dicha investigación son bajas.

Calderón (2016) en Chiclayo, Perú llevó a cabo titulada “Actitudes hacia las relaciones madre-niño, de las mamás atendidas en el Centro de Salud José Olaya, Chiclayo. Enero 2015” con el objetivo de identificar tales actitudes. La muestra la conformaron 78 madres atendidas en el Centro de Salud José Olaya, siendo evaluadas con la Escala de Actitudes de la relación madre –niño (ERMN de Roth) adaptado y estandarizado por E. Arévalo en el año 2005. Se aplicó un diseño no-experimental descriptivo simple, hallando que, predominaron las actitudes maternas de aceptación y confusión. Asimismo, en cuanto a las escalas de Confusión-dominancia muestran confusión en relación a la aceptación y sobreprotección hacia la relación madre-niño. Las madres solteras y casadas cuentan con una mayor actitud de aceptación. Para la ocupación de las amas de casa presentan actitud de aceptación. En relación a la edad, cuanto más edad tengan las madres se incrementaría la actitud materna de aceptación. Existe una diferencia para las madres más jóvenes en quienes predomina la actitud de no predominancia; asimismo teniendo en cuenta el grado de instrucción, tiene preponderancia la actitud de aceptación para quienes cursan estudios superiores y secundaria completa.

Valqui (2014) en Lima, Perú realizó una investigación titulada “Actitudes maternas en madres puérperas del Hospital San Juan de Lurigancho” con el objetivo de determinar tales actitudes maternas, considerando el número de hijos que tiene y el tipo de familia. Es un estudio de tipo no experimental de método descriptivo con diseño ex post facto. La población lo constituyeron 303 madres que se atendieron en el Hospital San Juan de Lurigancho con un periodo de referencia (agosto, setiembre y octubre), la técnica de muestreo fue no probabilístico accidental, de la Escala de Evaluación Madre – Hijo de Roberth Roth (1965). Encontrándose que las madres puérperas tienen un nivel medio en sus actitudes maternas hacia sus hijos. En relación a lo descriptivo, no existen diferencias significativas considerando el número de hijos y el tipo de familia. De acuerdo a la naturaleza y objetivo de la investigación, el tamaño y características

de la muestra con la cual se trabajó, los resultados obtenidos muestran validez, confiabilidad y baremos en la población estudiada, así mismo en las actitudes maternas.

El Seguro Social de Salud-Essalud (2013) – Policlínico Chosica, en Lima, Perú llevaron a cabo una investigación titulada “Actitudes maternas como factor de riesgo en la malnutrición infantil en niños menores de 3 años” con el objetivo de describir y analizar las actitudes maternas hacia los niños con malnutrición por déficit y por exceso. Esta investigación es no experimental, tipo Básica, (Sánchez y Reyes, 2008), con diseño descriptivo- correlacional con un enfoque mixto cuantitativo-cualitativo. Para el diseño se utiliza el estudio de casos extremos Creswell, (1998) de tipo instrumental. Se concluye que se presentan diferencias entre los tipos de Malnutrición y las Actitudes Maternas de las madres de niños menores de 3 años de edad. También se haya apego inseguro en los casos extremos, los cuales se presentan en madres de niños con malnutrición, si se puede interpretar psicoanalíticamente las Actitudes Maternas.

2.2 Bases teóricas

Acorde con la variable de investigación, actitud materna es la relación entre la madre y el niño, al respecto se exponen las siguientes teorías.

2.2.1 Teoría del apego

Se define que el apego puede comprenderse como la necesidad biológica que desarrolla el sentimiento maternal instintivo para proveer los cuidados necesarios para la supervivencia.

Gutton (1983), define el apego como la necesidad del otro, la dependencia que el lactante presenta para poder relacionarse con su madre. Dicha dependencia se manifiesta en una necesidad primordial para recibir su alimento, sin embargo, abarca hasta las necesidades más profundas de afecto. Por lo tanto, es posible decir que, en la manifestación del hambre, el niño adquiere una necesidad de estar con la madre generándole apego.

Las expresiones y comportamientos de apego, madre – niño, así como sus creencias en el cuidado de sus hijos estudiados en la presente investigación,

evidencian la educación de las madres y la importancia que le dan al cuidado de sus hijos, así como define Leininger en su teoría. Para las madres con neonatos hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos es de suma importancia y confiabilidad, la protección que ellas le puedan brindar a sus hijos a través de la relación madre- hijo, la comunicación, la forma de expresarse y el apoyo que puedan tener de su familia y su cultura religiosa.

Mientras el niño este en la etapa de la infancia, su primera figura de apego suele ser la madre, produciéndose una necesaria interacción madre e hijo, ahora dependiendo si la interacción es positiva va a desarrollar en el niño un estado de seguridad, o caso contrario si la interacción madre- hijo es negativa se genera inseguridad mientras se produce el desarrollo del niño.

2.2.1.1 Teoría de Bowlby

John Bowlby, nació un 26 de febrero de 1907 en Londres, fue un Médico Psiquiatra y Psicoanalista Inglés, quien ha elaborado la teoría del apego; verdadera y tal vez única por hoy, alternativa explicativa del desarrollo humano, trabajando con niños con diferentes alteraciones emocionales y con niños sin “familia”, lo llevó al convencimiento de que la necesidad de establecer vínculos con los progenitores o quienes lo sustituyen era una necesidad primaria (no aprendida) en la especie humana, el interés afectivo de los niños era secundario(no aprendido).

En esta teoría del apego se intenta describir y explicar la formación, desarrollo y pérdida de los vínculos afectivos desde el nacimiento hasta la muerte. Bowlby citado en Tomas (2014), “la relación que se establece a temprana edad permite al niño aprender a regular su sistema emocional que es la vinculación afectiva con el cuidador más cercano que tenga, que en muchas ocasiones viene a ser la madre. Entre los primeros lazos afectivos creados por el niño, se encuentran los sentimientos de seguridad, afecto, confianza, así como para los sentimientos negativos, se encuentran la inseguridad, abandono y miedo”. Bowlby, citado por Arévalo (2005) ha sistematizado el papel de la madre-hijo en la interacción materno filial, manifestando que existe una relación cercana entre la madre y su hijo. (pág. 15) Detallando a continuación la interacción como proveniente de los diferentes tipos de conductas:

A. Conducta de apego del niño:

Según Bowlby, citado por Baeza, Tomás, Molina, Raheb y Vila (1999), el lazo establecimiento afectivo, se evoluciona mediante cuatro etapas:

- **Fase inicial de pre apego, construcción y reconocimiento del apego (de 0 a 2 meses) o fase de la Sensibilidad social indistinta:** En esta fase el niño se deja guiar por sus reflejos, no mostrando apego por determinada persona, pero sí inicia pautas de interacción consolidadas. (Baeza, Tomás, Molina, Raheb, & Vila, 1999)
- **Fase de formación, experimentación y regulación del apego (de 2 a 7 meses) o fase de la Sociabilidad:** A partir de los 3 meses el niño empieza a diferenciar a las personas que conoce de las desconocidas, empezando a responder positivamente hacia su cuidador, presentando éste un comportamiento de instintos “maternales”, que en la mayoría de los casos es la madre. Generando en el niño mediante su desarrollo un sentimiento de confianza. (Baeza, Tomás, Molina, Raheb, & Vila, 1999)
- **Fase clara o activación del apego (de 7 meses a 3 años):** Los niños presentan un mayor apego hacia una persona específica y empieza a rechazar a los desconocidos. En esta fase se considera que el niño mantiene un vínculo de apego accesible y disponible con las personas que lo cuidan, por lo tanto a la edad de los dos años empieza la discriminación entre sus cuidadores desconocidos que no tengan proximidad con él, acrecentándose el miedo y la angustia por la separación de la persona que creó en él un mayor vínculo. (Baeza, Tomás, Molina, Raheb, & Vila, 1999)
- **Fase de formación de una relación recíproca (de 3 a 7 años):** En esta fase el niño empieza a relacionarse con otras personas que no tiene ninguna proximidad con su apego primario, como son el padre, hermanos y demás familia. (Baeza, Tomás, Molina, Raheb, & Vila, 1999)

B. Conducta del niño antitética del apego (en particular la conducta exploratoria y el juego):

Bowlby, citado por Arévalo (2005), el niño empieza a desenvolver una conducta independiente y definida, que depende de una serie de sistemas, con la finalidad de recopilar información del ambiente. Dónde el niño empieza a descubrir el mundo social y físico que lo rodea, según la conducta investigadora se caracteriza por cambiar lo nuevo en familiar. Es dónde el niño empieza apartarse de la madre, dejando que aflore su conducta y el juego, centrándose en los diversos estímulos que le produce esta separación. (pág. 15)

C. La conducta de atención de la madre:

La conducta de la madre hacía las atenciones del hijo, es cuando se reduce la distancia que existe entre el niño y la madre, generando un estrecho contacto físico con la progenitora. En la cual la madre se mantiene junto a su hijo, estando atenta en recogerlo ante cualquier señal de alarma, contribuyendo evidentemente a su protección y cuidado.

D. Conducta materna antitética de los cuidados parentales:

La madre tiene una serie de responsabilidades para cumplir, organizar las tareas en el hogar, dar atención al esposo y a los demás hijos. Hechos que con llevan a la madre a experimentar un conflicto, siendo el que repercute en desaliento o decaimiento moral hacia los cuidados que brinda a su hijo.

También, “el disgusto que puede producir el contacto con su hijo o la molestia que causan sus gritos, pueden dar lugar al alejamiento de la madre”. (Bowlby, 1998, p.325).

2.2.1.2 Teoría de Mary Ainsworth

La forma en que la madre se relaciona con su hijo durante la infancia decidirá el apego que éste pueda desarrollar. Respecto a ello, Peter Fonagy (2001) hace referencia a la clasificación del apego presentada por Mary D. Salter Ainsworth, con sus colaboradores Mary C. Blehar, Everett Waters y Sally N. Wall en 1979 en su publicación “Patrones de apego: un estudio psicológico de la ‘Situación Extraña’”:

- **Apego seguro:** Es la manera en que el niño explora el apego mediante la presencia de su figura maternal y este interés de explorar decae cuando se produce la ausencia de la madre, generando en el niño algún tipo de ansiedad por la separación. Cuando la madre regresa y vuelve a encontrarse con el niño, éste se desespera por ir hacia sus brazos mostrando alegría y tranquilidad. (Mendiola, 2005)
- **Apego ansioso resistente (llamado también ambivalente):** En este apego la madre en ocasiones se muestra dispuesta y colaboradora con él niño y en otras ocasiones se muestra distante y con una actitud de rechazo hacia él, generando en su hijo inseguridad y confusión, llegando el niño a pensar que es lo que realmente la madre siente por él. Existen investigaciones que sugieren que el apego ambivalente es el resultado de la madre que tiene una escasa disponibilidad. (Mendiola, 2005)

En estos niños se produce la dependencia hacia la madre resistiéndose a su separación, y al regreso se muestran ambivalentes, se ponen irritables y no permiten el acercamiento y al contacto hacia ellos. Este tipo de vínculo se da en madres con comportamientos poco estables, ya que por momentos se muestran accesibles y en otros momentos no. (Mendiola, 2005)

- **Pauta de apego ansioso – evitativa:** El niño se muestra indiferente hacia su principal cuidador, siendo independiente, no mostrando ansiedad ante su ausencia y a su regreso no busca estar cerca. El comportamiento del niño “puede estar provocado por la falta de atención, ya que cree no tener ninguna influencia sobre su cuidador”. Esto podría generar dificultades en el desarrollo de su personalidad, propiciado por los constantes rechazos de la madre hacia su niño. (Mendiola, 2005)

Mary Ainsworth investigó las diferencias que muestran la madre y el niño respecto a sus estados afectivos, pues de la manera cómo la madre interactúa con su hijo, se obtendrá una respuesta por parte de éste. Si han desarrollado una relación positiva, se alcanzará un adecuado vínculo; pero, si, por el contrario, si se genera una relación negativa, el vínculo en el futuro no será el adecuado, y ello influiría en el transcurso del desarrollo del niño.

2.2.2 Teorías de los estilos de crianza

Los estilos de crianza dependen mucho de la forma como han sido tratados por sus padres, siendo de vital importancia en la forma en la cual se relacionan con sus hijos, por lo tanto, sientan las bases para el desarrollo social y emocional del futuro niño.

2.2.2.1 Teoría de Diana Baumrind

Los padres por lo general actúan de diferente manera con sus hijos, por ello, Torío, Peña y Rodríguez (2008) describen las investigaciones de Diana Baumrind de 1971 y 1977, quien basada en sus variables de estudio: “control, afecto y comunicación” conformó en la tipología tres estilos parentales de crianza y así, los patrones conductuales característicos de cada estilo: Tenemos el estilo autoritario, estilo no restrictivo o permisivo y estilo autoritativo o democrático. (págs. 157-158)

- **Estilo Autoritario:** En los padres autoritarios son aquellos que imponen muchas reglas sin dar ninguna explicación el porqué de las mismas. Estos padres siempre se muestran rígidos en el cumplimiento estricto de las reglas. La consecuencia de tener padres autoritarios influye en los hijos al no desarrollar adecuadamente sus relaciones sociales y pueden llegar a carecer de espontaneidad y mostrar confianza.
- **Estilo No Restrictivo o Permisivo:** Los padres permisivos rara vez ejercen un control firme sobre el comportamiento de sus hijos. Estos padres aplican pequeños castigos evitando imponer su autoridad. Por lo tanto, los hijos de padres permisivos suelen carecer de responsabilidad social e independencia.
- **Estilo Autoritativo o Democrático:** Los padres democráticos buscan que los hijos participen en el momento de tomar decisiones familiares. Estos niños, suelen ser competentes y responsables desde el punto de vista social y fomenta un comportamiento maduro en el niño.

2.2.2.2 Teoría de MacCoby y Martin

Torio, Peña y Rodríguez (2008) explican cómo MacCoby y Martin (1983) reformulan la reacción de los padres ante las demandas del hijo y la conducta

del padre hacia los hijos de Baumrid y proponen los estilos educativos parentales: Propagativo (asertivo), totalitario (autoritario), indulgente (permisivo) y negligente. (págs. 159-160)

- **Propagativo (Autoritario-Recíproco):** El estilo de padre asertivo es aquel en el que el padre, madre son exigentes y receptivos, muy centrados en el niño, con altas expectativas de madurez del mismo. Logran entender los sentimientos de sus hijos y les enseñan a manejarlos. Presentan un nivel promedio de control y permiten que el niño explore con libertad, ayudando solucionar sus problemas, pero dejan que ellos mismos tomen sus propias decisiones.
- **Totalitario (Autoritario-Represivo):** El padre y la madre son exigentes, pero no receptivos. Siendo estrictos y esperando mucho de ellos, sin que exista una comunicación con sus hijos para explicarles los límites y las reglas que hay en el hogar y que deben cumplirse.
- **Indulgente (Permisivo-Indulgente):** Siendo ambos padres responsables, pero poco exigentes, el estilo no directivo y menos severo. Su nivel de control de los padres hacia los hijos es bajo. Llegando a crecer estos niños muy consentidos y mimados, presentando en el futuro conductas inadecuadas.
- **Negligente (Permisivo-Negligente):** El padre y la madre no son exigentes ni flexibles, no se ocupan por completo en la crianza de su hijo. Son padres controladores, que no muestran emociones positivas hacia sus hijos, es así que los hijos son apartados, no se les exige nada ni tienen responsabilidades.

Los padres omiten las emociones y opiniones de su hijo y aunque proveen las necesidades básicas del niño, ello no es suficiente. Los cuales podrían llegar a ser emocionalmente unos retraídos, inmaduros y rebeldes.

En la siguiente tabla se hace una comparación entre los diferentes estilos parentales en relación al control y la implicancia afectiva que presentan los padres en la relación con sus hijos.

Tabla 1. *Estilos parentales: reacción de padres ante la demanda de sus hijos*

	Padres exigentes/control fuerte	Padres no exigentes/control laxo
Padres responsivos a las demandas del hijo (implicación afectiva)	Estilo propagativo (Autoritario-Recíproco)	Estilo indulgente (Autoritario-Represivo)
Padres no responsivos. (no implicación afectiva)	Estilo totalitario (Permisivo-Indulgente)	Estilo negligente (Permisivo-Negligente)

2.2.2.3 Teoría de Magaz y García

Existen diversos estilos que los padres emplean en la crianza de sus hijos, cada estilo puede llevar a consecuencias negativas o positivas, a continuación, se detallan los cuatro estilos según los autores Magaz y García (2011):

- **Estilo sobreprotector:** En este estilo sobreprotector los padres se caracterizan por complacer a sus hijos dándoles un excesivo cuidado en su atención. Los padres con este estilo predominante se muestran cariñosos y poco normativos (es decir, no presentan límites claros), tratan de evitar cualquier sufrimiento o frustración a sus hijos concediéndoles lo que desean para que el niño no sienta ningún malestar. es decir tienden a ser más permisivos.

Por temor a que le pase algo al niño, los padres son los que reducen cualquier tipo de iniciativa en su hijo para que actúe de manera independiente y pueda hacer alguna actividad por si solo; es decir, sin ayuda de los adultos, como por ejemplo (tirarse del tobogán, subirse a los juegos mecánicos, saltar de una silla, etc.). Son frecuentes las frases como “no te lances por el tobogán, te puedes hacer daño”. Mostrando los padres estar “más tranquilos” si ayudan al niño en todo para que no tenga ningún tipo de accidente, limitando a los padres a poner las reglas claras (dejando al niño que tome sus decisiones y salte libremente sin ningún temor) y concederle los deseos.

- **Estilo inhibicionista:** En este estilo, los padres se muestran indiferentes ante sus hijos sobre su crianza con la creencia de que el niño aprenderá sí

solo todo aquello que es relevante y útil en la vida, por lo únicamente se le debe permitir y dar un espacio para desarrollarse.

- **Estilo punitivo:** Con este tipo de estilo de crianza, los padres piensan que sus hijos deben de aprender a comportarse de manera adecuada y que tienen la obligación de obedecerlos en todo, hacer lo que se les dice y no hacer lo que se les prohíbe. Los padres se sienten furiosos cuando el niño no actúa de acuerdo con sus instrucciones. Solamente se interesan por elogiar el comportamiento excepcional, ignorando el comportamiento normal.
- **Estilo asertivo:** Con este tipo de estilo de crianza también los niños deben seguir reglas; sin embargo, los padres permiten que sus hijos se expresen de una manera lógica sobre las reglas que se han establecido. Esta forma de crianza se enfoca en los niños. Los padres esperan que sus hijos actúen de acorde a su edad, controlen sus emociones y sean independientes. Cuando los niños son disciplinados por alguna falta, se les explica el motivo porque lo están haciendo. Siendo los padres cariñosos y permitiendo a sus hijos que exploren la vida con suficiente libertad. Finalmente, el castigo se emplea como último recurso y en caso de faltas graves. (Magaz & García, 2011)

2.2.3 Actitudes:

Distintos enfoques orientados a definir a las actitudes han evolucionado, los cuales Aigner (2008) los enumera de la siguiente manera:

- Tendencia que guía a la acción (Thomas y Znaniecki en 1918).
- Inclinationes con relación a un asunto específico (Thurstone en 1928).
- Disposición a evaluar ciertas situaciones (Chein en 1948).
- Sistema estable de evaluaciones en relación a objetos sociales (Krech y Krutchfielden 1948).
- Forma de ver algo (Newcomb en 1959).
- Disposición a reaccionar (Sarnoff en 1960).
- Regularidades en los pensamientos, sentimientos, y predisposiciones a actuar respecto a algún aspecto del entorno (Secord y Backman en 1964).

- Posiciones que la persona adopta en relación a personas, grupos o instituciones (Sheriff y Sheriff en 1965).
- Creencias que favorecen a un sentido determinado. (Rokeach en 1968)
- Idea emotiva que predispone a una clase de acciones ante una clase particular de situaciones sociales. (Triandis en 1971)
- Asociaciones entre objetos actitudinales y sus evaluaciones. (Fazio y Roskos-Ewoldsen en 1994) (Aigner, 2008)

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera ya sea con reacciones favorables o desfavorables hacia un estímulo. Las integran las creencias, opiniones, los sentimientos y las conductas. Factores que, a su vez, se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son las reacciones emocionales ante un objeto, sujeto o grupo social. Las conductas son los comportamientos que se dan según las opiniones o sentimientos propios. Las actitudes son los actos que se dan debido a las influencias externas sobre lo que se hace o dice. También la orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, la evidencia confirma que, a veces, los actos no corresponden, aunque el proceso sea a la inversa, experimentando una tensión que se llama disonancia cognitiva. En una actitud en la cual encontramos más cantidad de un componente que de otro. Así mismo las actitudes que contienen componentes afectivos no necesitan más acción que solo expresar sus sentimientos.

Algunos psicólogos aseguran que las actitudes sociales se caracterizan por ser compatibles en respuesta a los objetos sociales. Facilitando esta compatibilidad los valores a utilizar para determinar qué acción debemos emprender cuando nos enfrentamos a cualquier situación posible.

Tenemos tres tipos de componentes en las actitudes y son: componente cognitivo, componente afectivo y componente de conducta.

Componente cognitivo

Es la agrupación de datos e información que el sujeto conoce a acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la orientación al objeto.

Así mismo tenemos un grupo de componentes se incluyen el dominio de hechos, creencias, opiniones, pensamientos, conocimientos, valores, y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que el individuo representa según el objeto o situación.

Componente afectivo

Son aquellos procesos que aceptan o contradicen las bases de nuestras creencias que se expresan en sentimientos evaluativos y preferencias, tenemos los estados de ánimo que se evidencian (físicamente) y las emociones que se manifiestan(emocionalmente) ante el objeto de actitud que es aquel que se muestra (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado). El sujeto experimenta distintas experiencias con el objeto, éstas pueden ser positivas o negativas.

Componente de conducta o conativos

Las actitudes no nacen con la persona, sino que se forman a lo largo de la vida, se infieren a partir de la conducta verbal y no verbal del sujeto, es cuando surge una verdadera asociación entre el objeto y el sujeto, son las disposiciones o tendencias hacia el objeto. Siendo las actitudes de mucho interés para los psicólogos por desempeñar un papel muy importante en la dirección y canalización de la conducta social, cabe destacar que la “conducta _actitud” es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes incluyendo la consideración de las intenciones de conducta y no solo las conductas propiamente dichas, llevando también el carácter de acción evaluativa hacia el objeto de la actitud. De allí podemos deducir que una actitud determinada predispone a una respuesta en particular (abierta o encubierta) con una carga afectiva que la caracteriza.

"... la interrelación entre estas dimensiones: los componentes cognitivos, afectivos y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes; pero recíprocamente, estos mismos componentes pueden tomarse como consecuencias. Las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera/refuerza la actitud correspondiente" (Bolívar, 2002)

2.2.4 Maternidad:

Según Sau (2006), refiere que los sentimientos y expectativas de la mujer con relación a su maternidad se van configurado con mucha anticipación en forma de un ideal maternal, sobre lo que se expone a muchas valoraciones, lo que afecta su objetividad.

Así también vamos a ir observando que la actitud que ofrece la madre en relación a su maternidad es influenciada por el medio en el cual se desarrolla, porque una de las condiciones para tener una actitud positiva va a requerir que la mujer comience anhelar de forma verdadera de ser madre.

Debido, que durante la gestación la mujer atraviesa por una serie de modificaciones en relación a su cuerpo lo cual va acompañado de modificaciones Psíquicas, la maternidad ha sido el sueño de la mayoría mediante generaciones, muchas veces no se hablado de que ser madre no es obligación, es elección, sin embargo, para la mayoría de las mujeres la maternidad es un valor, es una autovaloración.

2.2.5 Actitud materna

Referente a la variable mencionada, se mencionan las siguientes definiciones:

Según la Real Academia Española, la "actitud" es el estado de ánimo que se expresa de cierta manera y respecto al término "materno" nos alude a todo lo relacionado con la madre.

Arévalo (2005), refiere que las actitudes maternas en la relación madre – niño, se refiere al tipo de actitud que presentan las mujeres hacia sus hijos en relación a su crianza. Asimismo, señala que las actitudes de afectividad de la

madre se interiorizan en las emociones y cognición de su hijo, dependiendo de ello la seguridad del niño y el riesgo de interrupciones en su desarrollo, ausencia de sonrisa en el niño y problemas severos de conducta. El hecho de que los niños conserven experiencias afectivas brinda un efecto más duradero que sus propias experiencias, haciendo que estos sean interpersonales y morales.

Las actitudes que las madres van a tener en relación con sus hijos se van a desarrollar de acorde a sus experiencias en la vida.

Además, Estrella (1986), refiere que entendemos por actitudes maternas a los “estados o disposiciones psíquicas adquiridas (...) que incitan o que llevan a la madre a reaccionar de una manera característica frente a su hijo” (pág. 41). “Estas actitudes se organizan en base a un sistema de valores y creencias, características de personalidad, y a la propia experiencia de la madre” (pág. 39). Las experiencias y personalidad, que tenga la madre van a influir en la relación con sus hijos.

La actitud materna es la manera en la cual la madre va a actuar e interrelacionarse con sus hijos, de acorde a las experiencias que ella haya vivido, su forma de crianza, su personalidad y como afronte la vida va a determinar la relación sea positiva o negativa que tenga con sus hijos.

2.3.3.1 Características de la actitud Materna:

Dentro de la dinámica familiar madre-niño adquiere características peculiares como dice Spitz (1960), esta relación es el “germen” del desarrollo ulterior de las relaciones sociales, en donde el papel de la madre es de “intérprete frente al mundo”.

- **Características idiosincrásicas:** Es el conjunto de rasgos, caracteres, temperamentos, etc. distintivos propios o de una colectividad.
- Según su idiosincrasia las relaciones que se establecen entre los grupos humanos, son capaces de influir en el comportamiento individual de las personas, sin estar convencidos de la certeza de las ideas que se asimilan en masa; la idiosincrasia es utilizada para identificar amplios grupos de personas sin especificar cada detalle que los relaciona entre sí,

enfatisando diferencias entre personas de distintos orígenes y costumbres.

- **Características idiomáticas:** El idioma que emplean las madres es propio y característico de cada una de ellas. El término idiomático es todo aquello que es característico de un idioma en particular. Giros idiomáticos, frases, expresiones idiomáticas.
 - Una expresión idiomática es cuando una persona se expresa lo hace de acuerdo a las costumbres propias del lugar geográfico en que vive.
 - ejemplo: Georgina está por estirar la pata (está por morir); no permito que me tomes el pelo, por favor me puedes hablar en serio (burlarse); me metió gato por liebre y yo ni siquiera me pude dar cuenta (engañar).
 - Cabe destacar que las personas que están aprendiendo una lengua extranjera, primero deben aprender los aspectos formales de la misma y luego también deberán aprender la otra parte del vocabulario, más informal, que también forma parte de la lengua que están aprendiendo y que les permitirá desenvolverse con naturalidad y sin problemas a la hora de la comunicación cotidiana.
 - No podemos evitar que las lenguas estén conformadas por la parte formal del idioma y la que normalmente se emplea en el plano social la parte informal.
 - Para poder comunicarnos en forma oral o escrita es a través del idioma o lengua siendo esta la herramienta básica más importante que disponemos los seres humanos para poder entendernos con la otra persona que hable justamente nuestro mismo idioma, caso contrario será difícil entendernos y lo tendremos que hacer mediante gestos o señales hasta aprender el idioma de la otra persona, que por supuesto no será tan rápida, ni instantánea nos llevará un poco de tiempo aprender, ya que hay reglas gramaticales, modos verbales no siendo tan simples.
 - Los individuos pertenecientes a una cultura aprenden el idioma de una manera convencional, siendo los idiomas más destacados en

consecuencia por la cantidad de hablantes que disponen son el chino, por ser la nación con mayor población mundial, luego sigue el inglés, considerado un idioma universal porque se habla como segundo idioma en casi todo el planeta, en tercer lugar, el español cada vez con más fuerza, y le siguen, el italiano, francés y alemán.

- **Características culturales:** Cuando se afirma que la mayoría de las madres, pero no necesariamente todas, comparten determinados rasgos culturales, la cultura es un tema que acerca del cual no se discute y se acepta como natural, algunas de ellas no conocen las razones por las cuales siguen sus normas, reglas o costumbres, cuando se encuentran frente a miembros de otra cultura y observan completamente distintos a los suyos.
- **Características sociales:** Ellas son capaces de armonizar su vida y demuestran porque la maternidad no es un impedimento para ellas, desenvolviéndose socialmente de una manera normal.

2.3.3.2 Componentes de la actitud materna:

Están formados por tres componentes:

- **El componente cognitivo**, formado por los valores, juicios y creencias que la madre le trasmite a su hijo.
- **El componente afectivo**, se refiere a: La simpatía o antipatía, sentimientos o percepciones placenteras y no placenteras hacia el hijo.
- **Ei componente conductual**, que conlleva a la disposición de actuar de determinada manera frente a su hijo.

2.2.6 Escala de Actitudes maternas hacia la relación madre – niño de Robert Roth

De acuerdo a Symonds:

2.2.6.1 ACEPTACIÓN

Es una expresión de una adecuada relación entre la madre y el niño en términos de sinceridad, de afecto, interés en los gustos del niño, en sus actividades, en su desarrollo y en la percepción del niño.

Arévalo, (2003), refiere que la “actitud de aceptación es la relación adecuada entre la madre y el hijo, siendo la madre la que expresa a su hijo una muestra de cariño y afecto, protección y disciplina, el niño responde relacionándose socialmente de la manera adecuada frente a esta actitud materna, llevando al niño a desarrollar sentimientos sólidos de amistad, interés y una adecuada auto percepción”.

2.2.6.2 SOBREPOTECCIÓN

Es una expresión de ansiedad prenatal en términos de prolongados cuidados infantiles, impedimento del desarrollo de un comportamiento independiente y un exceso de control. (Roth, 1986)

Arévalo, (2005), En esta actitud se observa que la madre es la que presenta una excesiva preocupación hacia el hijo, ya sea por las relaciones sociales, por el rendimiento académico, siempre estando pendiente de él tratando de ayudarlo en todo y no dejando que se desenvuelva por el solo y realice sus diversas actividades.

2.2.6.3 SOBREINDULGENCIA

Significa una excesiva atención y gratificación sin el debido control parental, expresada en demasiados cuidados. (Roth, 1986)

Arévalo, (2005), Se explica, que las madres que presentan esta actitud no tienen las reglas establecidas sobre la disciplina de sus hijos, que les permitan establecer límites en la conducta de acuerdo a normas de convivencia hacia ellos. En las que se permite que la actitud de sobre indulgencia los lleve a las madres ceder constantemente a las demandas “caprichos” del hijo o hija defendiéndole de los ataques de otros.

Jiménez (2010), haciendo referencia al estilo permisivo de los padres que propuso Diana Baumrind en 1971, sostiene que rara vez un control firme sobre el comportamiento de los hijos. Aplicando estos padres pequeños castigos evitando imponer su autoridad y en su incapacidad de poner restricciones obtienen el riesgo de generar efectos socializadores negativos en cuanto a conductas agresivas.

Aristizábal y Pineda (2014), hacen referencia al estilo indulgente o permisivo desarrollado por Macobby y Martin en el año 2003, presentando una sobreindulgencia con pocas exigencias hacia sus hijos, ocasionando que los niños malcriados o consentidos opten por controlar ellos mismos las situaciones. Así Macobby y Martin diferencian un nuevo estilo parental: el negligente, el mismo que es equivalente a una actitud despectiva, de rechazo y desprendimiento.

2.2.6.4 RECHAZO

Es la expresión de odio y negación de amor hacia un niño en términos de estrictez, severidad, negligencia y tosquedad.

La madre se niega a relacionarse con su hijo positivamente, como la negligencia hacia su cuidado, presentando algunas veces demostración de afecto, o tratando con severidad a su hijo. (Arévalo, 2005)

García y Magaz (1998), refieren que los padres ante la crianza de sus hijos se muestran indiferentes. Se caracteriza fundamentalmente por creer que el niño puede ir aprendiendo por sí solo todas las cosas que son relevantes y útiles en su vida.

2.2.7 Acompañamiento de los padres al niño hospitalizado

Velásquez (2014), haciendo referencia a R. Zetterström (1984) menciona que hace casi 150 años, se abrieron las salas infantiles en los hospitales para permitir e incluso animar a los padres para que permanecieran con sus hijos la mayor cantidad de tiempo posible. Así se lograba mantener un clima familiar que facilitaría a una mejor adaptación de los niños frente a tal situación amenazante. (p. 28)

A finales del siglo XIX, se produjo un cambio en el sistema en el cual se restringía a los padres la visita a sus hijos. Esta norma también tenía algunas excepciones: visita de las madres que amamantaban al niño o el caso de aquellos que se encontraban en estado crítico y requerían la presencia de un familiar que deba permanecer con ellos.

La razón de este cambio la explica nuevamente Velásquez (2014) —refiriéndose a R. Zetterström (1984) — se debe que, al riesgo de posibles infecciones transmitidas por los padres hacia los niños hospitalizados, así como también el efecto perturbador de las visitas, sobre todo en los niños más pequeños, pues añorarían regresar a su casa dificultando así su adaptación al hospital. En ese entonces la principal preocupación sobre los niños hospitalizados se relacionaba con la enfermedad o la custodia, siendo incluso muy estrictas las reglas respecto a las posibilidades de juego que tenían los niños y al confinamiento en la cama y la alimentación. (p 28)

Hasta la década de 1940 se preservó esta corriente de pensamiento y normas, no obstante, algunos autores ponían en evidencia las conductas de los niños situaciones alarmantes para ellos mismos. El hecho de que un niño sea privado de su madre, aunado a la falta de un adecuado estímulo es muy probable que evolucione hacia un estado de marasmo, atrepsia y otras alteraciones que ponen en riesgo la vida del menor. (Velásquez, 2014)

En la actualidad, revistas y organizaciones, como la Association for the Care of Children Health (ACCH), promueven el bienestar psicosocial de los niños hospitalizados y sus familias. Por medio de su revista Children Health Care impulsa el desarrollo de programas que tengan en cuenta las necesidades del niño hospitalizado, promoviendo la participación de los padres en el cuidado de los niños, sin límite de sus visitas y facilitando la permanencia de los padres mientras los niños duermen en el centro hospitalario.

En el presente ya se acepta la importancia de la prevención de las graves consecuencias de la hospitalización y en muchos países se vienen implementando programas de preparación psicológica al niño hospitalizado. (Velásquez, 2014)

2.2.8 Efectos y adaptación de los padres durante la hospitalización infantil

Ante todo, se debe reconocer que el padecimiento de la enfermedad del niño y su atención requieren de programas de preparación psicológica. El sitio web Toma Salud (2017) —haciendo referencia al libro “El niño hospitalizado: características, evaluación y tratamiento” de María Pilar Palomo Del Blanco (1999) — menciona los objetivos de tales programas de preparación psicológica:

- Reducir la vulnerabilidad del niño y los padres al estrés y hospitalización.
- Potenciar la habilidad del niño y los padres para afrontar la ansiedad.
- Promover el sentimiento de capacidad o competencia tanto en padres e hijos para afrontar la enfermedad y hospitalización del menor.
- Incentivar el apoyo de los padres hacia el niño.
- Considerar la individualidad del niño con respecto a su funcionamiento cognitivo.” (Palomo, 1999)
- **Fase de crisis:** Previo al diagnóstico médico. Se desencadena estrés y ansiedad en los padres al desconocer los signos y síntomas de su niño, en la mayoría de los casos sumado a una primera hospitalización. Los efectos positivos pueden manifestarse por la consolidación de la familia superando sus capacidades y su flexibilidad.
- **Fase crónica:** Cuando el diagnóstico es conocido por la familia, esta requiere integrar a su vida familiar el componente de la hospitalización del menor. La búsqueda de información intensa para el tratamiento es provocado por el shock y pánico.
- **Fase terminal:** Cuando por el fallecimiento del menor es indispensable una intervención sanitaria para abordar el duelo, y además teniendo en cuenta que la pérdida de un menor puede provocar sobreprotección en otros niños de la familia. Por otro lado, en esta fase se disfruta la mejora de salud del niño cuando es dado de alta hospitalaria.

La adaptación a la hospitalización de cada uno de los miembros de la familia dependerá de factores intrínsecos, como extrínsecos. Entre los factores intrínsecos tenemos:

- el grado de vulnerabilidad de la familia, y
- su capacidad de resiliencia. Con respecto a la resiliencia individual o familiar, Grau y Fernández (2010) refieren a la capacidad de “movilizar sus recursos, utilizar los sistemas de apoyo y poner sus emociones y circunstancias bajo control. Las familias más vulnerables están inmovilizadas y no controlan la situación” (pág. 210)

Grau Rubio y Fernández Hawrylak (2010), señalan que la resiliencia familiar depende de la crisis y problemas médicos, nivel socio- económico, antecedentes socio-culturales, nivel de conocimientos, independientes en cada unidad familiar. Además, la calidad de los servicios de salud y la disponibilidad de sistemas de apoyo se les considera variables extrínsecas potencialmente modificables, en virtud de influir sobremanera en la adaptación familiar a la hospitalización de su menor hijo, por lo que los profesionales de la salud facilitarían esta adaptación, provocando un impacto positivo directo sobre la familia e indirecto sobre el niño.

Herrero (2014) recomienda que se debe conseguir una eficiente adaptación de los padres del niño hospitalizado a ese entorno, a fin de evitar signos y síntomas físicos sobre ellos mismos como “ansiedad, estrés, perturbaciones del sueño, fatiga y dolores musculares asociados a tensión, y no se debe olvidar que el niño sigue estando presente en todo momento, y es capaz de vivir y percibir esta desadaptación a través de su familia”. (pág. 12)

En el estudio de la doctora María Palomo del Blanco se ha informado que la presencia de los padres de familias es fundamental en la hospitalización de los pacientes pediátricos, esto debido a que su asistencia podría facilitar el proceso de adaptación psicológica a la hospitalización; sin embargo, debemos considerar que los padres de familia, especialmente la madre, también atraviesan por un estado emocional cargado de tensión, angustia e incertidumbre al saber que su hijo porta una enfermedad y que requiere del internamiento hospitalario para recibir un tratamiento especializado. (Velásquez,

2014) Al respecto, los autores Fernández-Castillo y López-Naranjo afirman lo siguiente:

«Cuando los padres hospitalizan a un hijo las repercusiones que sufren pueden incluir ansiedad, temores, indefensión, alteración del ritmo de trabajo normal y, en general, de la vida diaria (Fernández-Castillo y López-Naranjo, 2006; Ochoa y Polaino-Lorente, 1999; Polaino Lorente, Repáraz Abaitua y Ochoa Linacero, 1997). Todas estas circunstancias podrían influir sobre la propia respuesta adaptativa del niño o su estado de estrés y temor, el cual, a su vez, incrementaría potencialmente la alteración paterna, derivando en un proceso de transmisión mutua de emociones negativas» (Fernández-Castillo & López-Naranjo, 2006)

Muchas veces por la inestabilidad emocional a causa de la experiencia que están viviendo, los padres de familia o cuidadores que acompañan al niño durante la hospitalización, generan dificultades para la atención y comprensión de las indicaciones que les brinda el personal médico y de enfermería con respecto a los cuidados que debe tener con su hijo (paciente). Por ejemplo, dentro de la experiencia de trabajo en la atención a niños quemados hospitalizados se han podido observar algunos casos, como cuando la enfermera indica a la madre que debe cuidar el catéter que ha sido colocado al niño en el cuello o brazo que no se lo quite o arranque porque por ese medio se le va administrar sus medicamentos, no obstante, al poco tiempo la enfermera comprueba que dicho catéter ha sido retirado. (Velásquez, 2014)

Esto podría ser interpretado como un descuido de la madre o de poca colaboración en el cuidado de su hijo, pero, en realidad, muchas veces no se trata de un descuido, sino del estado de confusión y ansiedad de la madre ante el impacto psicológico que ha recibido de la situación de la salud del niño. (Velásquez, 2014)

En tal sentido, uno de los objetivos de la preparación psicológica en la hospitalización infantil es promover que la participación de los padres sea más activa en el cuidado de su hijo durante la hospitalización. Este objetivo se cumple

a través de la asistencia psicológica y la enseñanza de técnicas y estrategias de afrontamiento al estrés frente a la estancia hospitalaria. (Velásquez, 2014)

Blanco y Latorre (2011) narran que la experiencia de la Psicopedagogía Hospitalaria se centra en la atención a los niños hospitalizados y sus padres, en tres aspectos: a) la adaptación del niño y sus padres al hospital, b) el evitar el desarraigo del niño con el hogar, escuela, vecindario, y c) los beneficios de los medios psicopedagógicos adecuados para ayudar al paciente y sus padres a fin de que sean capaces de autorregular y dirigir sus conductas y emociones en las situaciones de dificultad añadida de enfermedad y hospitalización. (pág. 586)

En esta misma línea, Blanco y Latorre (2011) recogen la idea de Claudia Grau Rubio y María Carmen Ortiz González (2001) —tomada de su libro “La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una educación inclusiva”— de que se debe crear unidades de orientación familiar para los padres de los niños hospitalizados, como parte de uno de sus cinco principios orientadores de la atención psicopedagógica en aulas hospitalarias.

Se ha podido identificar un caso sobre el que Grau (2001) realiza un plan de intervención para el autocontrol de la conducta impulsiva de una niña llamada Isabel, de 4 años a quien le diagnosticaron cáncer en agosto de 1999. Dicha intervención tuvo como objetivo el reducir y eliminar su mala conducta evidenciada en ataques verbales (insultar, gritar, llorar, entre otras) y comportamientos agresivos (dar patadas a los muebles, pegar a los demás, lanzar cosas al suelo, romper cosas, dar patadas, rayar la mesa, encender y apagar la luz, dar portazos, entre otros). Para este programa de intervención se utilizó la narración del cuento “Tomás y el cuervo”, aprendizaje de las técnicas de relajación (tensión y distensión de los músculos), aprender a razonar ante situaciones de tensión, aplicación de contingencias, y seguimiento. (p. 36)

Similar importancia presenta las exigencias a la madre de actitudes negativas de Sobreprotección y Sobreindulgencia (según las actitudes maternas de Roth) denotadas textualmente de la siguiente manera:

«Las situaciones que desencadenaban rabietas eran situaciones en las que la niña pedía algo y no se le concedía (por ejemplo,

ahora quiero subir a jugar al tobogán, no quiero tomarme la medicina...) y situaciones en las que la hermana melliza se acercaba para recibir la atención de su madre. Estas situaciones siempre se daban en el ámbito familiar.

Las rabietas desaparecían cuando la madre se le acercaba y la acariciaba, y cuando la hermana le daba los objetos que debían compartir. Se le concedía aquello que pedía y que había sido motivo de rabieta, sobre todo, si su padre estaba delante; en este caso, se le concedía, en cuanto la niña empezaba a llorar.

El periodo de hospitalización y enfermedad habían sido decisivos en el desarrollo de estos comportamientos desajustados, ya que durante este periodo siempre había sido el foco de atención: la madre no se había separado de ella en ningún momento.» (Grau, 2001)

2.2.9 Efectos de la comunicación sobre el nivel de estrés en padres de niños hospitalizados

El nivel de estrés al que están sometidos los padres de un niño hospitalizado incluye la relación con el personal de enfermería del centro hospitalario. De acuerdo a las investigaciones revisadas, Hilary J.E. Espezel y Connie J. Canam (2003) estudiaron la interacción y comunicación de los padres con los enfermeros, y la apreciación positiva de los padres por la atención de bienvenida y acompañamiento permanente de parte del personal de enfermería a su menor hospitalizado. (Espezel & Canam, 2003).

En este aspecto, Reyes (2014) hace mención al estudio de Hallström, Runesson y Elander, para quienes en su artículo “Observed parental needs during their child’s hospitalization” en el año 2002, una de las necesidades referidas por los padres que más destacaban durante la hospitalización del niño era la posibilidad de poder expresar sus dudas y emociones al profesional de enfermería. Para los padres, uno de los elementos que impiden que se pueda establecer una comunicación adecuada con los profesionales enfermeros, es la

“ansiedad o de elevado estrés emocional, como consecuencia de un acontecimiento adverso o inesperado durante la hospitalización”. (pág. 26)

2.2.10 Abordaje psicológico de madres de menores hospitalizados

La hospitalización de un niño es para los padres un fuerte impacto afecta la estabilidad emocional y psicológica, influyendo sobre el vínculo afectivo con el niño, presentando en este momento de duelo niveles de estrés y ansiedad con respuestas desadaptativas y síntomas psicopatológicos, debiendo de facilitárseles una debida atención psicológica.

El apoyo social actúa como factor protector ante el estrés y el impacto emocional generado por la hospitalización del niño en la familia. Una intervención psicológica basada en la adecuada comunicación de las malas noticias de la enfermedad de niño, en resolver los conflictos, y en la prevención del Burnout destacan la necesidad de “humanizar la atención temprana padres-hijo desde la hospitalización, y mantener un seguimiento tras el alta hospitalaria de estas familias. (Ramo, 2017)

2.3 Definición conceptual

Actitud:

Según Eagly & Chaiken (2001), la actitud se muestra a través de la evaluación de un ente (u objeto), concretándose, con cierto grado favorable o desfavorable. Tratándose de un estado interno de la persona. No es una respuesta manifiesta y observable. Se concibe como algo que media entre los aspectos del ambiente externo (estímulos), y las reacciones de las personas (respuestas evaluativas manifiestas).

Gross (2004), cita una definición clásica de actitud de Allport en 1935, como “un estado mental y neural de disposición, organizada a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta del individuo a todos los objetos o situaciones con los que se relaciona” (Gross, 2004)

Maternidad:

El concepto de maternidad es un conjunto de significados, creencias en permanente evolución que se dan a lo largo de la historia, influidos por factores culturales y sociales, que han ido apoyándose en ideas en torno a la mujer, a la procreación y a la crianza, como vertientes que se encuentran y entrecruzan en la interpretación. Siendo la maternidad un concepto que se intercambia en el espacio social, su interpretación y repercusión en la experiencia individual es muy significativa, siendo por largo tiempo tal vez la investidura más poderosa para la autodefinición y autoevaluación de cada mujer, aún de aquellas que no son madres. Eagly & Chaiken (2001).

Actitudes maternas:

La sensibilidad materna se define como la habilidad de la madre para tomar conciencia, interpretar adecuadamente y responder de forma apropiada y contingente a las señales y comunicaciones del infante (Ainsworth, et al., 1978).

Una organización durable de patrones psicológicos que implica un universo con una consistencia de patrones y respuestas de la madre hacia el hijoll.

Apego:

Consiste en un conjunto de pautas de conducta características, en parte programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen por objetivo mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna (sea esta la madre o su principal cuidador) (Bowlby, citado en García & Ibáñez, 2007),

Vínculo:

El sello conductual del vínculo es la búsqueda para conseguir y mantener un cierto grado de proximidad hacia el objeto de apego, que va desde el contacto físico cercano bajo ciertas circunstancias, hasta la interacción o la comunicación a través de la distancia, bajo otras circunstancias. (Bowlby, 2014)

La relación madre – hijo:

La relación madre hijo se puede entender como aquel vínculo que une a la madre y a su hijo de manera satisfactoria a través del apego, siendo esta una relación activa, cariñosa y recíproca entre ellos, que es muy distinta de las relaciones con otras personas, y que se encuentra fortalecida y reforzada por la interacción entre ambos. (Bowlby, 1999).

Aceptación:

Es la expresión de una adecuada relación madre-hijo, en términos de sinceridad y expresión de afecto, interés en los gustos del niño, en sus actividades, desarrollo y en la percepción de su pequeño. (Arévalo, 2005)

Sobreindulgencia:

La Actitud de Sobreindulgencia, es considerada al igual que la de sobreprotección como una actitud de no aceptación y que impide el desarrollo emocional del niño manteniéndolo en un estado de dependencia y en el que con el llanto puede lograr que la madre satisfaga sus peticiones. (Bakwin, 1984, citado por Hurlock 1997).

Rechazo:

El rechazo se da en las circunstancias en que el niño no es deseado. Puede originarse debido a las características de personalidad de la madre o de los padres en general, en el tipo de relaciones entre ellos, a los celos por el hijo o en la conducta de este. (Bakwin & Morris, 1974)

Sobreprotección:

Expresión de ansiedad prenatal en términos de cuidados infantiles, lo que es un impedimento del desarrollo de un comportamiento independiente por su excesivo control. (Arévalo, 2005)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño utilizado

3.1.1 Tipo y enfoque

Además, la investigación es de tipo básica. (Vara, 2012)

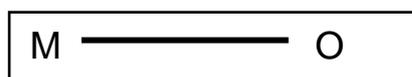
3.1.2 Niveles

El nivel de investigación que se utilizó es descriptivo, según Hernández, Fernández y Baptista (2010) mencionan que la investigación descriptiva “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice”. (pág. 103)

3.1.3 Diseño de investigación

La investigación presenta un diseño no experimental de corte transversal, en la que las variables no son manipuladas, lo que se hace en este tipo de investigación es observar fenómenos en su contexto natural, para después analizarlos. Y es de corte transversal, es decir se recopila la información en un solo tiempo. El procedimiento consiste en medir o ubicar a un grupo de personas, objetos, situaciones, contextos, fenómenos en una variable o concepto y proporcionar su descripción. (Hernández et al., 2010)

El diagrama del diseño es el siguiente:



Dónde:

O = Actitud materna

M = Muestra

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población está conformada por 66 madres con hijos hospitalizados de 1 mes a 7 años de edad, en el servicio de medicina pediátrica de un Hospital de Lima.

3.2.2 Muestra y muestro

La muestra seleccionada fue determinada mediante el método no probabilístico.

La muestra a trabajar está conformada por 66 madres con hijos hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica (niños de 1 mes a 7 años de edad) Se consideró a las madres de los niños de dichas edades, ya que la mayoría de estos niños se hospitalizan con distintos diagnósticos, predominando el diagnóstico de enfermedades respiratorias.

El muestreo que se utilizó en esta investigación es de tipo Intencional o por criterio, basándose primordialmente en la experiencia con la población. (Vara, 2012)

3.1.1 Descripción de la muestra

En las variables sociodemográficas de la madre, se halla que en un 59.1% (39) son jóvenes entre 19 a 33 años y un 31.8% (21) son madres adultas jóvenes entre 34 a 45 años. En cuanto a su estado civil un 62.1% (41) conviven y un 13.6% (9) son casadas, los que hacen un total de 75.7% de madres con pareja. Un 77.3% (52) son de nivel socioeconómico bajo (con grados de instrucción primaria y secundaria), un 83.3% (55) son amas de casa. Entre los lugares de procedencia de la madre se encuentran en su mayoría del distrito del Cercado de Lima con un 24.2% (16), luego del distrito del Rímac con un 13.6% (9), de Puente Piedra con un 13.6% (9), de San Martín de Porres con un 12.1% (8), de Comas con un 9.1% (6). La cantidad de 2 hijos es la que predomina en las madres con hijos hospitalizados, con un 31.8% (21), seguido por las que tienen 1 hijo con un 30.3% (20).

Tabla 2. *Características sociodemográficas de la madre*

Edad de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Adolescentes (De 15 a 18 años)	3	4.5 %
Jóvenes (De 19 a 33 años)	39	59.1 %
Adultas jóvenes (De 34 a 45 años)	21	31.8 %
Adultas (De 46 a más)	3	4.5 %
Total	66	100.0 %
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	9	13.6 %
Conviviente	41	62.1 %
Separada	2	3.0 %
Madre soltera	13	19.7 %
Viuda	1	1.5 %
Total	66	100.0 %
Nivel socioeconómico (Grado de instrucción)	Frecuencia	Porcentaje
- Bajo (Primaria y Secundaria)	51	77.3 %
- Medio alto (Superior)	15	22.7 %
Total	66	100.0 %
Ocupación de la madre	Frecuencia	Porcentaje
Docente	1	1.5 %
Estudiante	3	4.5 %
Ama de casa	55	83.3 %
Ambulante	3	4.5 %
Independiente	4	6.1 %
Total	66	100.0 %
Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Cercado de Lima	16	24.2 %
Rímac	9	13.6 %
Puente Piedra	9	13.6 %
San Martín de Porres	8	12.1 %
Comas	6	9.1 %
Carabaylo	3	4.5 %
Ate	3	4.5 %
San Juan de Lurigancho	2	3.0 %
San Juan de Miraflores	2	3.0 %
Los Olivos	2	3.0 %
Callao	2	3.0 %
Otros	6	6.0 %
Total	66	100.0 %
Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1	20	30.3 %
2	21	31.8 %
3	12	18.2 %
4	10	15.2 %
5	3	4.5 %
Total	66	100.0 %

Tabla 3. Características sociodemográficas del niño

Orden del niño hospitalizado	Frecuencia	Porcentaje
Primogénitos	29	43.9 %
Segundos hijos	16	24.2 %
Terceros hijos	11	16.7 %
Cuartos y quintos hijos	10	15.2 %
Total	66	100.0 %
Sexo del niño	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	42	63.6 %
Femenino	24	36.4 %
Total	66	100.0 %
Edad del niño	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 12 meses	24	36.4 %
1 año	11	16.7 %
2 años	2	3.0 %
3 años	5	7.6 %
4 años	2	3.0 %
5 años	4	6.1 %
6 años	10	15.2 %
7 años	8	12.1 %
Total	66	100.0 %

Como características sociodemográficas del niño hospitalizado se obtiene que el 43.9% (29) de ellos son primogénitos y cerca de la mitad de ellos son segundos hijos con un 24.2% (16). Un 63.6% (42) son de sexo masculino, y un 36.4% (24) tienen entre un mes de nacido hasta un año. Además, para los menores hasta 3 años se obtiene un predominio del 63.7% (42) con respecto al 36.3% (24) de niños entre 4 a 7 años.

3.3 Identificación de la variable y su operacionalización

Actitud materna, es la manera en la cual la madre va a actuar e interrelacionarse con sus hijos, de acorde a las experiencias que ella haya vivido, su forma de crianza, su personalidad y como afronte la vida va a determinar la

relación que tenga con ellos, sea esta negativa, positiva. Roth citado en Amaya (2015).

3.3.1 Operacionalización de la variable

Tabla 4. Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Nivel de medición	Escala de interpretación
Actitudes Maternas	Roth (citado en Arévalo, 2005), señala que las actitudes maternas son una organización durable de emociones, motivaciones, percepciones y procesos cognitivos con respecto a unos objetos, que en este caso es el hijo.	Son las mediciones obtenidas a través del cuestionario de Actitudes Maternas de la Escala de medición madre - niño de Robert Roth.	Aceptación	Protección	1, 5, 9, 13, 17,	Ordinal	Alto: De 45 a 52
				Afecto	21, 25,		Medio: De 41 a 44
				Interés	29, 33,		Bajo: De 37 a 40
				Disciplina	37, 41, 45		Muy bajo: De 27 a 36
				Excesivo control	2,6,10, 14,18, 22, 26,		Alto: De 37 al 45
			Sobreprotección	Excesiva preocupación	30, 34, 38, 42, 46		Medio: De 33 al 36
			Sobreindulgencia	Gratificación excesiva	3, 7, 11,15, 19,23,		Bajo: De 27 al 32
			Falta de control	27,31, 35,39,	Muy bajo: 20 al 26		
			Límites	43,47	Alto: De 35 al 44		
			Rechazo	Negación de amor	4, 8, 12, 16, 20, 24,		Medio: De 31 a 34
Negligencia	28, 32,	Bajo: De 27 a 30					
Severidad	36, 40, 44, 48	Muy bajo: De 21 de 26					
						Alto: De 37 a 43	
						Medio: De 32 a 36	
						Bajo: De 28 a 31	
						Muy bajo: De 19 a 27	

En esta tabla 2 se Puede observar una definición de la variable estudiada, que utilizó Roth en la elaboración de su instrumento Actitudes maternas de la relación madre – niño, la cual está integrada por cuatro dimensiones. Además, se presentan los rangos de las puntuaciones en percentil.

3.4 Técnicas e instrumentos de evaluación y diagnóstico

3.4.1 Técnicas de investigación

Las técnicas que se emplean son las siguientes:

A. Técnicas de recolección de información indirecta

Se realizó mediante la recopilación de información existente en fuentes bibliográficas; recurriendo a las fuentes originales en lo posible, como por ejemplo libros, artículos, revistas, trabajos de investigaciones anteriores, etc.

B. Técnicas de recolección de información directa

Este tipo de información se obtuvo mediante la aplicación de encuestas aplicadas a madres acompañantes de sus hijos hospitalizados, dicha encuesta fue realizada en forma individual.

3.4.2 Instrumento de recolección de información

Para la presente investigación se utilizó el cuestionario de Actitudes Maternas de la Relación Madre – Niño, de Roth, adaptada por Edmundo Arévalo (2005).

A. Ficha técnica

Nombre de la Prueba	: Actitudes maternas de la relación madre - niño
Autor	: Robert Roth (1965)
Adaptación y estandarización	: Edmundo Arévalo Luna (2005)
Significación	: Conocer el tipo de relación que tiene la madre con su niño, a través de las áreas que evalúa.

Áreas que Evalúa	: Aceptación (A), sobreprotección (SP), sobre indulgencia (SI) y rechazo (R)
Ámbito de Aplicación	: La Evaluación de la Relación Madre- Niño, cuyas edades de los niños sean menores de 7 años.
Normas que ofrece	: Normas percentiles
Administración	: Individual y Colectiva
Tiempo de Duración	: No hay tiempo límite, pero se estima en un promedio de 25 minutos aproximadamente.

B. Confiabilidad

Arévalo (2005), para la confiabilidad del instrumento, utilizó una muestra de 120 madres, de las cuales 60 pertenecen a la ciudad de Trujillo y 60 a Piura. Lleva a cabo el análisis de fiabilidad a través del coeficiente Alfa de Crombach. De acuerdo a este análisis para que el cuestionario sea válido éste debe ser >0.70. Cuyo resultado fue, índice de confiabilidad del instrumento: 0,8976. Así mismo, se realizaron con las cuatro áreas: aceptación 0,89; sobreprotección 0,91; sobre indulgencia 0,81 y rechazo 0,85.

C. Validez

La validez de instrumento, realizada por Arévalo (2005), la obtuvo de dos formas, la primera fue **la validez de contenido**, esto se realizó a través de la técnica del criterio de jueces. Esta técnica consistió en proporcionar el cuestionario a la opinión de jueces: 04 Psicólogos experimentados con más de 15 años en trabajo con familias; 02 maestras de niveles de inicial y primaria y 02 madres de familia; adjuntándoles las definiciones de cada una de las áreas de la escala, según lo cual aprobaron unánimemente los 48 elementos; los mismos que fueron sometidos al procesamiento estadístico para determinar la validez.

Luego, se aplicó la **validez de criterio**, para ello se aplicó la prueba piloto a 120 sujetos de la muestra, para posteriormente analizar los datos a través del

paquete estadístico SPSS versión 10.0, utilizando el método ítem test, a través de la fórmula Producto Momento de Pearson, cumpliéndose con el criterio $r > 0.21$, para que sean aceptados o válidos cada uno de los ítems; corregida de acuerdo a Mc Nemar, precisando de esta manera la correlación real entre el ítem y el total del test $r > 0.35$, hallándose indicios que fluctúan entre 0.68 para la actitud materna de aceptación, 0.62 en sobreprotección, 0.54 para sobre indulgencia y 0.58 en la actitud de rechazo.

D. Calificación

Las afirmaciones tienen cinco alternativas de respuesta, a cada alternativa se le ha asignado un valor o puntaje que varía de 1 a 5, siendo éstas las siguientes:

- Completamente de acuerdo (CA) – 5
- De acuerdo (A) – 4
- Indecisa (I) – 3
- En desacuerdo (D) – 2
- Completamente en desacuerdo (CD) – 1

En relación al área que evalúa (aceptación) la corrección es inversa para los ítems: 17, 21, 25, 29, 33, 41, 45.

Se puntúa cada ítem y luego se suman los puntajes totales de cada dimensión, lográndose un total en A, SP, SI, R. Luego, se convierten estos PD en puntuaciones percentiles.

CAPÍTULO IV

PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Procesamiento de los resultados

Luego de aplicar el instrumento a la muestra objeto de la presente investigación, se analizó la información. Para el análisis de datos de tipo estadístico se utilizó el programa de SPSS versión 23, en la cual se realizó los análisis descriptivos, lo que permitió realizar las mediciones y comparaciones necesarias para el presente trabajo.

Se realizó los análisis descriptivos para la búsqueda del valor mínimo, máximo y también el valor de la media:

$$\bar{X} = \frac{\sum x_i}{n}$$

4.2 Presentación de los resultados

Para iniciar con la presentación de resultados, primero se exponen los datos obtenidos en el instrumento mediante.

Tabla 5. Cálculo de la media, mínimo y máximo de cada actitud materna

	Aceptación	Sobreprotección	Sobreindulgencia	Rechazo
Media	34,30	37,02	37,47	33,32
Mínimo	23	22	25	16
Máximo	45	54	51	46

Dado que el modelo de actitud materna en estudio no se da acorde a una puntuación total de las variables categóricas, los datos obtenidos se puntúan de acorde a los ítems señalados por cada tipo de actitud siendo 12 ítems por cada una de las 4 variables dando un total de 48 preguntas a responder por las madres.

Se puede observar que, entre sus puntajes directos hallados, la actitud materna de aceptación presenta una media de 34.30, siendo el valor mínimo de

23, el valor mínimo que representa a una madre con un Nivel Muy bajo de actitud positiva de aceptación. Asimismo, el valor máximo obtenido de 45 es el único valor que representa el Nivel Alto de aceptación (Anexo 6).

Con respecto a las actitudes maternas negativas de sobreprotección, sobreindulgencia, y rechazo, encontramos que la actitud de rechazo presenta su valor mínimo más bajo (16); con respecto al valor máximo de estas actitudes maternas negativas tenemos al de la sobreprotección con un valor de 54 como máximo puntaje directo.

Tabla 6. Cuadro comparativo entre los puntajes percentilares de actitudes maternas

Nivel	Aceptación		Sobreprotección		Sobreindulgencia		Rechazo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	1	1.5%	30	45.5%	43	65.2%	17	25.8%	91	34.5%
Medio	1	1.5%	20	30.3%	17	25.8%	26	39.4%	64	24.2%
Bajo	18	27.3%	13	19.7%	4	6.1%	16	24.2%	51	19.3%
Muy bajo	46	69.7%	3	4.5%	2	3.0%	7	10.6%	58	22.0%
Total	66	100.0%	66	100.0%	66	100.0%	66	100.0%	264	100.0%

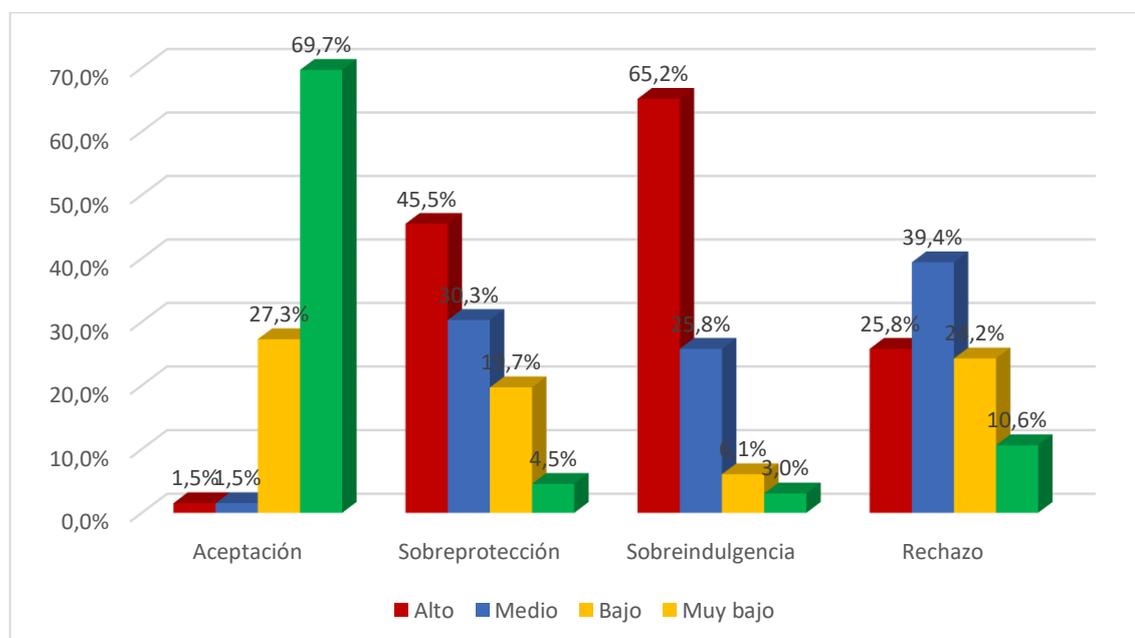


Figura 1. Distribución porcentual entre los puntajes percentilares de las actitudes maternas

En la figura 1 podemos comparar los niveles de cada una de las 4 actitudes maternas en las 66 madres evaluadas con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica, siendo predominante los niveles altos para las actitudes negativas de Sobreprotección con un 45.5% (30) y Sobreindulgencia con un 65.2% (43). El nivel medio de rechazo fue el que predominó con un 39.4% (26). Asimismo, predomina el nivel muy bajo para la actitud positiva de aceptación con un 69.7% (46). Además, se observa los niveles medios similares para las actitudes negativas de sobreprotección con un 30.3% (20) y para la sobreindulgencia con un 25.8% (17). También guardan similares resultados el nivel alto de rechazo con un 25.8% (17) y el nivel bajo de aceptación 27.3% (18) de las madres.

Tabla 7. Cuadro comparativo de los Niveles Altos para cada actitud materna

	Frecuencia	%
Aceptación	1	1%
Sobreprotección	30	33%
Sobreindulgencia	43	47%
Rechazo	17	19%
Total	91	100%

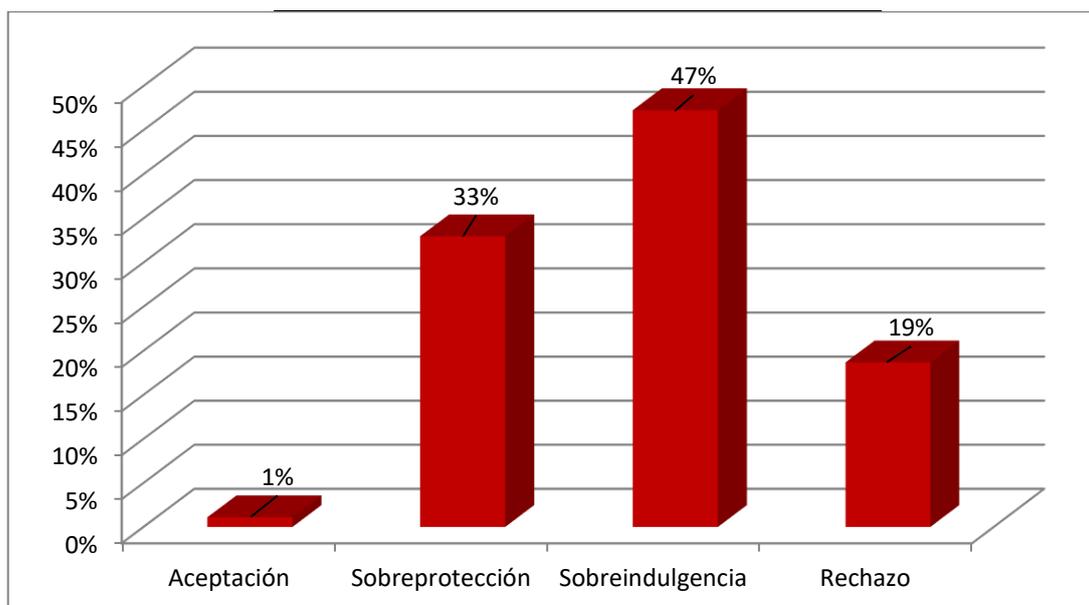


Figura 2. Distribución porcentual entre los Niveles Altos de las actitudes maternas

En un comparativo entre todos los niveles altos se observa que es predominante el nivel alto de sobreindulgencia con 47% (43), seguido por el nivel alto de sobreprotección con un 33% (30) y con un rechazo de 19% (17). El menor nivel alto es de la aceptación con un 1% (1)

Tabla 8. Cuadro comparativo de los Niveles Medios para cada actitud materna

	Frecuencia	%
Aceptación	1	2%
Sobreprotección	20	31%
Sobreindulgencia	17	27%
Rechazo	26	41%
Total	64	100%

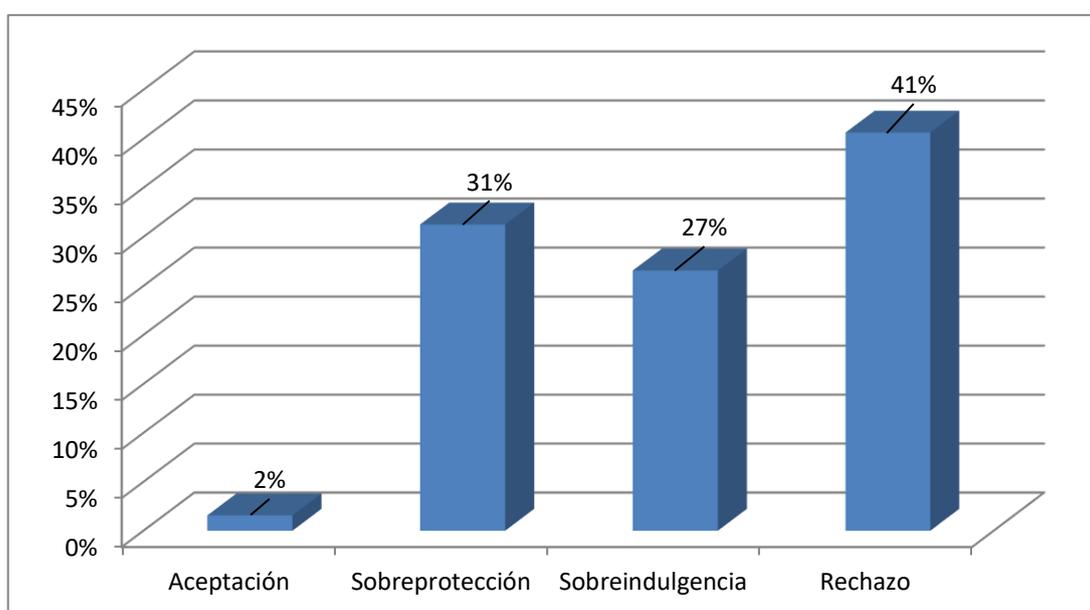


Figura 3. Distribución porcentual entre los Niveles Medios de las actitudes maternas

En un comparativo entre todos los niveles medios se observa que es predominante el nivel medio de rechazo con 41% (43), seguido por el nivel medio de sobreprotección con un 31% (20) y el de sobreindulgencia con un 27% (17). El nivel medio más bajo es de la aceptación con un 2% (1)

Tabla 9. Cuadro comparativo de los Niveles Bajos para cada actitud materna

	Frecuencia	%
Aceptación	18	35%
Sobreprotección	13	25%
Sobreindulgencia	4	8%
Rechazo	16	31%
Total	51	100%

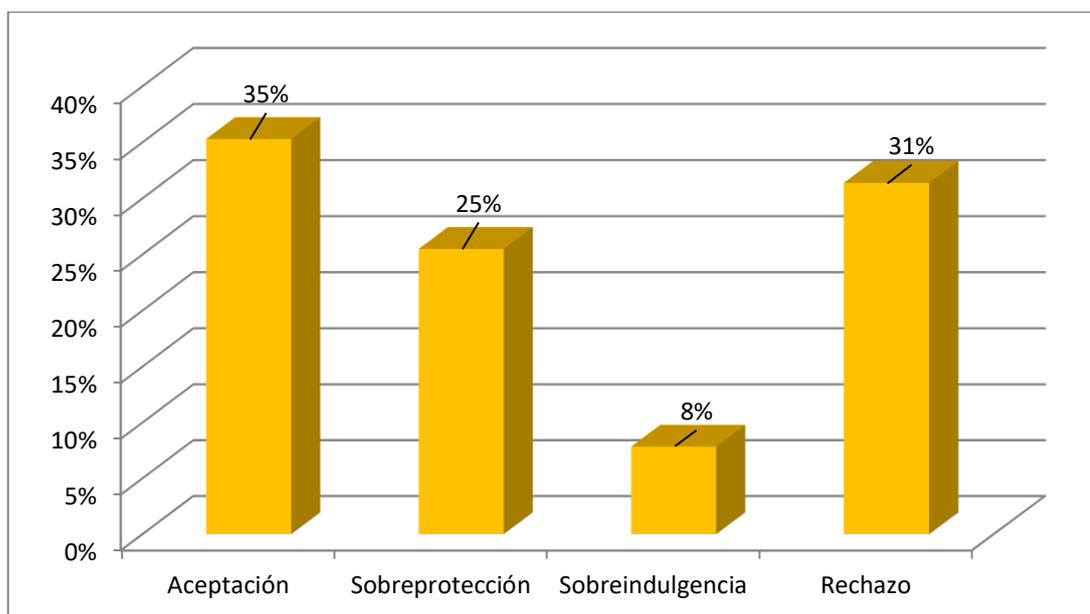


Figura 4. Distribución porcentual entre los Niveles Bajos de las actitudes maternas

En un comparativo entre todos los niveles bajos se observa que es predominante el nivel bajo de aceptación con 35% (18), seguido por el nivel bajo de rechazo con un 31% (16) y el de sobreprotección con un 25% (13). El menor Nivel Bajo es de la sobreindulgencia con un 8% (4).

Tabla 10. Cuadro comparativo de los Niveles Muy bajos para cada actitud materna

	Frecuencia	%
Aceptación	46	79%
Sobreprotección	3	5%
Sobreindulgencia	2	3%
Rechazo	7	12%
Total	58	100%

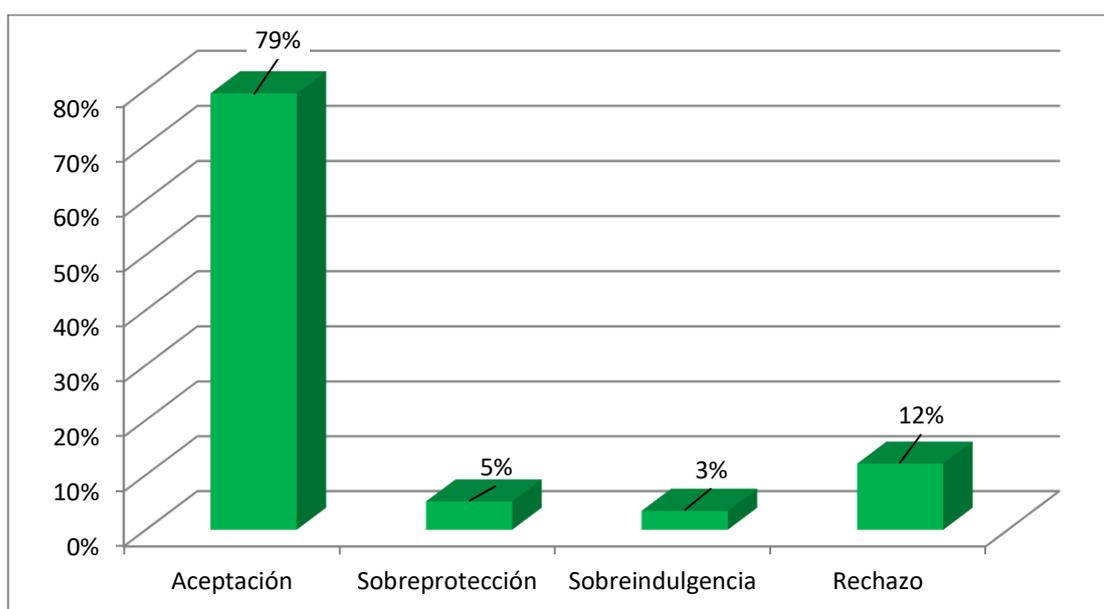


Figura 5. Distribución porcentual entre los Niveles Muy bajos de las actitudes maternas

En un comparativo entre todos los niveles muy bajos se observa que es predominante el nivel muy bajo de aceptación con 79% (46), seguido por el nivel Muy bajo de rechazo con un 12% (7), así como los niveles de sobreprotección con un 5% (3) y sobreindulgencia con un 3% (2).

ACTITUD MATERNA DE ACEPTACIÓN

Tabla 11. Nivel de la actitud materna de Aceptación

Aceptación	Frecuencia	%
Alto	1	2%
Medio	1	2%
Bajo	18	27%
Muy bajo	46	70%
Total	66	100%



Figura 6. Distribución porcentual del grado de la actitud materna de Aceptación

En la figura 6 se indica que la actitud de Aceptación de las madres se presenta con nivel Bajo para un 27% (18) de ellas y, por el contrario, con un nivel Muy bajo de Aceptación para un 70% (46) de las mismas. Asimismo, únicamente el 2% (1) de las madres tienen un nivel Alto y de igual manera otro 2% (1) de ellas presentan un nivel Medio.

Tabla 12. Distribución de frecuencia y porcentaje de los niveles de actitud materna de Aceptación, según nivel socioeconómico por grado de instrucción

Aceptación	Nivel socioeconómico				Total	
	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Medio Alto			
	n	%	n	%	n	%
	Alto	1	1.52%	0	0.00%	1
Medio	1	1.52%	0	0.00%	1	1.52%
Bajo	13	19.70%	5	7.58%	18	27.27%
Muy bajo	36	54.55%	10	15.15%	46	69.70%
Total	51	77.27%	15	22.73%	66	100.00%

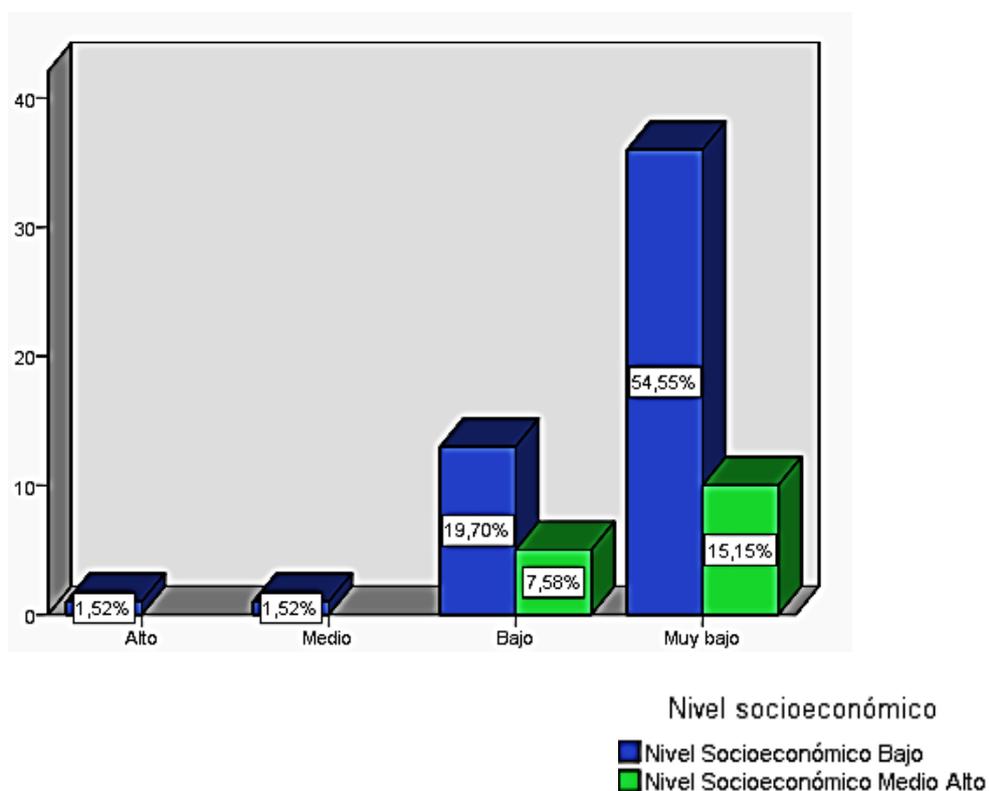


Figura 7. Distribución porcentual de los niveles de actitud materna de Aceptación, según nivel socioeconómico (por grado de instrucción).

- Para el nivel Bajo de Aceptación un 19.70% (13) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, mientras que únicamente 7.58% (5) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto.

- Del mismo modo para el nivel Muy Bajo un 54.55% (36) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, mientras que únicamente 15.15% (10) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto.

Tabla 13. Distribución de los niveles de actitud materna de Aceptación, según orden del niño hospitalizado

Aceptación	Orden del niño hospitalizado								Total	
	Primogénitos		Segundos hijos		Terceros hijos		Cuartos y quintos hijos			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alto	1	1.52%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	1.52%
Medio	1	1.52%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	1.52%
Bajo	8	12.12%	5	7.58%	1	1.52%	4	6.06%	18	27.27%
Muy bajo	19	28.79%	11	16.67%	10	15.15%	6	9.09%	46	69.70%
Total	29	43.94%	16	24.24%	11	16.67%	10	15.15%	66	100.00%

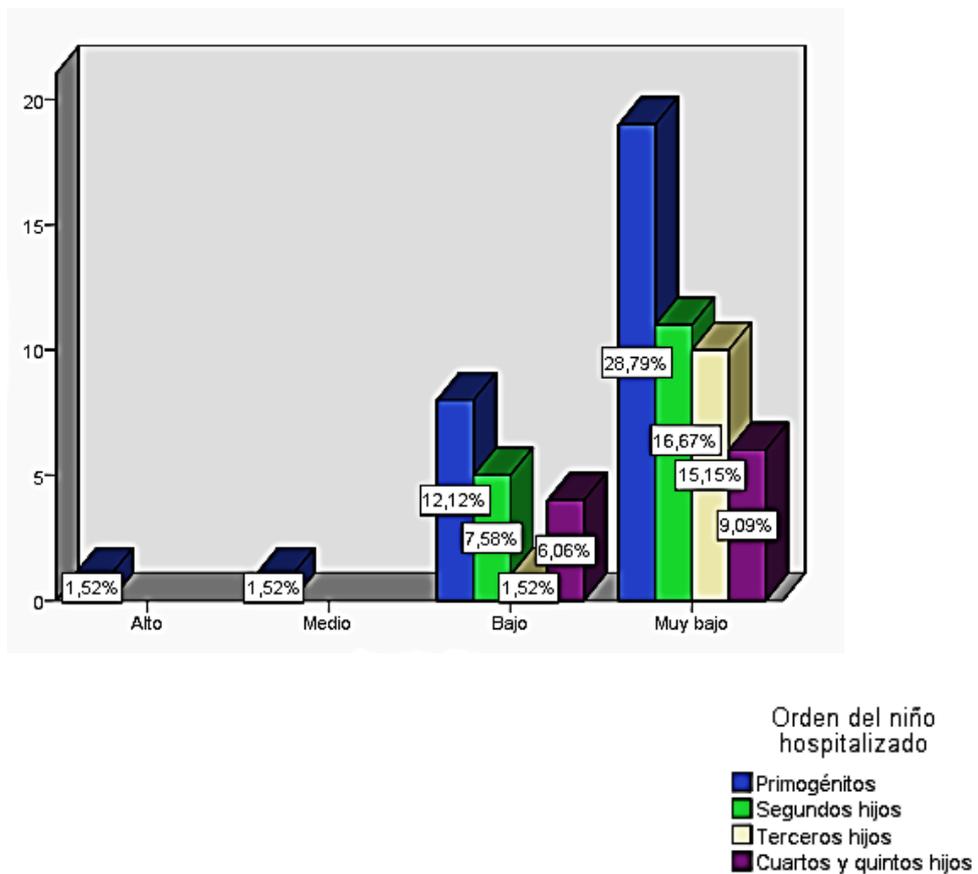


Figura 8. Distribución de los niveles de actitud materna de Aceptación, según orden del niño hospitalizado

- Para el nivel Bajo de Aceptación un 12.12% (8) de las madres tienen a su primogénito hospitalizado, mientras que el 7.58% (5) de las madres tienen hospitalizados a sus segundos hijos, el 6.06% (4) de ellas tienen hospitalizados a sus cuartos y quintos hijos y únicamente el 1.52% (1) madre tiene a su tercer hijo hospitalizado.
- Del mismo modo para el nivel Muy Bajo un 28.79% (19) de las madres tienen a sus primogénitos hospitalizados, mientras que un 16.67% (11) de las madres tienen a sus segundos hijos, un 15.15% (10) de ellas a sus terceros hijos y finalmente un 9.09% (6) de las madres tienen a sus cuartos y quintos hijos hospitalizados.

ACTITUD MATERNA DE SOBREPOTECCIÓN

Tabla 14. Nivel de la actitud materna de Sobreprotección

Sobreprotección	Frecuencia	%
Alto	30	45%
Medio	20	30%
Bajo	13	20%
Muy bajo	3	5%
Total	66	100%

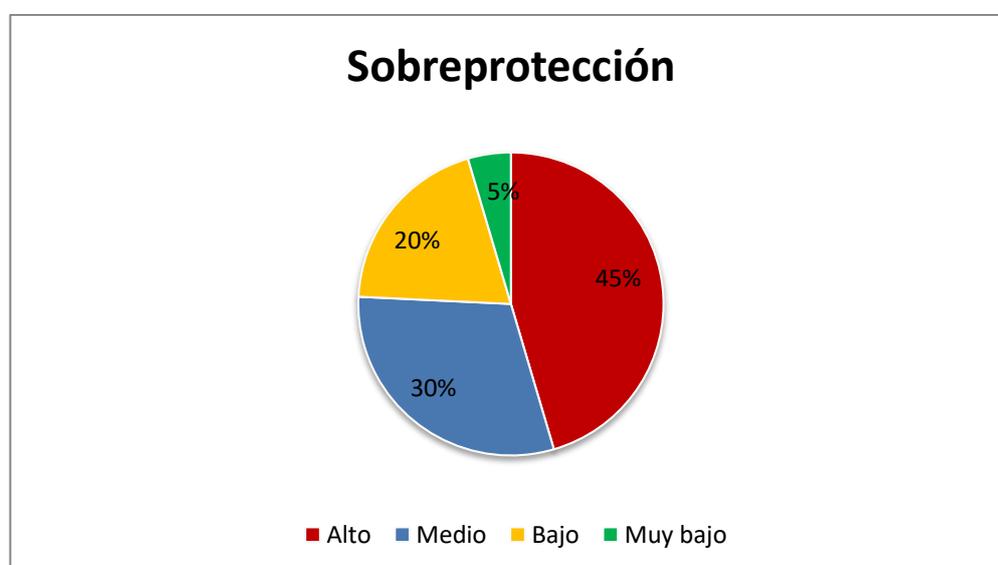


Figura 9. Distribución porcentual del nivel de actitud materna de Sobreprotección

En la figura 9 se indica que la actitud de Sobreprotección de las madres se presenta con un nivel Alto para un 45% (30) de ellas, y con un nivel Medio para un 30% (20) de las mismas. Asimismo, el 20% (13) de las madres tienen un nivel Bajo y únicamente el 5% (3) de ellas presentan un nivel Muy Bajo.

Tabla 15. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreprotección, según nivel socioeconómico

Sobreprotección	Nivel socioeconómico				Total	
	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Medio Alto			
	n	%	n	%	n	%
	Alto	24	36.36%	6	9.09%	30
Medio	15	22.73%	5	7.58%	20	30.30%
Bajo	10	15.15%	3	4.55%	13	19.70%
Muy bajo	2	3.03%	1	1.52%	3	4.55%
Total	51	77.27%	15	22.73%	66	100.00%

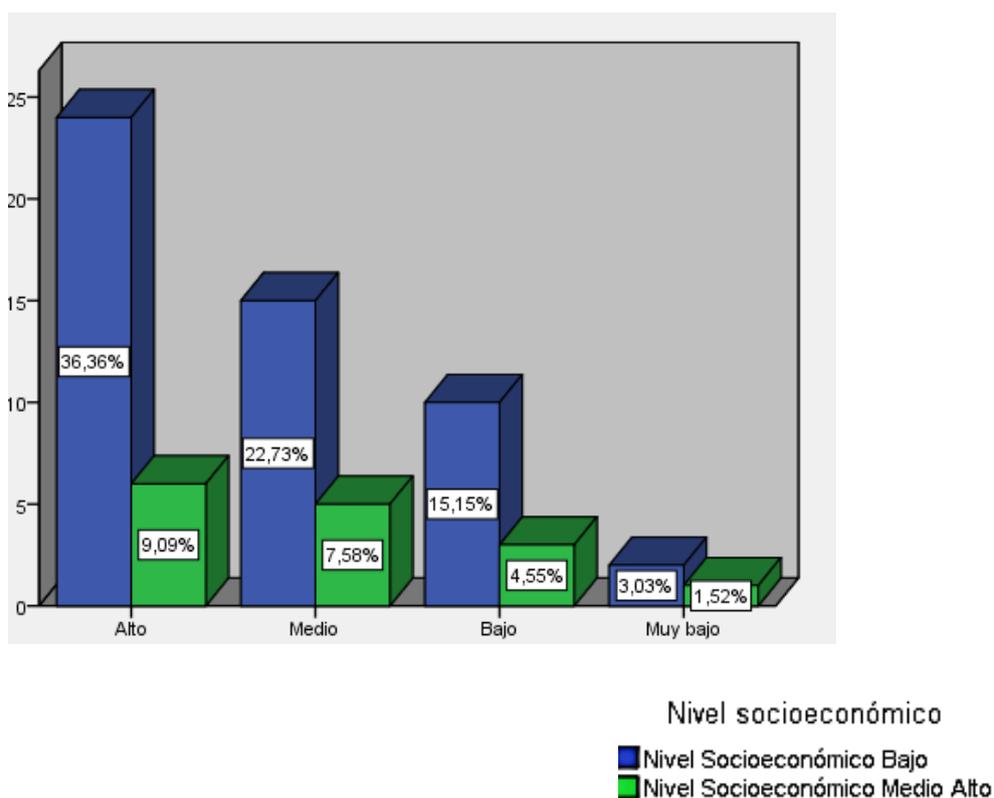


Figura 10. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreprotección, según nivel socioeconómico (por grado de instrucción).

- Para el nivel alto de Sobreprotección un 36.36% (24) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, mientras que únicamente 9.09% (6) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto.
- Para el nivel medio un 22.73% (15) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, mientras que únicamente 7.58% (5) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto.
- Para el nivel Bajo un 15.15% (10) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, mientras que únicamente 4.55% (3) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto.
- Del mismo modo para el nivel Muy Bajo un 3.03% (2) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, mientras que únicamente 1.52% (1) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto.

Tabla 16. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreprotección, según orden del niño hospitalizado

Sobreprotección	Orden del niño hospitalizado								Total	
	Primogénitos		Segundos hijos		Terceros hijos		Cuartos y quintos hijos			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alto	13	19.70%	7	10.61%	5	7.58%	5	7.58%	30	45.45%
Medio	8	12.12%	5	7.58%	2	3.03%	4	6.06%	20	30.30%
Bajo	5	7.58%	4	6.06%	4	6.06%	0	0.00%	13	19.70%
Muy bajo	3	4.55%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	3	4.55%
Total	29	43.94%	16	24.24%	11	16.67%	9	13.64%	66	100.00%

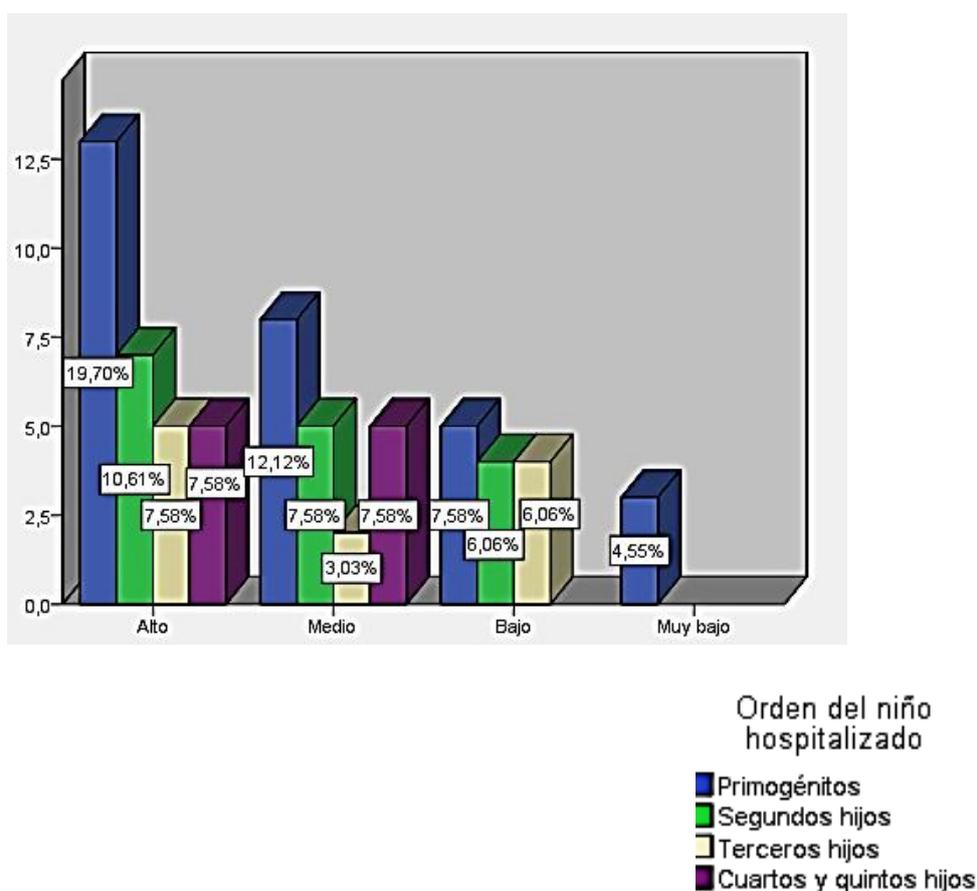


Figura 11. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreprotección, según orden del niño hospitalizado

- Para el nivel Alto de Sobreprotección un 19.70% (13) de las madres tienen a su primogénito hospitalizado, mientras que el 10.61% (7) de las madres tienen hospitalizados a sus segundos hijos, el 7.58% (5) de las madres tienen

hospitalizados a sus terceros hijos, e igualmente a sus cuartos y quintos hijos hospitalizados.

- Del mismo modo para el nivel Medio un 12.12% (8) de las madres tienen a sus primogénitos hospitalizados, mientras que un 7.58% (5) de las madres tienen a sus segundos hijos e igualmente a sus cuartos y quintos hijos hospitalizados, mientras que únicamente un 3.03% (2) de ellas tienen a sus terceros hijos hospitalizados.
- Para el nivel Bajo un 7.58% (5) de las madres tienen a sus primogénitos hospitalizados, mientras que un 6.06% (4) de las madres tienen a sus segundos hijos e igualmente a sus terceros hijos hospitalizados.

ACTITUD MATERNA DE SOBREINDULGENCIA

Tabla 17. Nivel de la actitud materna de sobreindulgencia

Sobreindulgencia	Frecuencia	%
Alto	43	65%
Medio	17	26%
Bajo	4	6%
Muy bajo	2	3%
Total	66	100%

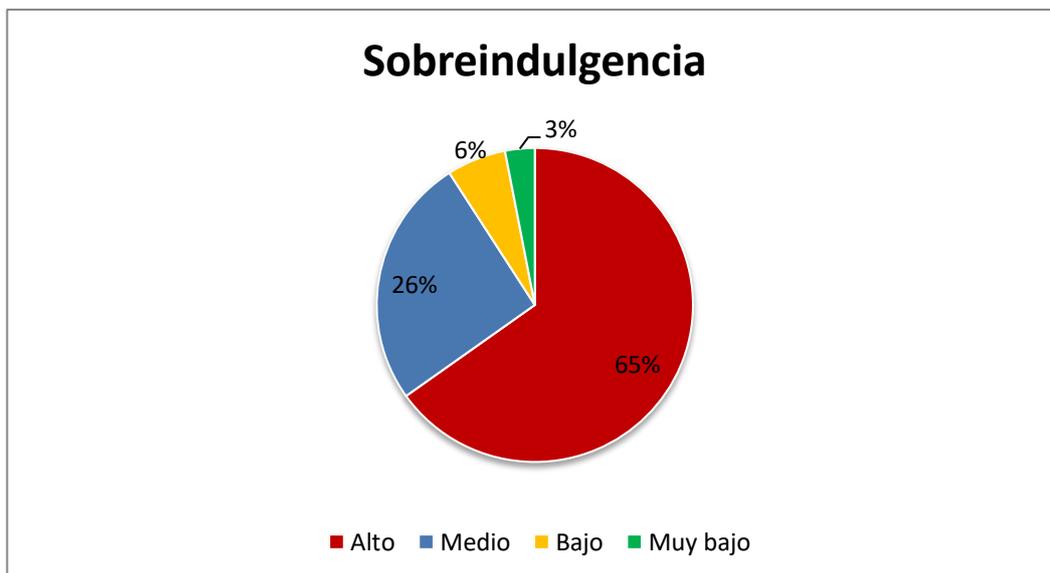


Figura 12. Distribución porcentual del nivel de actitud materna de Sobreindulgencia.

En la figura 12 se indica que la actitud de Sobreindulgencia de las madres se presenta con un nivel Alto para un 65% (43) de ellas, y con un nivel Medio para un 26% (17) de las mismas. Asimismo, únicamente el 6% (4) de las madres tienen un nivel Bajo y el 3% (2) de ellas presenta un nivel Muy bajo.

Tabla 18. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreindulgencia, según el nivel socioeconómico

Sobreindulgencia	Nivel socioeconómico				Total	
	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Medio Alto			
	n	%	n	%	n	%
	Alto	32	48.48%	11	16.67%	43
Medio	15	22.73%	2	3.03%	17	25.76%
Bajo	3	4.55%	1	1.52%	4	6.06%
Muy bajo	1	1.52%	1	1.52%	2	3.03%
Total	51	77.27%	15	22.73%	66	100.00%

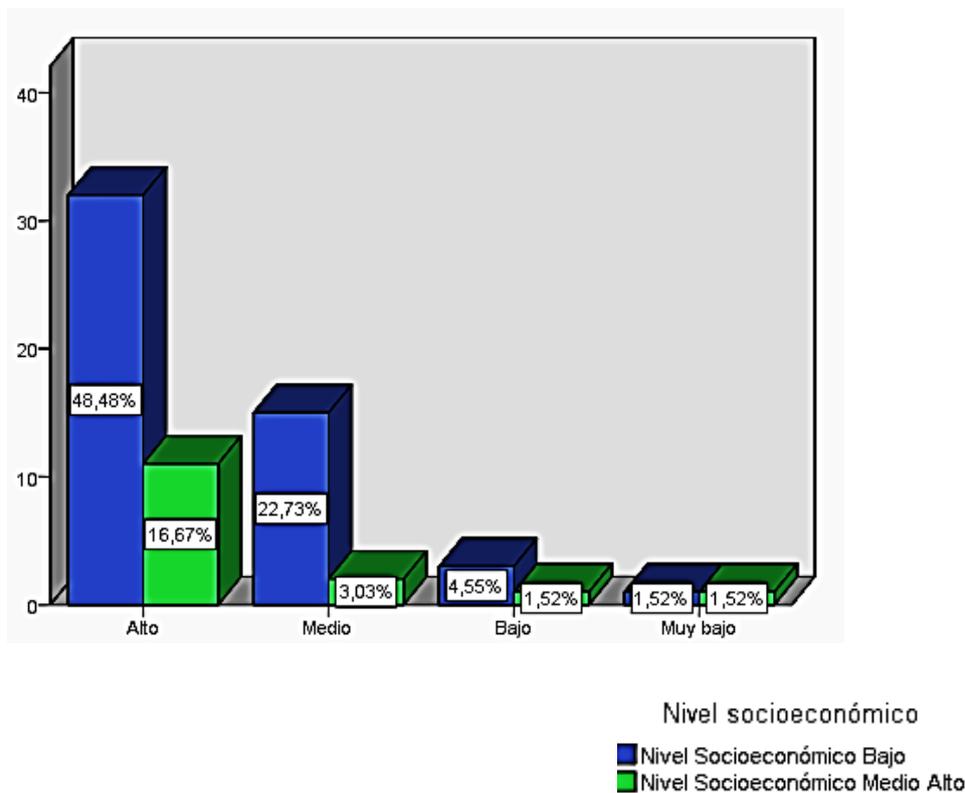


Figura 13. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreindulgencia, según el nivel socioeconómico (por grado de instrucción)

- Para el nivel Alto de Sobreindulgencia un 48.48% (32) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, mientras que únicamente 16.67% (11) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto.
- Para el nivel Medio un 22.73% (15) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, mientras que únicamente 3.03% (2) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto.
- Del mismo modo para el nivel Bajo un 4.55% (3) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, mientras que únicamente 1.52% (1) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto.
- Para el nivel Muy bajo un 1.52% (1) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, e igualmente 1.52% (1) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto

Tabla 19. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreindulgencia, según orden del niño hospitalizado

Sobreindul- gencia	Orden del niño hospitalizado								Total	
	Primogénitos		Segundos hijos		Terceros hijos		Cuartos y quintos hijos			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alto	20	30.30%	8	12.12%	7	10.61%	8	12.12%	43	65.15%
Medio	5	7.58%	7	10.61%	4	6.06%	1	1.52%	17	25.76%
Bajo	2	3.03%	1	1.52%	0	0.00%	1	1.52%	4	6.06%
Muy bajo	2	3.03%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	3.03%
Total	29	43.94%	16	24.24%	11	16.67%	10	15.15%	66	100.00%

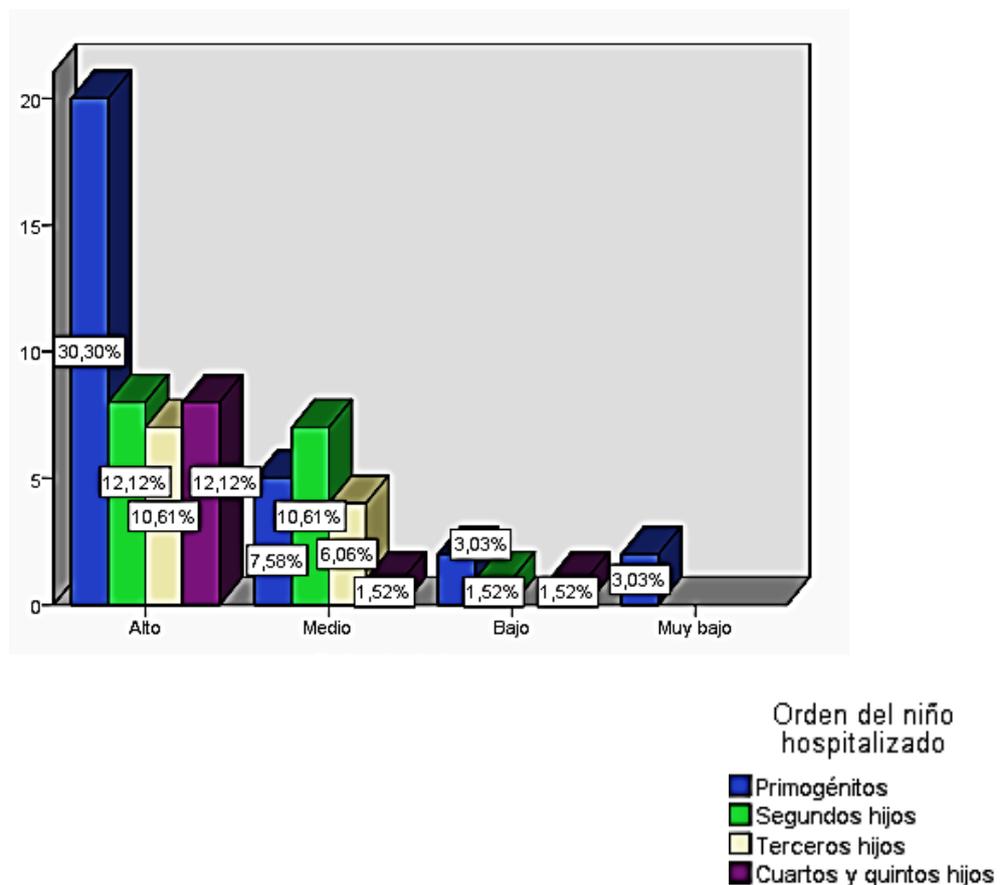


Figura 14. Distribución de los niveles de actitud materna de Sobreindulgencia, según orden del niño hospitalizado

- Para el nivel Alto de Sobreindulgencia un 30.30% (20) de las madres tienen a su primogénito hospitalizado, mientras que el 12.12% (8) de las madres tienen hospitalizados a sus segundos hijos y en la misma proporción 12.12% (8) a sus cuartos y quintos hijos. El 10.61% (7) de las madres tienen hospitalizados a sus terceros hijos.
- Para el nivel Medio un 10.61% (7) de las madres tienen a sus segundos hijos hospitalizados, mientras que un 7.58% (5) de las madres tienen a sus primogénitos, un 6.06% (4) a sus terceros hijos hospitalizados, mientras que únicamente un 1.52% (1) de ellas tienen a sus cuartos y quintos hijos hospitalizados.
- Del mismo modo para el nivel Bajo un 3.03% (2) de las madres tienen a sus primogénitos hospitalizados, mientras que un 1.52% (1) de las madres tienen a sus segundos hijos e igualmente a sus terceros hijos hospitalizados.

ACTITUD MATERNA DE RECHAZO

Tabla 20. Nivel de la actitud materna de rechazo

Rechazo	Frecuencia	Porcentaje
Alto	17	26%
Medio	26	39%
Bajo	16	24%
Muy bajo	7	11%
Total	66	100%

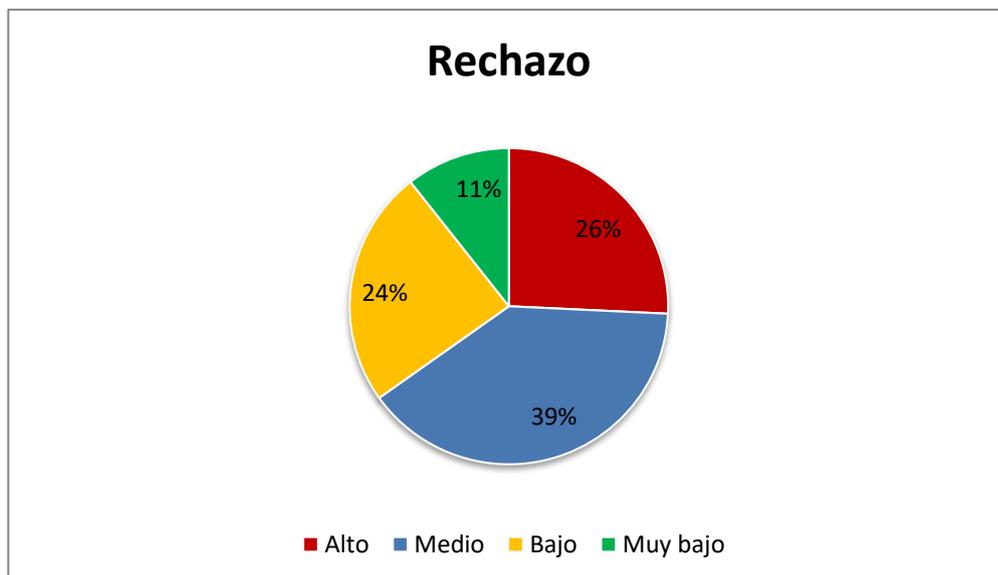


Figura 15. Distribución porcentual del nivel actitud materna de Rechazo.

En la figura 15 se indica que la actitud de Rechazo de las madres con un nivel Alto es para un 26% (17) de ellas, y con nivel Medio es para un 39% (26) de las mismas. Asimismo, el 24% (16) de las madres tienen un Nivel Bajo y únicamente el 11% (7) de ellas tiene un nivel Muy bajo.

Tabla 21. Distribución de los niveles de actitud materna de Rechazo, según nivel socioeconómico

Rechazo	Nivel socioeconómico				Total	
	Nivel Socioeconómico Bajo		Nivel Socioeconómico Medio Alto			
	n	%	n	%	n	%
	Alto	12	18.18%	5	7.58%	17
Medio	21	31.82%	5	7.58%	26	39.39%
Bajo	13	19.70%	3	4.55%	16	24.24%
Muy bajo	5	7.58%	2	3.03%	7	10.61%
Total	51	77.27%	15	22.73%	66	100.00%

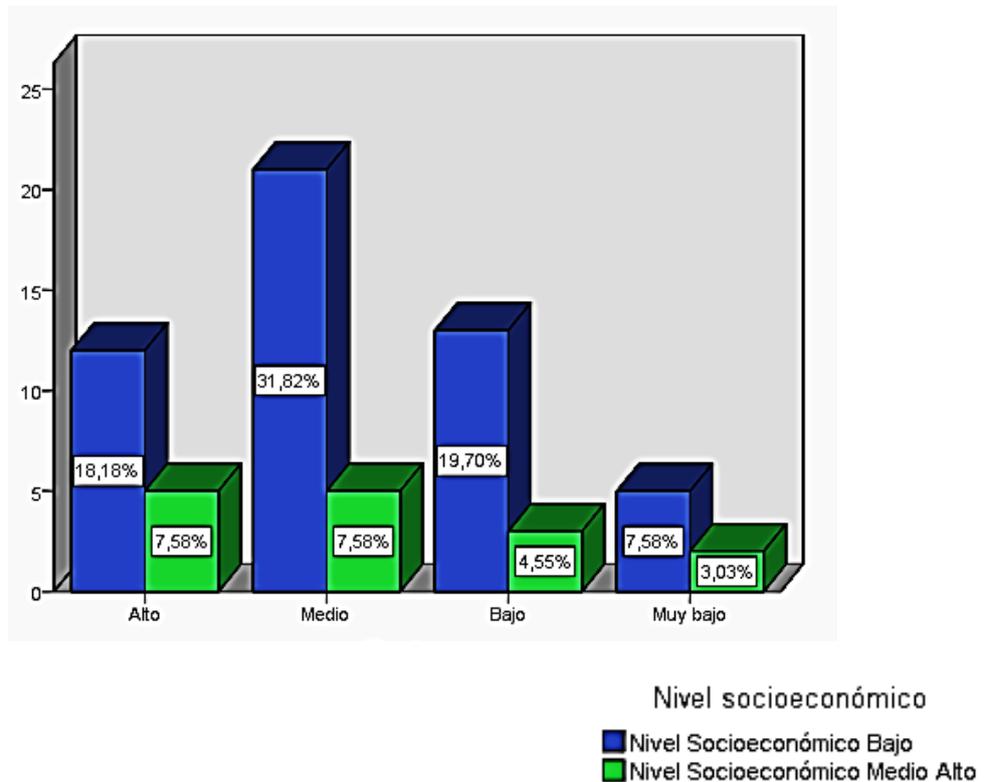


Figura 16. Distribución de los niveles de actitud materna de Rechazo, según nivel socioeconómico (por grado de instrucción)

- Para el nivel Alto de Rechazo un 18.18% (12) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, mientras que únicamente 7.58% (5) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto.
- Para el nivel Medio un 31.82% (21) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, mientras que únicamente 7.58% (5) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto.
- Del mismo modo para el nivel Bajo un 19.70% (13) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, mientras que únicamente 4.55% (3) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto.
- Para el nivel Muy bajo un 7.58% (5) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo, mientras que el 3.03% (2) de las madres pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto

Tabla 22. Distribución de los niveles de actitud materna de Rechazo, según orden del niño hospitalizado

Rechazo	Orden del niño hospitalizado								Total	
	Primogénitos		Segundos hijos		Terceros hijos		Cuartos y quintos hijos			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alto	8	12.12%	5	7.58%	1	1.52%	3	4.55%	17	25.76%
Medio	9	13.64%	6	9.09%	5	7.58%	6	9.09%	26	39.39%
Bajo	10	15.15%	2	3.03%	3	4.55%	1	1.52%	16	24.24%
Muy bajo	2	3.03%	3	4.55%	2	3.03%	0	0.00%	7	10.61%
Total	29	43.94%	16	24.24%	11	16.67%	10	15.15%	66	100.00%

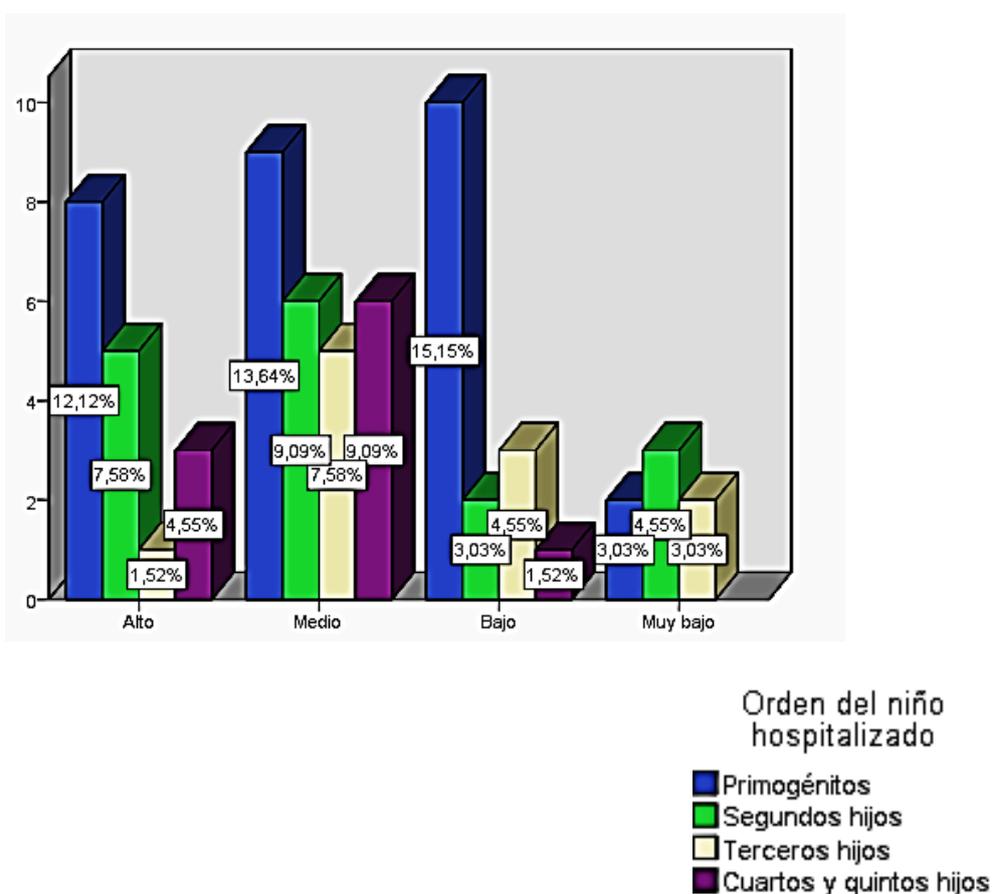


Figura 17. Distribución de los niveles de actitud materna de Rechazo, según orden del niño hospitalizado

- Para el nivel Alto de Rechazo un 12.12% (8) de las madres tienen a su primogénito hospitalizado, mientras que el 7.58% (5) de las madres tienen hospitalizados a sus segundos hijos, seguidos del 4.55% (3) a sus cuartos y

quintos hijos. El 1.52% (1) de las madres tienen hospitalizados a sus terceros hijos.

- Para el nivel Medio un 13.64% (9) de las madres tienen a sus primogénitos hospitalizados, mientras que un 9.09% (6) de las madres tienen a sus segundos hijos e igualmente el 9.09% (6) a sus cuartos y quintos hijos hospitalizados, mientras que un 7.58% (5) de ellas tienen a sus terceros hijos hospitalizados.
- Del mismo modo para el nivel Bajo un 15.15% (10) de las madres tienen a sus primogénitos hospitalizados, mientras que un 4.55% (3) de las madres tienen a sus terceros hijos, un 3.03% (2) de ellas tienen a sus segundos hijos hospitalizados y solamente un 1.52% (1) de las madres tienen a sus cuartos o quintos hijos hospitalizado.
- Para el nivel Muy bajo un 4.55% (3) de las madres tienen a sus segundos hijos hospitalizados, mientras que un 3.03% (2) de las madres tienen a sus primogénitos e igualmente a sus terceros hijos hospitalizados.

4.3 Análisis y discusión de resultados

Entre las limitaciones que se hallaron para el desarrollo de la presente investigación está el hecho de que existen muy pocas investigaciones desde el punto de vista psicológico que estudien el problema de la relación padres e hijos cuando el menor se encuentra hospitalizado. Mucha de la literatura toma en cuenta este problema desde el punto de vista de la enfermería y la medicina intensiva, quienes son los que demandan la preparación de psicólogos que apoyen su labor en las unidades de cuidados intensivos, salas de hospitalización y en la atención del menor y su familia, e incluso desarrollar un modelo integral de atención que alivie la carga del cuidado de los cuidadores de niños con enfermedad crónica, como lo mencionan Barrera, Sánchez y Carrillo (2013). Esta limitación investigativa también es recogida por Sara Ramo González (2017) en su reciente investigación “Experiencia de las madres de menores hospitalizados. Elaboración de un plan de mejora desde un abordaje psicológico”.

Asimismo, tras una prueba piloto para la mejora las propiedades psicométricas del Cuestionario de la Evaluación de la Relación Madre- Niño a

cargo de Noelia Muñoz (2017), se decidió evaluar utilizando dicho cuestionario para la presente investigación aplicándolo a las madres con hijos hospitalizados.

Para la presente investigación se ha relacionado para el nivel socioeconómico bajo a los grados de instrucción primaria y secundaria, y el grado de instrucción superior para el nivel socioeconómico medio alto, siguiendo las orientaciones propias del cuestionario de Actitudes Maternas de la Relación Madre – Niño. (Arévalo, 2005)

Iniciando el análisis, toma relevancia la distribución de la muestra conformada en su mayoría por mujeres jóvenes y adultas jóvenes entre 19 a 45 años (90.9%), con pareja (75.7%), y que según su grado de instrucción con primaria y secundaria se ubican en un nivel socioeconómico Bajo en un 77.3% (51), y la mayoría de los niños hospitalizados son primogénitos en un 43.9% (29) por lo que estas características de las madres de niños hospitalizados orienta en casi todos los análisis a discutir, con dos excepciones: la primera se encuentra en el nivel Medio de la actitud materna de Sobreindulgencia en la que prevalece los segundos hijos con el 10.61% (7) sobre los primogénitos hospitalizados con el 7.8% (5). La segunda excepción se encuentra en el nivel Muy Bajo de la actitud materna de Rechazo, en la que destacan los segundos hijos con un 4.55% (3) sobre las madres con primogénitos y terceros hijos que se encuentran hospitalizados con un 3.03% (2) de las madres para ambos casos.

Para las actitudes maternas positivas se considera a la Aceptación que presenta un resultado predominante en el nivel Muy Bajo con 69.7% conformado por 46 madres. Frente a estos resultados, se orientan en la misma tendencia los niveles Altos de las actitudes maternas negativas de Sobreprotección (45.5%) y Sobreindulgencia (65.2%). Para la actitud materna negativa Rechazo predomina el nivel Medio (39.4%). Todo ello evidencia la urgente necesidad de un programa de intervención aplicado a las madres que se encuentran asistiendo a sus menores hijos en el centro hospitalario.

Estas tendencias están corroboradas por los estudios de César Estrella Villadegut (1986) quien sostiene que “el nivel socioeconómico es uno de los factores cuya contribución es muy importante para explicar las actitudes maternas” (p.53) y quien además argumenta luego de sus investigaciones que:

“(…) cuanto más acomodado sea el nivel socioeconómico, existirá una mayor aceptación y decrecerán las actitudes de sobreprotección, sobreindulgencia y rechazo. Del mismo modo, mientras menos favorecido sea el nivel socioeconómico de pertenencia, aumentarán las actitudes de sobreprotección, sobreindulgencia y rechazo y decrecerán las actitudes de aceptación, (…) esto implicaría que la presión económica estaría generando inestabilidad de la madre, produciendo actitudes de no-aceptación hacia sus hijos.” (Estrella-Villadegut, 1986)

No obstante, la prevalencia de mayor presencia de actitudes negativas, estos resultados no tienen diferencia significativa con los mejores niveles más cercanos a ellos. Además de ello, se rescata de la presente investigación la participación mayoritaria del nivel socioeconómico bajo, y por ende una participación minoritaria del nivel socioeconómico Medio Alto. Estos resultados corroboran más los argumentos que sostienen la influencia positiva del nivel socioeconómico sobre las mejores actitudes maternas.

No obstante, estos resultados, del trabajo de María Valqui Romero (2014) se puede decir que las madres puérperas evaluadas tienen un nivel medio en sus actitudes maternas hacia sus hijos y que no se observan diferencias significativas considerando el número de hijos y el tipo de familia.

Datos más precisos están presentes en las conclusiones de la investigación del Seguro Social de Salud – Essalud (2013), donde solo las actitudes maternas de Rechazo y Aceptación se dan en mayor proporción en los niños menores de 3 años malnutridos por exceso y por déficit, en comparación con niños con nutrición saludable, no guardando la misma relación para las actitudes maternas de Sobreprotección y Sobreindulgencia.

Por último, Puelles y Ruíz (2017) en lo que respecta a sus resultados de la Evaluación de la Relación Madre-Niño (ERM) se halló que la actitud materna predominante en las madres de niños con necesidad especiales es la actitud de rechazo, por lo que se puede establecer que a niveles similares de cuidado que necesita un niño hospitalizado, de acuerdo a la presente investigación

predominan las actitudes de sobreprotección, sobreindulgencia y de rechazo con niveles entre 51.52% y 53.03% del total de las madres.

4.4 Conclusiones

- Para las madres con niños menores hospitalizados entre 1 mes a 7 años de edad, en general presentan un predominio del nivel muy bajo de la actitud positiva de Aceptación con el 69.7% (46) de las madres e igualmente niveles muy altos de las actitudes negativas de Sobreprotección con 45.5% (30) y Sobreindulgencia con un 65.2% (43).
- Similar conclusión se observa de la comparación entre los niveles altos de todas las actitudes maternas predomina la actitud negativa de Sobreindulgencia con un 47% (43) de las madres y un 33% (30) de ellas con la actitud de Sobreprotección.
- Asimismo, realizando una comparación de los niveles medios predomina la actitud negativa de Rechazo con un 41% (26) de las madres, la actitud negativa de Sobreprotección con un 31% (20) y de Sobreindulgencia con un 27% (17) de las madres que conforman parte de este estudio.
- Para los niveles bajos de las actitudes maternas, predomina la actitud positiva de Aceptación con un 35% (18), seguido con las actitudes negativas de Rechazo con un 31% (16) y de Sobreprotección con un 25% (13) de las madres.
- Del mismo modo para los niveles muy bajos de las actitudes maternas, predomina la actitud positiva de Aceptación con un 79% (46). Por otro lado, las actitudes negativas de Rechazo con un 12% (7), de Sobreprotección con un 5% (3) y de Sobreindulgencia con un 3% (2) de las madres.
- Tomando en cuenta los niveles socioeconómicos para cada actitud materna, estas van de acuerdo a la cantidad alta de madres encuestadas que pertenecen al Nivel Socioeconómico Bajo de acuerdo al grado de instrucción Primaria y Secundaria que son un total del 77.3% (51), frente a las madres que pertenecen al Nivel Socioeconómico Medio Alto de acuerdo al grado de

instrucción Superior que son un 22.7% (15) de las madres encuestadas con niños hospitalizados.

- En el mismo sentido analizando las actitudes maternas según el orden del niño hospitalizado se puede apreciar que tales actitudes van en relación a una mayor cantidad niños primogénitos atendidos, con dos excepciones. La primera excepción que no presenta la más alta cantidad de niños primogénitos hospitalizados se presenta en nivel Medio de Sobreindulgencia en el que prevalece el segundo hijo con 10.61% (7) sobre el primogénito con 7.58% (5) de las madres encuestadas. Asimismo, la segunda excepción de la prevalencia de niños primogénitos hospitalizados se observa en el nivel Muy bajo de Rechazo en donde prevalece el segundo hijo con 4.55% (3) sobre el primogénito y el tercer hijo hospitalizado con 3.03% (2).

4.5 Recomendaciones

Las recomendaciones, a partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, a fin de mejorar una saludable relación madre-niño, son las siguientes:

1. Llevar a cabo el plan de intervención propuesto para mejorar las actitudes de las madres de niños hospitalizados en un hospital de Lima Metropolitana.
2. Promover la realización de más investigaciones en centros hospitalarios a partir del presente trabajo, por parte de las autoridades responsables de la salud física y mental de los pacientes menores hospitalizados y sus familias.
3. Se sugiere incluir planes de trabajo en el hospital para profesionales de la salud (sobre todo enfermeros y psicólogos) donde se enfoque la valoración de las actitudes maternas y su atención en beneficio de la salud y bienestar del ámbito familiar involucrado en la enfermedad del niño hospitalizado.
4. Al servicio de psicología del hospital, se recomienda que se realicen terapias cognitivo conductuales acompañadas a talleres de intervención para lograr el cambio de las conductas maternas negativas con el propósito de que se establezca una relación madre-hijo saludable.

CAPITULO V

INTERVENCIÓN

5.1 Denominación del programa

“FORTALECIENDO LOS LAZOS DE TERNURA MATERNA”

5.2 Justificación del programa

Las actitudes que presentan las madres de familia, en todas las sociedades humanas son de suma importancia, ya que en todos los tiempos ha sido y es la figura más importante para el cuidado de sus hijos, lo cual a su vez influirá en las respuestas y actitudes de los niños hacia ellas. De esta interacción entre las actitudes de madre e hijo, dependerá el futuro desarrollo de los niños.

Si las madres presentan actitudes positivas, las relaciones entre padres e hijos serán mejores, que cuando dichas actitudes son desfavorables.

“Se ha comprobado que niños provenientes de hogares donde los padres tienen actitudes favorables hacia ellos y donde las relaciones hacia ellos son agradables tienden a ser niños alegres, sociables y relativamente libres de ansiedades, mientras que aquellos niños provenientes de hogares donde las condiciones son desagradables, tienden a presentar conductas mal adaptadas” (Hurlock, 1982).

La familia es el lugar donde la convivencia entre sus miembros sigue siendo un determinante decisivo del bienestar de los hijos, ya que de una u otra influirán en el comportamiento para su futura formación. Las actitudes maternas inadecuadas siguen siendo uno de los mayores problemas más comunes en madres con niños hospitalizados en servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima.

El propósito del programa es fortalecer y mejorar las actitudes maternas favorables y desfavorables hacia sus hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima.

5.3 Establecimiento de objetivos:

Objetivo general

Fortalecer las actitudes maternas de aceptación, y disminuir las actitudes negativas de sobreprotección, sobreindulgencia y rechazo hacia sus hijos hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima.

Objetivos específicos

- Conducir a las participantes a identificar y señalar las formas de construir nuevos vínculos y las posibles consecuencias del actual.
- Posibilitar cambios en sus estilos de apego, a través de los contenidos psíquicos procesados en el desarrollo de los talleres semanales y el vínculo psicólogo-paciente.
- Fortalecer en forma significativa el nivel de aceptación de las madres con hijos pequeños hospitalizados.
- Disminuir el nivel de sobreprotección de madres hacia sus hijos hospitalizados.
- Disminuir el nivel de sobreindulgencia en madres hacia sus hijos hospitalizados.
- Disminuir en forma significativa las actitudes de rechazo de las madres con hijos hospitalizados.

5.4 Sector al que va dirigido

Sector salud: A madres con niños hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima, pudiendo aplicarlo en otros contextos con población con características similares.

5.5 Establecimiento de las conductas problemáticas / meta

- Baja Aceptación
- Sobreprotección

- Sobreindulgencia
- Rechazo

El trabajo permitirá encontrar nuevas formas de experiencia relacional, debido al ambiente adecuado y a referentes maternos que ofrece la misma. De esta manera, el abordaje permitirá la posibilidad de cambio de las actitudes maternas negativas como son la baja aceptación (inadecuada relación madre-hijo en términos de expresión de afecto), la sobreprotección (expresión de ansiedad prenatal en términos de cuidados infantiles o sea el excesivo control hacia su hijo), la sobreindulgencia (gratificación excesiva cediendo constantemente a los requerimientos del niño) y el rechazo (negación de amor u odio hacia el niño); es decir se propende hacia una construcción de actitud materna adecuada, replanteamiento de las relaciones y la asimilación de independencia madre-hijo como parte de desarrollo normal de la relación vincular.

Se registrarán los aspectos trabajados en los talleres grupales; es decir, las formas de relación vincular, interpersonales y de autovaloración; lo que permitirá a las participantes, el hecho de procesar los contenidos psíquicos en cada área trabajada.

En la ejecución del proyecto se utilizará los instrumentos escala de Roth dando resultados de la forma de vinculación de las madres con sus hijos, permitiendo el abordaje grupal y, como consecuencia de ello, el fortalecimiento del vínculo materno a través de la modificación del patrón vincular.

El principal elemento que ha contribuido en la sistematización de la experiencia es el análisis del tipo de vínculo madre-hijo usando la escala de Roth (1980), la evaluación individual, la estructura de los talleres desde una base segura para que las madres puedan explorarse a sí mismas, sus relaciones interpersonales y, la identificación y señalamiento de las formas de construcción de nuevos vínculos a través de los contenidos psíquicos procesados en la relación psicólogo-madre.

Meta: Fortalecer los lazos maternos madre – niño, disminuyendo las actitudes negativas e incrementando las positivas.

5.6 Metodología de la intervención

La metodología utilizada es descriptiva – aplicada se inician las actividades con charlas dirigidas a las madres de familia y al personal de salud no médico de un hospital de Lima.

La metodología que se empleará para este programa es descriptiva - aplicada. Por efectos de la población se trabajará con 66 madres, pertenecientes al servicio de medicina pediátrica. Las sesiones se trabajarán en las horas de visita del niño hospitalizado, 8 sesiones de 2 horas cada una, una vez por semana, de acuerdo a los objetivos planteados.

De manera general, se intenta promover las condiciones favorables de interacción madre - niño, así se podrá mejorar y fortalecer las actitudes maternas convirtiendo un clima favorable para el niño hospitalizado creando un entorno positivo. A través del desarrollo de temas básicos y fundamentales relacionados con las actitudes maternas “fortaleciendo los lazos de ternura materna”.

5.7 Instrumentación /materiales a utilizar

- Laptop
- Proyector multimedia
- Micrófono
- Parlantes
- USB
- Ambiente adecuado. (Sala de capacitaciones del servicio de medicina pediátrica)

Materiales de escritorio.

- Trípticos informativos/ Papel bond de colores
- Limpia tipos/ Cinta Maskingtape
- Alfileres

- Sellos de figuras motivadoras
- Lapiceros /Lápices/ Tajadores
- Papelógrafos
- Goma
- Cartulinas de colores
- Plumones/colores

5.8 Actividades por sesiones

ACTIVIDADES	5 May	12 May	19 May	26 May	2 Jun	9 Jun	16 Jun	23 Jun	30 Jun	7 Jul
Sesión 1	X									
Sesión 2		X								
Sesión 3			X							
Sesión 4				X						
Sesión 5					X					
Sesión 6						X				
Sesión 7							X			
Sesión 8								X		
Presentación indicadores de evaluación									X	X
Cierre del programa										X

	A través de esta dinámica se logra la identificación de las relaciones madre-niño en forma natural y amena, fortaleciendo así la actitud materna de Aceptación.	
Dinámica “Nivel de afrente ante situaciones adversas”	<p>Se proyecta un extracto de la película basada en la vida real: “Milagros del cielo”, disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=3IPkUvelnGI con una duración de cerca 2 minutos y se les pide que observen las emociones que manifiesta la madre. Además de las entrevistas a los personajes de la vida real en https://www.youtube.com/watch?v=-zGo48rBUJ8&t=7s (del segundo 0.10 al minuto 2:54) Asimismo se les anima a verla completa en https://www.youtube.com/watch?v=FzEsgt9qUFk.</p> <p>La psicóloga les comentará acerca del impacto emocional y el nivel de afrente que experimentan las madres ante una enfermedad grave en sus hijos menores, pero a pesar de ello no deben perder la fe y colaborar con un clima de apoyo y confianza en el entorno familiar.</p> <p>Se formula la pregunta: ¿Se sintieron identificadas con la situación de esta madre? ¿Qué opina de las reacciones de la madre que se muestran en la película? Cada una de las madres participará voluntariamente levantando la mano y la psicóloga explicará el control de las actitudes a partir de sus aportes.</p> <p>Se realiza la charla “Nivel de afrente ante situaciones adversas”</p> <p>1. Las situaciones adversas y la importancia de un autoanálisis acerca de nuestras actitudes.</p>	<p>30 min</p> <p>30 min</p>

	<p>2. Cómo manejar los niveles de estrés por la enfermedad.</p> <p>Se formará parejas, y cada una le dirá a la otra cómo ha venido manejado sus actitudes frente a la enfermedad de su niño, y cómo las manejará a partir de ahora. De este modo se analizará el nivel de la actitud materna de Aceptación de la madre para con el niño.</p>	
<p>Cierre del programa y retroalimentación</p>	<p>Para finalizar se realiza una retroalimentación de lo desarrollado en la sesión y se despeja dudas y se resuelven preguntas, luego se procede a realizar un compartir.</p>	<p>10 min</p>

	<p>cometidos, así como a nosotras mismas por nuestros errores como madres.</p> <p>Luego la psicóloga explicará que toda la persona que ama, debe reflexionar siempre por actitudes maternas más convenientes que protegerán a la familia de amenazas de la desunión, de la falta de comunicación, la intolerancia, emociones negativas, sino el cariño y respeto entre cada uno de los miembros sin importar su edad.</p> <p>Se busca que la madre entienda que toda su familia la necesita una demostración de amor, al igual que el hijo pequeño hospitalizado (como un miembro más de la familia), fortaleciendo la actitud materna de Aceptación. Asimismo, se explicará que existen formas erróneas de demostrar ese amor.</p>	
<p>Cierre</p>	<p>Trabajo final: Se pide a las madres que cumplan con lo aprendido para continuar con las siguientes seis sesiones con éxito. Y se les pide que escojan a una compañera que represente aquel familiar distanciado o enemistado y se reconcilie. La otra persona representada a su familiar aceptará su perdón y ambas intercambiarán palabras de amor.</p> <p>La psicóloga explicará la liberación del alma y sanidad a través del perdón como manifestación del amor.</p> <p>Al despedirse cada una lo hará con una sonrisa sincera y mirando a los ojos diciendo: "Yo amo y expreso amor de forma correcta a mi familia"</p> <p>La psicóloga pedirá constantemente que se consuele en caso de haber quebrantamiento de alguna madre, así como se le acercará papel toalla de ser necesario.</p>	<p>35 minutos</p>

SESIÓN 3

Actividad: Recomendaciones en contra de la sobreprotección.

Objetivos: Reflexionar acerca de problemas ocasionados en la personalidad del niño(a) sobreprotegido(a) y cómo se puede cambiar de actitud.

Dinámicas	Actividades	Tiempo
Inicio “Reacciona contra la sobreprotec- ción	<p>Video “Reacciona contra la sobreprotección” disponible en https://www.youtube.com/watch?v=JcJqOZcffEk de un minuto de duración. La psicóloga pregunta si alguna madre se siente identificada por el video visto.</p> <p>Analizar las conductas sociales y actitudes de las personas extrañas cuando evidencian a una persona enferma o discapacitada, y cuál debe ser la forma correcta de defender a nuestros hijos sin sobreprotegerlos.</p>	35 min
Dinámica de desarrollo “Recomen- daciones a una madre sobreprotec- tora”	<p>La psicóloga proyectará el video “El reportaje. Padres sobreprotectores” de un minuto de duración. Haciendo pausas en el video la psicóloga alcanzará hojas con las preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Proteger a un niño es bueno? - ¿Hasta qué punto es dañina la sobreprotección al niño(a)? - ¿Cómo es la autonomía e independencia de los niños sobreprotegidos? - ¿Cómo desarrollan sus capacidades o asumen sus propias responsabilidades los niños sobreprotegidos? <p>Luego se formarán 4 grupos y en papelote cada uno escribirá las recomendaciones a una madre sobreprotectora, como por ejemplo: “Confiar en que la voluntad de Dios es buena para mí familia”, “Dejar</p>	45 min
	<p>Luego se formarán 4 grupos y en papelote cada uno escribirá las recomendaciones a una madre sobreprotectora, como por ejemplo: “Confiar en que la voluntad de Dios es buena para mí familia”, “Dejar</p>	25 min

	que mi hijo(a) se relacione con los demás”, “Enseñar a que mi hijo(a) alcance sus notas por sí mismo en el colegio”, “Animar alegremente a su hijo(a) a que colabore con las tareas básicas que le pida”	
Cierre	Como despedida todas las madres se tomarán de las manos y dirán en voz alta y al unísono “¡El cambio es necesario!”. La psicóloga las animará diciendo la frase: “El verdadero amor de madre, es aquel que vence todo lo malo”	15 min

SESIÓN 4

Actividad: Proponiendo las actitudes contrarias a la Sobreprotección.

Objetivos: Analizar sobre las consecuencias que ponen en riesgo a nuestros hijos y a nuestra familia por enfrentar incorrectamente situaciones difíciles.

Dinámicas	Actividades	Tiempo
Inicio: “Proteger sin sobreproteger”	<p>Proyectar el video “La preocupación de una madre” disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=7wyN23qoz de 5 minutos y medio de duración.</p> <p>Se realizará preguntas para que las madres respondan en lluvia de ideas las siguientes interrogantes:</p> <p>¿Cuál fue el primer error de la mamá leona?</p> <p>¿Cómo pudo haber rescatado a un cachorro sin poner en riesgo a los demás?</p> <p>Luego, la psicóloga pregunta ¿Han observado algún parecido con la realidad en alguna familia? De este modo se logrará autoanalizar la actitud de Sobreprotección para con sus hijos.</p>	25 min
Dinámica de desarrollo: “Esperaré siempre lo mejor”	<p>La psicóloga proyectará el video “Mama sobreprotectora” disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=2NzfeLp7ps de 3 minutos de duración. Luego preguntará a las madres: ¿Una madre por amar a su manera puede hacer daño a quien más ama? ¿Qué detalles rescatan del video visto?</p> <p>Luego se le dará a cada una hoja de papel donde colocarán con plumón grande el nombre de su hijo hospitalizado. Al reverso escribirán las actitudes contrarias a la sobreprotección para con su hijo o escribiendo las actitudes correctas. La psicóloga dará algunos ejemplos: “Ya no me preocuparé en exceso por la salud de mi</p>	25 min 45 min

	hijo(a)....., pues confío que se sanará con ayuda de Dios” “Sé debe relacionar con los demás” “Debe aprender a alcanzar por sí mismo sus notas en el colegio” “Mi hijo(a) debe colaborar con las tareas básicas que le pida”	
Cierre	Se reflexiona y comentan voluntariamente algunas madres sobre lo aprendido en la sesión. Se les premiará a quienes participen con un regalo de una almohadilla en forma de corazón que representará la confianza que, a su hijo, Dios lo protegerá como recompensa de su nueva actitud materna.	25 minutos

	Luego la psicóloga pide la participación voluntaria de las madres para que den su apreciación sobre la importancia de una sana y tierna comunicación con nuestros niños, con la finalidad de corregirlos y orientarlos con ternura materna, contrarrestando así la actitud negativa de Sobreindulgencia.	
Cierre	Se realiza una retroalimentación de todo lo realizado en la sesión, absolviendo preguntas de las madres, así como sugerencias y experiencias propias que alguna de las madres desee compartir, enfatizando las razones o sentimientos.	35 minutos

SESIÓN 6

Actividad: La disciplina es mejor que la sobreindulgencia.

Objetivos: Disminuir el nivel de sobreindulgencia de las madres hacia sus hijos hospitalizados, recordándoles que son parte importante para la mejora de sus niños en su salud mental y física.

Dinámicas	Actividades	Tiempo
<p>Dinámica de inicio: “Si otra mamá puede, yo también puedo”</p>	<p>Se inicia una dinámica “Ejercicio en un pie” y se les pide que lleguen a la meta saltando en un pie. En la meta hay un letrero que dice “No cumpliste con ser buena madre.”</p> <p>Se les pregunta ¿se sintieron cómodas?, ¿porque creen que algunas no llegaron a la meta? ¿Todas se sintieron motivadas por alcanzar la meta proyectada? Luego se cambiará el letrero por otro que diga: “Cumpliste con ser buena madre. Tu hijo es tu orgullo de mamá”</p> <p>Se les pide a las madres que reflexionen ante las preguntas realizadas. A través de esta dinámica las madres reflexionarán acerca de lo que les motiva correctamente para cumplir su rol de madre.</p>	<p>25 minutos</p>
<p>Dinámica de desarrollo: “Te educó porque serás una persona de bien”</p>	<p>La psicóloga plasma en dos murales los sentimientos y gustos y disgustos de la madre con su niño(a) hospitalizado(a).</p> <p>Primero la psicóloga coloca en todas las paredes del salón papelotes a manera de murales y entrega dos plumones de color diferente a cada participante.</p> <p>Luego se le pide que cierre sus ojos y piensen tres minutos en sus actitudes desde que empezaron a ser mamás: acciones, gustos, deseos, problemas, riesgos y peligros. Se les pide un buen esfuerzo de memoria y mucha honestidad. Terminando el tiempo abrirán los ojos y dibujarán en el papelote lo</p>	<p>45 minutos</p>

	<p>que sintieron y pensaron sobre sus actitudes maternas. Terminados los dibujos, la psicóloga pide que las madres se alejen de los papelotes y vuelvan a sentarse con los ojos cerrados pensando durante tres minutos en su vida actual: acciones, gustos, deseos, problemas, riesgos y peligros. La psicóloga les pedirá un esfuerzo de concentración y mucha honestidad. Finalmente terminado el tiempo se les pide a las madres que miren a sus dibujos y comenten en voz alta los cambios y diferencias que existen de una época a otra, así como una proyección de aquí a los próximos cinco años. Esta discusión debe ser lo más libre posible.</p> <p>A través de esta dinámica se provocará reacciones emotivas a través de analogías.</p> <p>Se narrará el cuento “La Señora Disciplina” (Anexo 9) y se enfatizará en el manejo de la recompensa como estrategia de disciplina para con los niños. La psicóloga preguntará a manera de reflexión:</p> <p>¿Qué les pareció la manera de actuar de la Señora Disciplina?</p> <p>¿Creen que luego de narrar el cuento a sus hijos se podrá empezar una nueva forma de disciplinarlos?</p>	35 min
Cierre	Se tomarán de las manos las madres y se comprometerán en voz alta diciendo: “Mi dedicación es la educación correcta a mi hijo en casa”	15 minutos

SESIÓN 7

Actividad: Entendiendo las consecuencias del rechazo.

Objetivos: Se evidenciará el nivel de satisfacción (aceptación o rechazo) que demuestra cada participante con sus actitudes, y a partir de ello se ejercitará expresiones sinceras de afecto de la madre para con su niño o niña.

Dinámicas	Actividades	Tiempo
Dinámica Inicio “¿Cómo está mi carita?”	<p>Se les entrega a las madres una hoja para que dibuje una de las 3 caritas: carita alegre (muy satisfecha), carita seria (más o menos satisfecha) y carita triste (insatisfecha). Luego la psicóloga repartirá los globos de color rojo con la cara alegre, los de color amarillo con la cara seria y los globos blancos para la cara triste.</p> <p>Por medio de esta dinámica se pondrá a relucir cómo las madres afrontan sus emociones frente a la enfermedad de su niño(a).</p>	25 minutos
Dinámica de desarrollo: “Sonríe si me quieres” Cuento “La Jirafa Timoteo”	<p>Se formará un ruedo y una madre entrará al medio e intentará hacer reír al grupo cambiando su tono de voz (alegre, triste, suplicante, enojado, etc.) diciendo: “Sonríe si me quieres” a lo que el grupo responderán muy seriamente “Te quiero, pero no puedo sonreír” A los que logran sonreír pasarán al medio del ruedo para hacer sonreír a las otras madres. La psicóloga explicará que nuestros niños tienen a veces miedo de decirnos “Sonríe si me quieres” porque han escuchado amenazas e insultos muy fuertes para su edad. Ellos merecen mucha ternura y paciencia.</p> <p>La psicóloga proyectará en diapositivas el cuento “La jirafa Timotea”, un cuento sobre el rechazo y la tolerancia. (Anexo 10)</p> <p>A lo largo del cuento se trabajarán varios sentimientos como él, orgullo, desprecio, miedo,</p>	35 min 35 min

	<p>tristeza, vergüenza, enfado y alegría. Al finalizar el cuento la psicóloga preguntará a modo de reflexión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué hacía al principio del cuento la jirafa con sus compañeros de la sabana? - ¿Por qué los compañeros no querían ayudarla? - ¿Está bien burlarse de los compañeros? - ¿Por qué es importante mostrar nuestro aprecio hacia nuestra familia? - ¿Cuándo hacemos algo mal como lo podemos arreglar? - ¿Cómo podemos ayudar a nuestros amigos, compañeros y a nuestra familia? <p>De esta manera se logrará autoanalizar acerca de la actitud materna negativa de Rechazo y la oportunidad para el cambio de esa actitud.</p>	
<p>Cierre</p>	<p>Cerramos la sesión con el video “Dar para recibir” de 3 minutos de duración, disponible en https://www.youtube.com/watch?v=5ILtS-Vb8NY. Se les invitará a las madres a analizar las futuras conductas de sus niños, preguntándoles ¿Cómo formamos el comportamiento de nuestros hijos? La psicóloga explicará las consecuencias de cada una de las actitudes maternas, poniendo énfasis en la actitud materna negativa del Rechazo.</p>	<p>25 minutos</p>

SESIÓN 8

Actividad: Eligiendo mis actitudes maternas

Objetivos: Desarrollar una correcta asertividad en las madres. Recordar los aprendizajes del taller y ordenar los tipos de actitudes maternas negativas y positivas.

Dinámicas	Actividades	Tiempo
Dinámica de inicio: “Yo no como pan, sino galletas”	<p>Se solicita a las madres mencionar una lluvia de ideas de cómo se expresan las “actitudes maternas”, para lo cual se realiza la siguiente dinámica “Yo no como pan, sino galletas”. Se pone en una bandeja galletas dulces polvoreadas de azúcar y panes y se les invita a servirse, pero que solo pueden escoger o bien las galletas o bien los panes, pero no ambos. Luego se pasa otra bandeja con tarjetas de colores con las palabras que identifican a cada actitud:</p> <ul style="list-style-type: none">- Para Aceptación: “Sonrío a mi niño”. “Doy cuidado a mi niño”. “Relaciono al niño, Dar tareas al niño. Control y orden correcto. Disciplina.- Para Sobreprotección: Pendientes a toda hora por salud del niño. Averiguo como su hijo trató a otros niños. Pregunto todos los días a la docente sobre sus notas.- Para Sobreindulgencia: Doy a mi niño todo lo que me pide. Nunca corrijo al niño, pues es enfermito.- Para Rechazo: No debo ser dócil con el niño. Le castigo dejándolo sin comer. No se merece recibir regalos en navidad. Lo comparo a mi	45 minutos

	<p>hijo(a) con otros niños. Mi niño(a) merece que le diga frente a los demás lo malo que ha hecho.</p> <p>Al finalizar se les pregunta: ¿Por qué escogieron las galletas o los panes? ¿Por qué escogieron esas actitudes maternas?</p> <p>Por medio de esta dinámica las madres reflexionarán acerca de su nivel de asertividad frente a las actitudes que se han venido presentando en el seno familiar.</p>	
<p>Dinámica de desarrollo: “El árbol de las actitudes maternas”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. La psicóloga formará 4 grupos (de acuerdo a las 4 categorías de actitudes maternas) y entregará un plumón y un papelógrafo con el dibujo de un árbol grande y varias tarjetas de papel bond tamaño A5 (mitad de una hoja A4). A la altura del tronco del árbol cada grupo escribirá el tipo de actitud materna que le toca resumir al grupo. 2. Luego de discutir y ponerse de acuerdo sobre los conceptos o ideas más importantes, las escriben en las tarjetas y pegarán ordenadamente las tarjetas sobre la copa del árbol como si fueran hojas y las relacionarán entre sí con flechas. 3. Definirán una idea clave que resuma el tipo de actitud materna. Por ejemplo: “Genera problemas de conducta en el niño” (Sobreprotección) “Sinceridad en la expresión de afecto” (Aceptación) “Negación de amor, negligencia, tosquedad, severidad” “Mucha severidad de la madre” “Dejar de dar de comer al niño”, “Maltrato físico o regaños por faltas menores” (Rechazo) “Regalos excesivos” “Falta 	<p>45 minutos</p>

	de control y disciplina” “Ausencia de normas de convivencia” (Sobreindulgencia)	
Cierre	Se repartirá una breve encuesta de satisfacción para que cada madre responda brevemente a las siguientes preguntas: ¿Qué he logrado aprender en el taller? ¿Me he identificado con alguna o más de una de las actitudes maternas? ¿Siento que ya no soy la misma madre o seguiré actuando como lo he venido haciendo?	30 minutos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aignerren, M. (2008). Técnicas de medición r medio de escalas. *Revista Electrónica La Sociología en sus escenarios*(18), 1-28. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/6552/6002>
- Arévalo, E. (2003). *Escalas de Actitudes Maternas. Adaptación y estandarización de la Escala de Actitudes hacia la relación Madre-Niño (R. Roth)*. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de Docshare04.docshare.tips: <http://docshare04.docshare.tips/files/5059/50593078.pdf>
- Baeza, E., Tomás, J., Molina, M., Raheb, C., & Vila, A. (1999). *Fases del Desarrollo*. Recuperado el 13 de noviembre de 2018, de Centrelondres94.com: http://www.centrelondres94.com/files/FASES_DEL_DESARROLLO.pdf
- Bakwin, H., & Morris, R. (1974). *Desarrollo psicológico del niño: normal y patológico*. México: Interamericana.
- Barrera, L., Sánchez, B., & Carrillo, G. (2013). La carga del cuidado en cuidadores de niños con enfermedad crónica. *Revista Cubana de enfermería*, 29(1), 39-47. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v29n1/enf06113.pdf>
- Blanco, F. J., & Latorre, M. M. (2011). Implicaciones de la acción educativa en espacios específicos de proyección profesional en España. *Educação e Pesquisa*, 37(3), 583-598. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/ep/v37n3/a09v37n3.pdf>
- Bolívar, A. (2002). La evaluación de actitudes y valores: Problemas y propuestas. En S. Castillo, *Compromisos de la evaluación educativa* (págs. 91-114). Madrid: Pearson Educación/Prentice-Hall.
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida* (Sexta ed.). Madrid: Ediciones Morata S.L. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de https://issuu.com/ediciones_morata/docs/fragmento-bowlby
- Calderón, M. H. (2016). *Actitudes hacia las relaciones madre-niño, de las mamás atendidas en el Centro de Salud José Olaya, Chiclayo. Enero 2015 (Tesis de Licenciatura)*. Chiclayo, Perú: Universidad Privada Juan Mejía Baca. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/66/1/TESIS%20Calderon%20Sanchez%20Melva%20Hercilia%20.pdf>
- Espezal, H. J., & Canam, C. J. (2003). *Parent–nurse interactions: care of hospitalized children*. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-2648.2003.02765.x>

- Essalud. Seguro Social de Salud. Policlínico Chosica. (2013). *Actitudes maternas como factor de riesgo en la malnutrición infantil en niños menores de 3 años*. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de [Essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe): http://www.essalud.gob.pe/biblioteca_central/kaelin2013/SIDDHARTHA_2013.pdf
- Estrella-Villadegut, C. A. (1986). Actitudes maternas y nivel socioeconómico; un estudio comparativo. *Revista de Psicología. PUCP*, 4(1), 38-59. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4519/4500>
- Feldman, R. S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida* (Cuarta ed.). México: Pearson - Prentice Hall. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <https://es.scribd.com/doc/172802025/Desarrollo-Psicologico-a-Traves-de-La-Vida-Rinconmedico-net-1>
- Fernández-Castillo, A., & López-Naranjo, I. (2006). Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health*, 6(3), 631-645. Recuperado el 13 de diciembre de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33760308.pdf>
- García, R., & De la Barra, F. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. *Revista Médica de la Clínica Las Condes*, 16(4), 236-241. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2005/4%20oct/HospitalizacionDeNinosYAdolescentes-5.pdf
- Grau, C. (2001). Las necesidades educativas especiales de los niños con enfermedades crónicas y de larga duración. En C. Grau, & M. C. Ortiz, *La Pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva* (págs. 57-129). Archidona: Aljibe. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de https://www.researchgate.net/publication/31727040_La_pedagogia_hospitalaria_en_el_marco_de_una_educacion_inclusiva
- Grau, C., & Fernández, M. (mayo-agosto de 2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 203-212. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/8830/7407>
- Gross, R. (2004). *Psicología Social*. México: Mc Graw Hill.
- Guerra, M., & Muñoz, M. (2013). Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Revista Enfermería Universitaria*, 10(3), 84-91. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n3/v10n3a3.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (Cuarta ed.). México: McGraw-Hill. Recuperado el 13 de

noviembre de 2017, de
https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf

- Herrero, N. (2014). *Hospitalización infantil: El niño y su familia (Trabajo Fin de Grado)*. Santander: Universidad de Cantabria. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5238/HerreroFernandezN.pdf>
- Hidalgo, C. C. (2017). *Estrés y afrontamiento en padres de niños hospitalizados en el área de pediatría del Hospital General Docente de Calderón (Tesis de Licenciatura)*. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/12873/1/T-UCE-0007-PPS013.pdf>
- Jiménez, M. J. (2009-2010). *Estilos educativos parentales y su implicación en diferentes trastornos*. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de [Juntadeandalucia.es](http://www.juntadeandalucia.es): <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishareservlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052>
- Magaz, Á., & García, E. M. (2011). *Perfil de Estilos Educativos: Sobreprotector, Inhibicionista, Punitivo y Asertivo. Manual de referencia*. Bilbao: Grupo ALBOR-COHS. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://www.gac.com.es/editorial/INFO/Manuales/peeMANU.pdf>
- Maldonado, A. Y. (2017). *Proceso de fortalecimiento del vínculo madre hijo, con madres adolescentes de 15 a 18 años de la Fundación Casa Elizabeth (Tesis de Licenciatura)*. Quito, Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana - Sede Quito. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/13485/1/UPS-QT11294.pdf>
- Mendiola, M. R. (05 de julio de 2005). Teoría del apego y psicoanálisis [Fonagy, P. 2001]. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*(20). Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000539>
- Muñoz, N. L. (2017). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de la Evaluación de la Relación Madre- Niño en madres del Distrito de La Esperanza, 2017 (Tesis de Licenciatura)*. Trujillo, Perú: Universidad César Vallejo. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/688/mu%C3%B1oz_an.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Palomo, M. P. (1999). *El niño hospitalizado: características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.

- Puelles, K. M., & Ruiz, S. L. (2017). *Actitudes maternas y autoeficacia en madres de niños con necesidades especiales, Chiclayo, 2017 (Tesis de Licenciatura)*. Chiclayo, Perú: Universidad Señor de Sipán. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/4104/1/Ruiz%20Neyra%20-%20Puelles%20Uceda.pdf>
- Ramo, S. (2017). *Experiencia de las madres de menores hospitalizados. elaboración de un plan de mejora desde un abordaje psicológico (Tesis de Licenciatura)*. Castellón de la Plana, España: Universitat Jaume I. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/169336/TFG_2017_RamoGonzalez_Sara.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Restrepo, C. I. (julio-diciembre de 2014). Fallas maternas: la historia del no cuidado en la dinámica relacional de madres con hijos con desnutrición tipo marasmo. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 5(2), 350-366. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5123793>
- Reyes, J. (2014). *Percepciones de enfermeros y padres de niños hospitalizados sobre la comunicación que se establece entre ambos: una revisión narrativa (Trabajo de fin de grado)*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/671791/reyes_villoria_jorgetfg.pdf?sequence=1
- Rodríguez, S. (14 de enero de 2015). *La influencia del vínculo con los padres*. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de [Tupsicologa.com: http://www.tupsicologa.com/articulos-de-interes/elvinculoconlospadres](http://www.tupsicologa.com/articulos-de-interes/elvinculoconlospadres)
- Roth, R. (1986). *Escala de Actitudes de Maternas*. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <https://es.scribd.com/document/186293037/Escala-de-Actitudes-Maternas-de-Robert-Roth>
- Sau, V. (2009). Maternidad versus Paternidad. *Anuario de Hojas de Warmi*(14). Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://revistas.um.es/hojasdewarmi/article/view/166061/144611>
- Seguro Social de Salud - Essalud. (2013). *Actitudes maternas como factor de riesgo en la malnutrición infantil en niños menores de 3 años*. Lima, Perú: Seguro Social de Salud - Essalud.
- Silva, G. (2012). *Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios: Un estudio cualitativo con enfoque de resiliencia y los derechos del niño hospitalizado*. Recuperado el 04 de abril de 2018, de http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/iep/20170328022359/pdf_175.pdf

- Toma Salud.com. (24 de octubre de 2015). *La hospitalización de niños. Impacto en ellos y en los padres*. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de Toma Salud.com: <http://tomasalud.com/archivos/2136>
- Torío, S., Peña, J., & Rodríguez, M. D. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación. Revista Universitaria*(20), 151-178. Recuperado el noviembre de 2017, de https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/71805/1/Estilos_educativos_parentales_revision_b.pdf
- Valqui, M. E. (2014). *Actitudes maternas en madres puerperas del Hospital San Juan de Lurigancho (Tesis de Licenciatura)*. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1152>
- Vara, A. A. (2012). *Desde la idea hasta la sustentación: 7 pasos para una tesis exitosa. Un método efectivo para las ciencias empresariales* (Tercera ed.). Lima: Instituto de Investigación de la Universidad de San Martín de Porres. Obtenido de <http://www.administracion.usmp.edu.pe/investigacion/files/7-PASOS-PARA-UNA-TESIS-EXITOSA-Desde-la-idea-inicial-hasta-la-sustentaci%C3%B3n.pdf>
- Velásquez, L. O. (2014). Niños hospitalizados: Guía de intervención psicológica en pacientes infantiles. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/338232/10/Ninos+hospitalizados+-+1er+cap.pdf>
- Villamizar, B., Vargas, C., & Rueda, E. (2014). Madres descubriendo el amor incondicional en el proceso adaptativo de hospitalización de su bebé prematuro. *Revista Cuidarte*, 5(2), 782-791. Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de <http://www.redalyc.org/html/3595/359533181010/>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Actitudes maternas en madres con hijos de 1 mes a 7 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica de un Hospital de Lima

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	METODOLOGÍA
Problema General	Objetivo General	Variable: Actitud materna de Robert Roth, citado en Amaya (2015), señala que las actitudes maternas son una “organización durable de emociones, motivaciones, percepciones y procesos cognitivos con respecto a unos objetos, que en este caso es el hijo”. Así mismo, Hurlock (1982), citado en Bedoya (2008), manifiesta que las actitudes maternas influirán en la forma como tratan a sus	Dimensiones Aceptación <ul style="list-style-type: none"> • Protección • Afecto • Interés • Disciplina Sobreprotección <ul style="list-style-type: none"> • Excesiva preocupación • Exceso de control Sobre indulgencia <ul style="list-style-type: none"> • Gratificación excesiva 	Tipo: La investigación es descriptiva y de enfoque cuantitativo. Diseño: no experimental, de corte transversal. Población: conformada por 66 madres con hijos hospitalizados de 1 mes a 7 años de edad, en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima. Muestra: conformada por 66 madres con hijos hospitalizados en el Servicio de Medicina Pediátrica (de 1 mes a 7 años).
Problema general: ¿Cuáles son los niveles de cada una de las actitudes maternas en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima en el año 2017?	Determinar el nivel de cada una de las actitudes maternas en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima.			
Problemas Específicos	Objetivos Específicos			
A. ¿Cuál es el nivel de Aceptación en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima?	A. Determinar el nivel de Aceptación en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad, hospitalizados en el servicio de medicina Pediátrica de un hospital de Lima.			

<p>B. ¿Cuál es el nivel de Sobreprotección en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina Pediátrica de un hospital de Lima?</p> <p>C. ¿Cuál es el nivel de Sobreindulgencia en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima?</p> <p>D. ¿Cuál es el nivel de Rechazo en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima?</p> <p>E. ¿Cuáles son los niveles de cada una de las actitudes maternas en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima en el año 2017, según el nivel</p>	<p>B. Determinar el nivel de Sobreprotección en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad, hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima.</p> <p>C. Determinar el nivel de Sobreindulgencia en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizado en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima.</p> <p>D. Determinar el nivel de Rechazo en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima.</p> <p>E. Determinar el nivel de cada una de las actitudes maternas en madres con hijos de 1 mes a 7 años de edad hospitalizados en el servicio de medicina pediátrica de un hospital de Lima en el año 2017 según el nivel</p>	<p>hijos, lo cual a su vez influirá en las respuestas y actitudes de los niños hacia ellas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de control de límites <p>Rechazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negligencia • Negación de amor • Severidad • tosquedad 	<p>Instrumento: Cuestionario de Actitudes Maternas Adaptado: Edmundo Arévalo Luna (2005)</p> <p>Significación: Conocer el tipo de relación que tiene la madre con su niño, a través de las áreas que evalúa.</p> <p>Áreas que Evalúa: Aceptación (A), sobreprotección (SP), sobre indulgencia (SI) y rechazo (R).</p> <p>Ámbito de Aplicación: Madres de familia de niños menores de 7 años.</p> <p>Tiempo de Duración: No hay tiempo límite, pero se estima en un promedio de 25 minutos aproximadamente.</p>
---	--	---	--	---

socioeconómico de acuerdo al grado de instrucción y lugar que ocupa el niño hospitalizado?	socioeconómico de acuerdo al grado de instrucción y lugar que ocupa el niño hospitalizado.			
--	--	--	--	--

Anexo 2. Carta de presentación de la UIGV



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega

Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

Facultad de Psicología y Trabajo Social

Lima, 16 de noviembre del 2017

Carta N° 3110-2017-DFPTS

Magíster

MIRIAM ORTIZ ESPINOZA

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

HOSPITAL DOCENTE MADRE-NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"

Presente.-

Luego de recibir mis saludos y muestras de respeto, presento a la señorita **Ruth Isabel CASTILLO IGLESIAS**, estudiante de la Carrera Profesional de Psicología de nuestra Facultad, identificada con código 27-143596-0, quien desea realizar una muestra representativa de investigación en la Institución que usted dirige; para poder así optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, bajo la Modalidad de Suficiencia Profesional.

Agradezco la atención a la presente carta y renuevo mis cordiales saludos.

Atentamente,



Dr. RAMIRO GÓMEZ SALAS
Decano (e)
Facultad de Psicología y Trabajo Social

RGS/erh
Id. 773992



Av. Petit Thouars 248, Lima
Teléfonos: 433 1615 / 433 2795 Anexo: 3304
E-mail: psic-soc@uigv.edu.pe

Anexo 3. Carta de aceptación



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño "San Bartolomé"

Departamento
de Enfermería

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Lima, 21 de Noviembre del 2017

CARTA N° 033 -DE-HONADOMANI-SB-2017

Doctor Ramiro Gómez Salas
Decano (e) Facultad de Psicología y Trabajo Social
Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Presente.-

Sirva la presente para saludarlo muy cordialmente y al mismo tiempo hago de su conocimiento que el Departamento de Enfermería del HONADOMANI "San Bartolomé" no tiene ningún inconveniente que la Señorita RUTH ISABEL CASTILLO IGLESIAS realice una muestra representativa de Investigación en nuestra Institución, a fin de poder optar el Título profesional de Licenciada e Psicología.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
"SAN BARTOLOME"
.....
Mg. Ramiro Gómez Salas
C.E.P. N° 11156
Jefa del Departamento de Enfermería

MOE/ngs
CC: Archivo

www.sanbartolome.gob.pe
Av. Alfonso Ugarte N° 825 Lima – Perú
Telf. 2010400 Anexo: 293-302

Anexo 4. Escala de Actitudes Maternas en la Relación Madre – Niño



ACTITUDES MATERNAS EN LA RELACION MADRE – NIÑO
(R. Roth)
(Adaptación y estandarización: Edmundo Arévalo- 2005)

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente, luego marque con un aspa (X) en el recuadro que considere correcta en su opinión o sentimiento, en la hoja de respuestas, utilizando los siguientes criterios (alternativas):

- Marque debajo de **CA**, cuando usted esté completamente de acuerdo con la afirmación
- Marque debajo de **A**, cuando usted esté de acuerdo con la afirmación
- Marque debajo de **I**, cuando usted este indecisa con la afirmación.
- Marque debajo de **D**, cuando usted esté en desacuerdo con la afirmación
- Marque debajo de **CD**, cuando usted esté completamente en desacuerdo con la afirmación.

Conteste a todas las afirmaciones, pero marcando solo una de las alternativas, que considere adecuada. Debe cuidar que su respuesta coincida con la afirmación, para ello se encuentran enumerados de forma horizontal, siga el orden de la numeración.

**NO ESCRIBA NI REALICE MARCA ALGUNA EN ESTE CUESTIONARIO,
SUS RESPUESTAS LO HARÁ EN LA HOJA DE RESPUESTAS**

1. Una madre debería aceptar las posibilidades que su niño tiene.
2. Una madre debería proporcionarle a su hijo (a) todas las cosas que ella no tuvo cuando niña.
3. Considero que un niño no está en falta cuando hace algo malo.
4. La disciplina estricta es muy importante en la crianza de los niños
5. Cuando la madre tiene problemas con su hijo, al cual no sabe cómo tratar, ella debe buscar la ayuda apropiada.
6. Una madre debe estar permanentemente al cuidado de los alimentos que ingiere su niño
7. La obligación de una madre es preocuparse porque su niño(a), tenga todo lo que desea.
8. Es bueno para el niño (a) ser separado de sus padres por breves temporadas (1 o 2 meses)

9. Los niños(as) tienen sus propios derechos.
10. Un niño(a), hasta los 7 años no debe jugar solito por tanto la madre debe acompañarlo.
11. Pienso que no es necesario que una madre discipline a su niño (a).
12. Cuando una madre desapruueba una conducta de su niño, ella debe señalarle repetidas veces las consecuencias de esa conducta.
13. Es posible que un niño (a) a veces se moleste con su madre
14. Una madre debe defender a su hijo de las críticas de los demás
15. No tiene nada de malo que los padres dejen que el niño(a) jueguen en el Nintendo o vea TV el tiempo que desee.
16. Mi niño no tiene la gracia ni es tan sociable como la mayoría de los otros niños de su edad.
17. Los niños(as) pequeños(as) son como los juguetes que sirven para entretener a sus padres.
18. Una madre debería averiguar sobre el desenvolvimiento de su niño (a) en la escuela (relaciones con profesores y compañeros, sobre sus tareas) como mínimo tres veces por semana.
19. Yo muchas veces amenazo castigar a mi niño, pero nunca lo hago
20. Para criar a un niño (a), no importa el método que utilice la madre, lo importante es criarlo como ella piensa.
21. Traer un bebé al mundo no implica para la madre modificar su forma de vida.
22. Una madre debe ayudar a su hijo y hacerle la tarea cuando él no puede.
23. Si al niño no le gusta los alimentos que le sirven, no está mal que proteste hasta que se los cambien por algo que le agrade.
24. Con un entrenamiento estricto un niño puede llegar a hacer prácticamente todo.
25. Disciplinar a un niño significa ponerle límites.
26. Una madre nunca debería dejar a su hijo solo, expuesto a sus propios medios (capacidades, habilidades).
27. Los padres responsables deben preocuparse porque su niño tenga una propina fija.
28. Una madre debe dejar que la profesora utilice los métodos disciplinarios que considere cuando su hijo o hija no cumple las normas.
29. Los niños(as) deben ser vistos, pero no oídos.
30. Es responsabilidad de la madre cuidar que su niño (a) no este triste.
31. La madre debe recostarse todas las noches con su niño (a) hasta que éste(a) logre dormirse, como parte de su rutina diaria.
32. Muchas cosas que mi niño hace me fastidian.

33. No me gusta cuando mi niño(a) manifiesta abiertamente sus emociones (tristeza, cólera, alegría, miedo, amor)
34. Un niño(a) necesita más de cuatro controles médicos al año.
35. A un niño no se le debe resonrar, por arrancharle cosas a un adulto
36. El niño es como un adulto en miniatura.
37. Como chuparse el dedo no es hábito higiénico, considero que es necesario que una madre tome medidas para que no lo siga haciendo.
38. Una madre no debe confiar en su niño (a) para que haga cosas él solo
39. Cuando el niño llora debe tener inmediatamente la atención de la madre.
40. La madre debe dejar la alimentación de pecho lo antes posible.
41. A una madre no le ayuda mucho hablar con su niño de sus proyectos personales.
42. Prefiero mantener a mi niño (a) cerca de mí por los peligros a los que se expone cuando juega lejos
43. Por alguna razón, yo nunca puedo negarme a cualquier pedido que mi niño(a) me hace.
44. A menudo le juego bromas a mi hijo sabiendo que a él le disgustan
45. Un niño(a) debe complacer en todo a sus padres
46. Creo que, aun cuando mi niño (a) tuviera más de 6 años, es mejor que yo lo (a) bañe porque no pueden hacerlo solo.
47. Una madre debe ver siempre que las demandas de su niño sean atendidas.
48. A menudo los niños actúan como si estuvieran enfermos cuando en realidad no lo están.



PROTOCOLO DE LAS ACTITUDES MATERNAS EN LA RELACION MADRE – NIÑO

NOMBRE _____ ANÓNIMO _____ EDAD _____

ESTADO CIVIL _____ INSTRUCCIÓN _____

NOMBRE DEL NIÑO _____ EDAD _____

Nº	CA	A	I	D	CD	Nº	CA	A	I	D	CD
1	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>								
2	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>								
3	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>								
4	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>								
5	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>								
6	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>								
7	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>								
8	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>								
9	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>								
10	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>								
11	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>								
12	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>								
13	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>								
14	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>								
15	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>								
16	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>								
17	<input type="checkbox"/>	41	<input type="checkbox"/>								
18	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>								
19	<input type="checkbox"/>	43	<input type="checkbox"/>								
20	<input type="checkbox"/>	44	<input type="checkbox"/>								
21	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>								
22	<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>								
23	<input type="checkbox"/>	47	<input type="checkbox"/>								
24	<input type="checkbox"/>	48	<input type="checkbox"/>								

AREAS	PD	PC
ACEPTACIÓN		
SOBREPROTECCIÓN		
SOBREINDULGENCIA		
RECHAZO		

Baremos

Nivel	Percentil	A	SP	SI	R
ALTO	99	52	45	44	43
	95	50 - 51	42 - 44	39 - 43	41 - 42
	90	47 - 49	39 - 41	37 - 38	39 - 40
	80	45	37 - 38	35 - 36	37 - 38
MEDIO	75	44	36	34	36
	70	43	35	33	35
	60	42	34	32	34
	50	41	33	31	32
BAJO	40	40	30 - 32	30	31
	30	39	29	29	30
	25	38	28	28	29
	20	37	27	27	28
MUY BAJO	10	33 - 36	25 - 26	25 - 26	25 - 27
	5	31 - 32	23 - 24	24	23
	1	27 - 30	20 - 22	21 - 23	19 - 22

Rangos Percentiles (Rp)	Niveles
80 - 99	Alto
50 - 75	Medio
20 - 40	Bajo
1 - 10	Muy bajo



Anexo 5. Cuestionario de Datos Sociodemográficos

En el siguiente cuadro se formulan las siguientes preguntas que deben ser llenados con los datos personales. Cuya información será uso exclusivamente para la investigación científica, cuidando la información del participante.

Instrucciones: Se debe marcar con un aspa (x), puede ser en el número como en la palabra. En las opciones que tengan espacios “_____” debe ser correctamente llenado con letra que se pueda entender.

Edad de la madre	Cuantos años tiene:	
Estado Civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casada 2. Conviviente 3. Separada 4. Divorciada 5. Viuda 	
Grado de Instrucción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria Incompleta 3. Secundaria Completa 4. Superior No Universitaria Incompleta 5. Superior No Universitaria Completa 6. Superior Universitaria Incompleta 7. Superior Universitaria Completa 	
Ocupación de la Madre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Docencia 2. Estudiante 3. Ama de casa 4. Ambulante 5. Trabajo independiente 	
Lugar de Procedencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cercado de Lima 2. Rímac 3. Puente Piedra 4. San Martín de Porres 5. Comas 	<ol style="list-style-type: none"> 8. San Juan de Lurigancho 9. San Juan de Miraflores 10. Los Olivos 11. Callao

	6. Carabayllo 7. Ate	12. Otros
Número de Hijos	1. Un hijo 2. Dos hijos 3. Tres hijos	4. Cuatro hijos 5. 5 hijos 6. > de 5 hijos:____()
Número de Hijo Hospitalizado	1. Primer hijo 2. Segundo hijo 3. Tercer hijo	4. Cuarto hijo 5. Quinto hijo 6. > a 5 hijos:____()
Sexo del Niño	1. Masculino 2. Femenino	
Edad del Niño	0. < de 1 año:____() 1. 1 año 2. 2 años 3. 3 años	4. 4 años 5. 5 años 6. 6 años 7. Años

**Anexo 6. Tabla de puntajes directos del protocolo de las actitudes
maternas en la relación madre – niño**

SUJETOS	A	SP	SI	R
1	35	39	34	39
2	45	40	43	39
3	28	35	33	29
4	32	32	33	30
5	34	44	44	34
6	31	36	32	33
7	35	29	34	33
8	39	34	44	28
9	31	48	45	46
10	37	50	51	35
11	31	35	35	40
12	27	45	42	31
13	31	40	35	35
14	39	30	32	31
15	33	37	43	26
16	36	36	43	30
17	40	32	34	32
18	35	41	41	33
19	32	39	39	37
20	37	31	37	30
21	43	38	37	30
22	31	33	25	28
23	34	33	35	34
24	34	34	36	25
25	23	47	43	32
26	36	36	36	38
27	33	38	40	37
28	35	40	41	35
29	34	35	34	32
30	40	35	39	37
31	29	34	29	36
32	34	32	40	37
33	35	36	33	33
34	33	45	36	32
35	25	33	30	34
36	29	43	41	32
37	34	41	42	40
38	38	35	40	36
39	39	29	40	27
40	31	38	32	34

41	37	38	39	41
42	40	30	27	35
43	33	31	34	24
44	32	32	37	30
45	28	36	32	27
46	38	39	40	35
47	39	38	35	30
48	35	40	40	35
49	33	36	32	31
50	30	54	44	36
51	40	49	49	43
52	29	41	47	33
53	34	43	42	40
54	37	25	32	29
55	36	31	35	28
56	32	26	28	34
57	34	22	26	16
58	34	40	33	31
59	38	36	36	39
60	40	40	44	30
61	39	30	33	34
62	40	35	44	32
63	32	48	43	42
64	33	36	42	39
65	31	50	42	40
66	32	29	34	25

Anexo 7. Consentimiento informado

El motivo de la hoja del *Consentimiento Informado* es dar a conocer a los participantes de este estudio los motivos principales por la cuales están siendo evaluados, además, el propósito al que se quiere llegar.

La siguiente evaluación es para conocer las *actitudes maternas de madres con hijos hospitalizados*, que viene hacer la variable del estudio cuantitativo a realizarse para el **Programa de Suficiencia Profesional**, estudio que está siendo dirigido por Ruth Isabel Castillo Iglesias, bachiller en Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Para la evaluación correspondiente se requiere la participación voluntaria de cada participante por medio de este documento la cual es una formalidad que garantiza el uso de los resultados obtenidos mediante esta escala y fichas para el uso netamente científicos, haciendo reserva de los datos personales de cada participante. Por otro lado, cualquier pregunta respecto a esta evaluación y sus resultados puede darse previo contacto con mi persona al correo **ruthcastillo.ig@gmail.com**. O en caso no esté de acuerdo puede proceder a no resolver estas evaluaciones.

Sin embargo, si usted desea continuar con la evaluación se le solicitará responder a las preguntas a continuación de cada evaluación, teniendo un promedio aproximado de 20 minutos para resolverlos.

Si decide ser parte de la siguiente investigación y conceder su consentimiento informado, deberá firmar en la parte inferior de este documento.

Firma del participante

Anexo 8. Cuento de la Sesión 2: “El malvado Milisforo”

Hubo una vez un villano tan malvado, llamado Milisforo, que ideó un plan para acabar con todas las cosas importantes del mundo. Ayudado por sus grandes máquinas e inventos, consiguió arruinar a todos, pues inventó una poción que quitaba las ganas de trabajar. También hizo que la gente no quisiera estar junta, pues a todos infectó con un gas tan maloliente que cualquiera prefería quedarse en casa antes que encontrarse con nadie.

Cuando el mundo entero estuvo completamente patas arriba, comprobó que sólo le quedaba una cosa por destruir para dominarlo completamente: las familias. Y es que, a pesar de todos sus inventos malvados, de sus gases y sus pociones, las familias seguían estando juntas. Y lo que más le fastidiaba era que todas resistían, sin importar cuántas personas había en cada una, dónde vivían, o a qué se dedicaban.

Lo intentó haciendo las casas más pequeñas, pero las familias se apretaban en menos sitio. También destruyó la comida, pero igualmente las familias compartían lo poco que tenían. Y así, continuó con sus maldades contra lo último que se le resistía en la tierra, pero nada dio resultado. Hasta que finalmente descubrió cuál era la fuerza de todas las familias: todos se querían, y no había forma de cambiar eso. Y aunque trató de inventar algo para destruir el amor, Milisforo no lo consiguió, y triste y contrariado por no haber podido dominar el mundo, se rindió y dejó que todo volviera a la normalidad.

Acabó tan deprimido el malvado Milisforo, que sólo se le ocurrió ir a llorar a casa de sus padres y contarles lo ocurrido. Y a pesar de todas las maldades que había hecho, corrieron a abrazarle, le perdonaron, y le animaron a ser más bueno. Y es que, ¡hasta en la propia familia del malo más malo, todos se quieren y perdonan todo! ¿No es una suerte tener una familia?

(Pedro Pablo Sacristán) <https://cuentosparadormir.com/infantiles/cuento/el-malvado-milisforo>.

Anexo 9. Cuento de la Sesión 6: “La Señora Disciplina”

En una gran ciudad los niños se portaban muy mal y la señora disciplina se enteró de lo que estaba pasando con el comportamiento de los/las niños/as, y está empezó a visitar las casas y hablar con todos los padres.

La primera casa que visito la Señora fue la de Pablito. Era un niño que regaba los zapatos, uniformes y tenía su habitación como un gallinero no lleno de plumas, sino de ropas regadas. Doña disciplina al saber lo que estaba haciendo Pablito le pregunto a los padres cuál era el juguete que más le gustaba al niño y le dijeron que la bicicleta y doña disciplina se llevó el juguete preciado de Pablito y éste muy triste quedo.

Luego Doña disciplina siguió el paseo por las casas de los niños.

La segunda casa visitada fue la de Rosita. A esta niña le gustaba jugar con los perfumes, pintalabios y le ponía la mano a las cosas de su madre y dañaba todo lo que ella tenía su madre decía que estaba cansada de hablarle a la niña y que ésta no hacía caso. Y doña disciplina se llevó la televisión que era lo que más le gustaba a la niña.

Todos los niños estaban enterados de las visitas de doña disciplina y estaban un poco asustados ante las medidas de corrección que estaba haciendo.

La próxima casa que visitó fue la de María esta niña su madre decía que no se quería ir a bañarse ni cepillarse los dientes era una lucha y no de Popeye y Doña disciplina se llevó el columpio.

Todos los niños estaban tristes porque no sabían qué hacer, no tenían con que jugar

Lolita perdió su radio, a ella le gustaba bailar y oír música

Los 3 niños (Pedro, Luís y Paco) de la casa amarilla peleaban mucho y no obedecían y les llevaron todos sus juegos.

Después de todos los niños se reunieron y decían en reunión que estaban cansados de no tener juegos para divertirse ni las cosas que le gustaban. María dijo: estoy cansada de ver la pared de mí casa esperando que llegue mi columpio.

Los tres niños de la casa amarilla nosotros nos sacamos el sucio de las uñas para entretenernos y nos ponemos a cepillarnos las uñas, ya gastamos casi todo el jabón para tenerlas limpias.

Luego de un tiempo hubo un cambio en todas las casas de lo cual se enteró Doña Disciplina por las llamadas recibidas de los padres. Todos eran niños ejemplares obedientes y organizados.

Después Doña disciplina hizo la visita nuevamente por las casas para felicitar a los/las niños/as y devolverles sus juguetes.

Aquí entre nosotros/as no se lo digan a nadie Doña Disciplina después de todo se fue de vacaciones para la playa pero no sin antes enviarles un video a los niños el que vieron todos/as juntos/as y les dijo: A PORTARSE BIEN CON SUS PADRES SI NO QUIEREN QUE ME DEVUELVA Y LOS CORRIJA NUEVAMENTE.

Fuente: <http://foro.elaleph.com/viewtopic.php?t=39046>

Anexo 10. Cuento de la Sesión 7: “La Jirafa Timotea”

La jirafa Timotea tenía pocos amigos en sabana porque miraba a todos por encima del hombro y así trataba con desprecio.

Los demás animales intentaban alejarse de ella para no oírla.

Se burlaba del hipopótamo y le decía:

Hipopótamo Panzón, ¿a qué no eres capaz de correr tan rápido como yo?

¡No comprendo cómo puedes andar con esa enorme y fea barriga!

Y al antílope le decía:

Tú corres más que yo, Velocín, pero nunca podrás llegar a lo alto de los árboles.

Además, no tienes mi fuerza porque eres pequeñajo y delgado.

Y cuando se encontraba con la cebra Rayalinda le decía:

Qué cursi estás con esas rayas,

¡Ja, jajá! Sólo te sirven para llamar la atención de tus enemigos.

Los demás animales estaban cansados de sus comentarios hirientes y, a veces, le contestaban enfadados, pero la jirafa Timotea les respondía:

¿Quién habla? ¿Dónde estás?

Un día de verano se declaró un gran incendio en la sabana. Los animales huían asustados sin saber muy bien hacia dónde ir, porque había mucho humo y no veían.

La jirafa Timotea corría y corría, pero metió la pata en un agujero y se cayó.

¡Ay, ay, ay! ¡Cómo me duele la pata!

El hipopótamo Panzón pasó cerca de allí y Timotea le dijo:

¡Panzón, Panzón, ayúdame, ¡por favor!

Respondió Panzón.

No, no te puedo ayudar porque con esta enorme barriga camino muy despacio y, si me paro, me alcanzarán las llamas.

Al poco rato pasó corriendo Velocín.

No, no te puedo ayudar. No tengo fuerza para levantarte porque soy muy pequeño y delgado.

¡Velocín, Velocín, ayúdame, por favor!

Le respondió Velocín

Al poco tiempo pasó cerca la cebra Rayalinda y Timoteo le dijo:

¡Rayalinda, Rayalinda, ayúdame, por favor!

Le respondió Rayalinda.

No, no te puedo ayudar porque si me paro llamaré la atención de mis enemigos y correré un gran peligro.

La jirafa Timotea estaba desesperada: las llamas estaban cada vez más cerca y al ver que nadie le ayudaba, se puso a llorar. Unos chimpancés que también huían del fuego se acercaron a preguntarle:

¿Qué te pasa, Timotea? ¿Por qué lloras?

No puedo andar: he metido mi pata en un agujero y no la puedo sacar.

¿Y por qué no has pedido ayuda a tus amigos? Le preguntaron extrañados.

Timotea los miró con ojos tristes y les dijo:

Ellos... no han querido ayudarme.

¡Huy, huy, huy, qué raro! Algo les habrás hecho.

Sí

Respondió Timotea, agachando la cabeza avergonzada.

Los he mirado por encima del hombro y me he burlado de ellos. Ahora me arrepiento de haberlos tratado tan mal.

Entonces es normal que no quieran ser tus amigos, pero como el fuego se está acercando, vamos a intentar ayudarte.

Todos a la vez, tiraron con fuerza y la sacaron del agujero.

Aunque la pata le dolía, Timotea se dio cuenta de que, con mucho, podía. Antes de marcharse, dijo a los chimpancés:

Gracias amigos, me habéis salvado la vida.

Si algún día necesitáis ayuda, contad conmigo.

Ahora ya sabes lo importante que es tener amigos.

- le dijeron los chimpancés mientras continuaban su camino.

Cuando Timotea se vio a salvo de las llamas se tumbó a descansar y pensó en lo que le había pasado.

Decidió ir a buscar a Panzón, Velocín y Rayalinda para disculparse.

Cuando los encontró, agachó su largo cuello y los miró a los ojos.

Perdonadme por todo lo que os he dicho.

Nunca más volveré a burlarme de vosotros ni a despreciaros por ser diferentes.

Te perdonamos, Timotea.

Pero recuerda que cada uno de nosotros sirve para cosas distintas y no debes compararnos contigo ni despreciarnos.

Me gustaría ser vuestra amiga.

¿En qué os puedo ayudar?

Los tres se miraron asombrados al oír a Timotea y se pusieron muy contentos al ver su cambio.

Desde ese día, la jirafa Timotea tiene amigos con los que pasa el tiempo.

Además, les baja de los árboles frutas maduras, los ayuda cuando se lo piden, les rasca el lomo cuando les pica...

Y, por supuesto, es la encargada de avisar si ve algún peligro: ¡para eso es la más alta de todos los animales de la sabana!

Fuente: <https://es.scribd.com/presentation/362173639/la-jirafa-timotea-130211113021-phpapp01-1>