

UNIVERSIDAD DE PANAMA

VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POST GRADO

FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS CON

ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL



"INTERVENCION MATERNA EN EL CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL NIÑO NORMAL EN LAS
PRIMERAS OCHO SEMANAS DE VIDA"

0001

Adela Quesada de Ayarza

Sabrina María Castro A.

Tesis presentada como uno de los requisitos para
obtener el grado de Maestra en Ciencias con Espe-
cialización en Enfermería Materno Infantil.

225034

Abogador del Estado

JUL 22. 1987

T.M. ✓

Aprobado por:

Director de Tesis Margarita Lejé Costello
(Nombre y Título)

Miembro del Jurado [Signature]
(Nombre y Título)

Miembro del Jurado [Signature]
(Nombre y Título)

Fecha: 28. Abril 1987

DEDICATORIA

A mi MADRE ausente.

Por encima del puente de la muerte y del abismo del olvido, dedico ésta investigación a mi madre, a quien no podré nunca pagar los principios, que sobre todo con el ejemplo de su vida, infundió en mí, durante mi niñez y adolescencia.

A mi hija AYDILIARA.

Su compañía es el mejor regalo que Dios me ha dado.

A mi esposo DIDIO MANUEL.

Padre admirable, amante esposo y magnífico amigo.

A mi hermana, suegra y demás familiares. Por sus frases llenas de aliento.

ADELA

A todos mis seres queridos, quienes siempre me brindaron su apoyo y comprensión. Por su paciencia y sus constantes estímulos. Sin ello no hubiese logrado esta meta. Gracias,

SABRINA

A G R A D E C I M I E N T O

Deseamos dejar constancia de nuestro profundo agradecimiento a las 17 madres seleccionadas y a sus niños, ya que sin su cooperación y motivación, éste estudio no hubiera sido posible.

ADELA y SABRINA

Al llevar a cabo ésta investigación, se nos ha revelado con plena evidencia el hecho de que ningún investigador puede pretender, jamás el ser un "hombre forjado por su propio esfuerzo" Toda investigación es el producto del pensamiento, trabajo, dirección, cooperación de muchas personas y queremos expresar nuestra especial gratitud a aquellas personas que colaboraron de una u otra forma, con el fin, de ver culminado éste trabajo

A las profesoras de la Facultad de Enfermería y del Programa de Maestría en Ciencias, en especial a la Lic Margarita de Castillo, quienes compartieron con las autoras de este estudio, sus experiencias, conocimientos y valioso tiempo en la preparación del documento que hoy se presenta a su consideración

A todo el personal del 7º piso del Hospital General de la Caja de Seguro Social, en especial a la Sra Laura Fabrega de Cardoze, Maestra de Estimulación Precoz, quienes brindaron su colaboración en la obtención de la muestra y gran parte del material bibliográfico

Al Dr Ramón A Castro A por su ayuda en la traducción de artículos en inglés

Por último, las autoras agradecen a sus familiares por la tolerancia y constantes frases de aliento que siempre les brindaron

INDICE GENERAL

	Página
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	v
INTRODUCCION	xxv
CAPITULO I	
MARCO CONCEPTUAL	1
A. DESCRIPCION DEL AREA PROBLEMATICA	2
B. SURGIMIENTO DEL ESTUDIO	3
C. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	4
D. FORMULACION DEL PROBLEMA	7
E. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS	8
F. HIPOTESIS	10
G. VARIABLES	10
H. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	12
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	14
A. LA ESTIMULACION PRECÓZ	15
1. Origen	15
2. Conceptualización y Fundamentos Teóricos	21
3. Principios	25
4. Objetivo y Propósitos	26
5. Técnicas	27
6. Factores a considerar en la Estimulación del Niño de 0 a 2 Meses de Vida	32

	Página
B. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 MESES	44
1. Físico	44
2. Motor	102
3. Mental	109
4. Social	116
5. Emocional	120
C. TEORIAS DE DESARROLLO Y SU APLICACION EN EL NIÑO DE 0 A 2 MESES	124
1. Psicoanalítica	125
2. Cognoscitiva	135
3. Aprendizaje Social	144
4. Humanista	149
D. MEDICION DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO	153
1. Escala de Apgar	153
2. Escala de Evaluación Conductual de Brazelton	156
3. Escala de Denver	158
4. Escala de Gesell	160
5. Otras Escalas	162
E. FUNCIONAMIENTO Y APLICABILIDAD DE LA ESTIMULACION PRECOZ EN EL NIÑO DE 0 A 2 MESES	163
 CAPITULO III	
METODOLOGIA	165
A. DISEÑO	166

	Página
B. TÉCNICAS	166
C. INSTRUMENTOS	167
D. PROCEDIMIENTOS	172
E. MUESTREO	175
F. TÉCNICAS DE ANALISIS DE LOS DATOS	176
CAPITULO IV	
ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	178
CONCLUSIONES	232
RECOMENDACIONES	237
GLOSARIOS	240
BIBLIOGRAFIA	246
APENDICES	255
ANEXOS	352

INDICE DE CUADROS

TITULO

Cuadro Nº	TITULO	Página
1	Los Estados del Neonato (Estados de Sueño y de Vigilia).....	48
2	Conductas Reflejas en el Niño de 0 a 2 Meses.....	56
3	Características de la Visión del Recién Nacido.....	65
4	Valores Sanguíneos Normales a Distinguidas Edades.....	86
5	Respuestas Motoras Representativas en el Neonato.....	103
6	Esquema del Comportamiento del Niño de 0 a 2 Meses de Edad.....	107
7	Características del Desarrollo Psicológico en el Estadio Oral, según Sigmund Freud.....	126
8	Subetapas de la Etapa Sensoriomotora, según Jean Piaget.....	138
9	Comportamiento Normativo del Niño de 0 a 3 Meses, según Gesell.....	142
10	Valoración de Apgar para Recién Nacidos.....	155
11	Orientación sobre Estimulación Precoz, según personal que la brindó a las madres primíparas, durante el Control Prenatal. Julio de 1986...	185
12	Tipo de orientación recibida, durante el Control Prenatal por las madres primíparas. Julio de 1986....	188
13	Importancia de la Estimulación Precoz, según el planeamiento del embarazo en las madres primíparas. Julio de 1986.....	190
14	Consideraciones de las madres primíparas, sobre la importancia de la	

Cuadro N°	TITULO	Página
	Estimulación Precoz en su niño. <u>Ju</u> lio de 1986.....	192
15	Apreciación de las madres primíparas en relación al comportamiento usual de su bebé. Julio de 1986.....	194
16	¿Cómo considera la madre primípara el comportamiento del bebé, según la orientación recibida, sobre Esti- mulación Precoz, durante el Control Prenatal? Julio de 1986.....	195
17	¿Cómo considera la madre primípara el comportamiento del bebé, según <u>có</u> mo llenó el niño las expectativas del sexo? Julio de 1986.....	197
18	¿Cómo considera la madre primípara el comportamiento del bebé, según el planeamiento del embarazo? Julio de 1986.....	199
19	Actitud de la madre primípara en el hogar con relación a su niño por mes y N° control. Agosto y septiembre de 1986.....	200
20	Actitud de la madre primípara en el hogar con relación a su niño por mes. Agosto y septiembre de 1986.....	204
21	Tipo de comportamiento de la madre primípara en el hogar con relación a su niño por mes. Agosto y septiem- bre de 1986.....	206
22	Comportamiento de las madres primípa- ras, según orientación recibida so- bre Estimulación Precoz. Julio a septiembre de 1986.....	208
23	Actitud de la madre primípara en el hogar con relación al afecto brinda- do a su niño por mes. Agosto y sep- tiembre de 1986.....	210

TITULO

Cuadro Nº	TITULO	Página
24	Actitud de la madre primípara en el hogar con relación a la seguridad brindada a su niño por mes. Agosto y septiembre de 1986.....	212
25	Actitud de la madre primípara en el hogar con relación a la aceptación de su niño por mes. Agosto y septiembre de 1986.....	214
26	Respuestas sensorceptuales del niño en el hogar al mes y dos meses de edad. Agosto y septiembre de 1986.....	217
27	Grado de crecimiento y desarrollo en el niño, según respuestas sensorceptuales en el hogar, al mes y dos meses de vida. Agosto y septiembre de 1986.....	222
28	Grado de crecimiento y desarrollo en el niño, según tipo de comportamiento de las madres primíparas en el hogar. Agosto y septiembre de 1986.....	223
29	Análisis de la prueba de conocimientos, según items, aplicada a las madres primíparas para determinar el grado de conocimiento. Julio y septiembre de 1986.....	224
30	Resultados de la prueba de conocimientos aplicada a las madres primíparas. Julio y septiembre de 1986.	226
31	Resultados de la prueba posterior aplicada a las madres primíparas, según grado de crecimiento y desarrollo en el niño. Septiembre de 1986.....	229

INDICE DE GRAFICAS

TITULO

Gráfica Nº		Página
1	Orientación previa, sobre Estimulación Precoz brindada a las madres primíparas, durante el Control Prenatal. Julio de 1986.....	183
2	Porcentaje de preguntas correctas, sobre crecimiento, desarrollo y Estimulación Precoz en la prueba de conocimientos aplicada a las madres primíparas. Julio y septiembre de 1986.....	230

INDICE DE APENDICES

APENDICE DE INSTRUMENTOS

TÍTULO

Apéndice Nº	TÍTULO	Página
1	Formato para la Recolección de Datos.....	257
2	Tabla Maestra para el Control de la Muestra.....	266
3	Formato para la Prueba de Conocimientos.....	267
4	Clave de Respuestas para la Prueba de Conocimientos.....	277
5	"Programa Educativo para Madres <u>Pri</u> míparas". Estimulación Precoz en el Crecimiento y Desarrollo del Niño de 0 a 2 Meses. Primera Parte..	279
6	"Programa Educativo para Madres <u>Pri</u> míparas". Estimulación Precoz en el Crecimiento y Desarrollo del Niño de 0 a 2 Meses. Segunda Parte..	290
7	Hoja de Cotejo para la Madre.....	300
8	Valoración del Crecimiento y Desarrollo del Niño en los Primeros Dos Meses de Vida.....	306

APENDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

TITULO

Apéndice N°		Página
9	Madres primíparas seleccionadas, según ocupación. Julio de 1986 . . .	316
10	Madres primíparas seleccionadas, según ingreso familiar mensual Julio de 1986	317
11	Planeamiento del embarazo en las madres primíparas encuestadas. Julio de 1986.	318
12	Actitud de las madres encuestadas y familiares ante la llegada del bebé Julio de 1986	319
13	Preparativos para la llegada del bebé en las madres primíparas Julio de 1986.	320
14	Madres primíparas, según la preparación de un área física para la atención del bebé Julio de 1986 . . .	321
15	Madres primíparas, según actitud hacia el sexo del bebé, recién nacido Julio de 1986	322
16	Importancia de la Estimulación Precoz en las madres primíparas Julio de 1986.	323
17	Miembros de la familia que participarán en el cuidado del bebé de las madres primíparas. Julio de 1986 .	324
18	Porcentaje de items correctos de la prueba de conocimientos, aplicada a las madres primíparas. Julio y septiembre de 1986.	325

APENDICE METODOLOGICO

TITULO

Apéndice N ^o		Página
19	¿Cómo considera la madre primípara el comportamiento del bebé, según la orientación recibida, sobre Estimulación Precoz, durante el Control Prenatal? Julio de 1986.....	327
20	¿Cómo considera la madre primípara el comportamiento del bebé, según el planeamiento del embarazo? Julio de 1986.....	329
21	Actitud de la madre primípara en el hogar con relación a su niño por mes y N ^o control. Agosto y septiembre de 1986.....	331
22	Grado de correlación entre el afecto y la seguridad en la actitud de la madre primípara, durante el mes de agosto de 1986.....	333
23	Grado de correlación entre el afecto y la aceptación en la actitud de la madre primípara, durante el mes de agosto de 1986.....	335
24	Actitud de la madre primípara en el hogar con relación al afecto brindado a su niño por mes. Agosto y septiembre de 1986.....	337
25	Actitud de la madre primípara en el hogar con relación a la seguridad brindada a su niño por mes. Agosto y septiembre de 1986.....	339
26	Respuestas sensoperceptuales del niño en el hogar al mes y dos meses de edad. Agosto y septiembre de 1986.....	341
27	Resultados de la prueba de conocimientos aplicada a las madres primíparas. Julio y septiembre de 1986.	343

APENDICE DE VARIOS

TITULO

Apéndice N°		Página
28	Correspondencia.....	346
29	Certificado de Participación.....	350

INDICE DE ANEXOS

TITULO

Anexo Nº	TITULO	Página
1	Edades de Aparición y Desaparición de los Signos Neurológicos característicos de los Lactantes.....	353
2	Escala de Evaluación de Brazelton..	355
3	Prueba de Desarrollo de Denver.....	357
4	Tabla de Modos Temporarios de Conducta.....	359
5	Guía para la Evaluación del Desarrollo de 1 a 8 Meses.....	361

INTRODUCCION

Cuando se tiene la dicha de tener un hijo por primera vez, se pasa a formar parte de una profesión absolutamente única, cuyo trabajo ocupa las veinticuatro horas del día la de madre

Esto no se reduce al simple acto biológico de parir un hijo, ni a la crianza de ese niño por los métodos usuales de tanteo. La educación de un hijo es una empresa compleja y difícil. Pero es una de las tareas que más llenan y complacen. El don más importante que una madre puede ofrendar al mundo es un niño que ha criado para que se convierta en un ser humano con sentimientos de seguridad afectiva, la cual necesitara para aceptar los cambios que se dan en un mundo en perpetua transformación y pueda participar con confianza de ese cambio.

Si comparamos el desarrollo biológico de los animales, incluso los más perfectos y el del hombre, saltan a la vista dos hechos muy importantes

- 1 El hombre nace más débil e impotente
- 2 El proceso de desarrollo del hombre es incomparablemente más largo y complicado

Estos hechos nos obligan a admitir que, por la disposición misma de la naturaleza, los hijos quedan ligados a los padres, durante mucho tiempo

Las investigaciones llevadas a cabo, durante estos últimos años en el campo del desarrollo global del niño, han demostrado la importancia de los seis primeros años de la vida y su papel capital y preponderante en el futuro del niño

Durante éste período, el crecimiento físico, el aprendizaje en la esfera del lenguaje, de la creatividad, de la actividad motora, del afecto, del descubrimiento social, de la inteligencia, son muy rápidos y condicionan las adquisiciones posteriores. De ahí que sea primordial, además del control de vacunas y nutrición, favorecer el desarrollo cognoscitivo y afectivo del niño, permitiéndole con esto, descubrir los diferentes valores morales y sociales para ayudarlo a tomar su lugar en la vida familiar y colectiva

Una educación precoz para el niño no exige medios costosos o difíciles de poner en práctica. Sobre todo, está en función de las cualidades y sentimientos de las personas que están en contacto con el niño. A menudo, los padres por su inexperiencia carecen de los conocimientos necesarios para estimular el desarrollo de sus hijos, es pues muy importante ayudarlos en esta tarea

La educación sobre estimulación precoz, a los padres, que han tenido la oportunidad de traer al mundo un niño normal, les da la oportunidad de confirmar que éstos, siguen un desarrollo óptimo. Por otra parte, permite en forma oportu-

na detectar desviaciones, lograr una ayuda eficaz en el diagnóstico y tratamiento precoz

Conscientes de la importancia que tiene la Estimulación Precoz en el óptimo desarrollo de las potencialidades del niño y el papel que juega la madre desde que este nace, las autoras han llevado a cabo el presente estudio cuyo propósito principal es "Valorar los efectos de la intervención materna en el crecimiento y desarrollo del niño normal en las primeras ocho semanas de vida"

Para una mejor comprensión, el mismo se ha dividido en cuatro capítulos

El primer capítulo presenta el marco conceptual en el que se encuentra descrita el área problemática, surgimiento y justificación del estudio, formulación del problema con una serie de interrogantes que ayudarán a encontrar soluciones razonables, definición operacional de términos, hipótesis central, variables y objetivos del estudio

El segundo capítulo contiene el marco teórico donde se hace énfasis a los aspectos relacionados con la estimulación precoz, crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 meses, teorías de desarrollo y su aplicación en el niño en la etapa antes descrita, escalas de medición del crecimiento, desarrollo, el funcionamiento y aplicabilidad de la estimulación precoz en el niño de 0 a 2 meses

En el tercer capítulo se incluye la metodología que se utilizó para efectuar éste estudio, la cual fue de tipo descriptiva correlacional. Se aplicaron las técnicas directa e indirecta para la obtención de datos con el apoyo de diversos instrumentos elaborados por las autoras. (Ver Apéndice de Instrumentos, pág. 256)

La obtención de la muestra y las visitas domiciliarias se realizaron en los meses de julio a septiembre de 1986. Durante éste período se le brindó a las madres seleccionadas un Programa Educativo en dos tiempos, determinando, durante las visitas domiciliarias la efectividad de los mismos.

El cuarto capítulo contiene el análisis e interpretación de los resultados.

Por último, se presentan las conclusiones, recomendaciones, glosarios, bibliografía, apéndices y anexos.

Con éste estudio las autoras, esperamos despertar el interés del lector por conocer más acerca de los beneficios de la estimulación precoz, incluyendo en forma progresiva otras etapas de desarrollo.

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

A. DESCRIPCION DEL AREA PROBLEMATICA.

El neonato desde el nacimiento, trae consigo una gama de capacidades y potencialidades, las cuales necesita ir desarrollando a medida que crece. Este proceso es completamente normal, sin embargo, para que se pueda dar en una forma óptima necesita las influencias provenientes de su entorno.

El elemento más importante del ambiente en que se desenvuelve el niño en sus inicios, son sus padres. La madre, es considerada como la persona con la que el niño comparte sus primeras experiencias afectivas y está en capacidad de brindarle estímulos que contribuyan al logro de un crecimiento y desarrollo normal.

Klaus y Fanaroff apoyan ésta aseveración cuando dicen:
que

"... el recién nacido humano depende totalmente de su madre para satisfacer todas sus necesidades emocionales y físicas, el cariño de ésta le resulta absolutamente indispensable para crecer y desarrollarse óptimamente".¹

¹Marshall H. Klaus y Avroy A. Fanaroff, Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo. 2ª ed. (Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A., 1981), pp. 167.

La realidad panameña actual nos indica que nuestras madres, quienes se caracterizan por tener en ocasiones un nivel educativo elemental o pobre, además, de poseer un status socioeconómico bajo y de desempeñar el rol de padre y madre a la vez, carecen en su mayoría de los elementos básicos para proveer a sus hijos de la estimulación necesaria en el período de la primera infancia.

Por otra parte, durante las citas del control prenatal, tanto el médico como la enfermera dan énfasis al aspecto físico y la orientación va encaminada hacia los cuidados que la madre tendrá que tener, durante todo el embarazo. Se carece, por tanto de un programa educativo que guíe a la madre en su desempeño posterior y de que manera estimular a su bebé, a fin, de que logre el desarrollo de todas sus potencialidades.

Panamá, necesita de hombres y mujeres saludables, que contribuyan a engrandecerla cada día. Esto no es una labor que se logra de la noche a la mañana, prácticamente se inicia, desde que el niño nace. Y debe constituir una responsabilidad compartida no sólo por los familiares, sino por el Estado y el Sistema de Salud.

B. SURGIMIENTO DEL ESTUDIO.

A través del desempeño profesional en nuestras áreas de trabajo, hemos observado que con frecuencia las madres primí

paras, una vez que han dado a luz, se encuentran inseguras y llenas de dudas ante el nuevo rol por desempeñar.

Una de las inquietudes relevantes que estas madres manifiestan es su desconocimiento de como estimular a su bebé para que logre desarrollarse adecuadamente. Muchas de éstas madres opinan, que para el logro de éste objetivo, se requiere disponer en sus hogares de equipo sofisticado y costoso, además de cursos especiales dictados en clínicas particulares, lo cual no es factible en ocasiones ya que no disponen del tiempo ni del factor económico requerido.

Ante esta situación planteada y ante la carencia de un programa educativo, debidamente estructurado en nuestras instituciones de Salud, se decidió realizar un estudio con madres primíparas para valorar la intervención de las mismas en el crecimiento y desarrollo del niño normal en las primeras 8 semanas de vida.

C. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

El Programa Regional de Estimulación Precoz de UNICEF, nació de la preocupación de los Gobiernos del Istmo, por encontrar vías factibles para mejorar la situación en que crece y se desarrollan las poblaciones infantiles, especialmente en las edades de 0 a 6 años.

Panamá, al igual que Costa Rica, desde la década del 50,

ya se encontraba trabajando con mucho acierto en el campo del desarrollo integral del niño.

Dentro de los objetivos que señala el Programa, existen tres, cuya finalidad enmarca una de las principales inquietudes que motivaron a las autoras a realizar el presente estudio, los cuales se detallan a continuación:

1. Crear conciencia en la población de los países del Istmo, sobre la necesidad de prestar una atención adecuada al desarrollo del niño de 0 a 6 años.
2. Promover investigaciones, publicaciones, sobre la situación del niño de 0 a 6 años, y alternativas para la atención de su desarrollo integral.
3. Apoyar esfuerzos o proyectos de estimulación temprana en ejecución o por iniciarse".¹

Es importante señalar que estos programas, han puesto más énfasis en la estimulación de los niños de alto riesgo, sin embargo, hay que considerar que los niños que nacen en condiciones normales no se encuentran exentos de sufrir trastornos en su crecimiento y desarrollo, ocasionados por factores de riesgo ambiental.

¹UNICEF, Curriculum de Estimulación Precoz (Guatemala: Editorial Piedra Santa, 1980), pp. 5-6.

El Programa de Estimulación Precoz, utiliza la definición de riesgo ambiental formulada por Tjossen y de Lorenzo, la cual dice:

"El riesgo ambiental se refiere a la falta de experiencias que el niño pueda tener tanto en lo físico como en lo social".¹

Así mismo la OMS, elaboró un proyecto de Declaración de Derechos del Niño, que ha sido propuesto como proyecto a la Naciones Unidas, el mismo señala la importancia de proporcionarle al nuevo ser, las mejores condiciones para que se de un desarrollo normal, rodeado del afecto y la seguridad que le brinde su familia.

La estimulación precoz en el neonato normal es considerada, entonces como un elemento esencial para aprovechar al máximo sus potencialidades en las diversas áreas del desarrollo, según el grado alcanzado y las condiciones socioculturales en que se desenvuelven. Es por ello, que la enfermera, como parte integral del equipo de salud, juega un papel relevante en la orientación, que ha de dársele a la madre. Como maestra que es, posee las herramientas para transmitir aquellos conocimientos necesarios en toda mujer que se estrena como madre; y que le ayudarán posteriormente a adquirir mayor seguridad y confianza en sí misma, así como más habilidad en el manejo

¹Tjossen y de Lorenzo citados por UNICEF, Ibid, pp. 7.

del recién nacido.

En la medida que se logre esto, esa madre, carente en un inicio de éste tipo de instrucción, pasará a ser una maestra¹ en su hogar y en su comunidad, lo cual redundará en grandes beneficios para el país.

D. FORMULACION DEL PROBLEMA.

Con la finalidad de determinar si existe una asociación entre los estímulos que la madre primípara proporciona al niño, desde que nace hasta los dos meses y el grado de respuesta de éste, las autoras del estudio se plantearon las siguientes interrogantes:

1. ¿Existe relación entre la orientación que se le brinda a la madre, sobre estimulación precoz y la forma en que ella estimula al niño?
2. ¿Cómo participa la madre primípara en la estimulación precoz de su niño?
3. ¿En qué grados se dan las respuestas de tipo: psicomotoras, afectivas y sensoperceptuales en el niño de 0 a 2 meses, frente a los estímulos que le brinda la madre?
4. ¿Existen otros factores que intervienen en los grados de respuesta del niño de 0 a 2 meses, ante los

estímulos que le ofrece la madre?

E. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS.

1. Aceptación:

La madre habla de su niño en forma espontánea y con alegría.

2. Actitud de la Madre:

Manifestaciones de afecto, seguridad y aceptación que la madre le proporciona a su niño al momento en que el examinador visita el hogar.

3. Afecto:

Interés que la madre demuestra por el bienestar y seguridad de su niño.

4. Asociación:

La relación que tienen las variables: conocimiento de la madre, sobre estimulación precoz (variable independiente - X) y el grado de desarrollo alcanzado en el niño de 0 a 2 meses (variable dependiente - Y).

5. Crecimiento y Desarrollo:

Son los cambios biopsicosociales que se operan en el niño desde que nace.

6. Efectos:

Respuestas observadas en el niño de 0 a 2 meses,

frente a los estímulos que le proporciona su madre.

7. Estimulación Precoz:

Toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño en su desarrollo biopsicosocial.

8. Estímulos:

Son los elementos (colores, sonidos, olores, texturas, sabores, ejercicios, afecto), que la madre le proporciona al niño para desarrollar al máximo su potencial biopsicosocial.

9. Grado de Respuesta:

Logros alcanzados ante las diferentes respuestas que el niño manifiesta frente a los estímulos.

10. Intervención Materna:

La participación activa que tiene la madre primípara, en la estimulación precoz de su niño.

11. Primípara:

La mujer que es madre por primera vez.

12. Respuesta Afectiva:

Son las respuestas condicionadas e incondicionadas a los estímulos que manifiesta el niño, tales como: llanto y la sonrisa.

13. Respuesta Psicomotora:

Son aquellas respuestas que se dan a nivel del motor grueso, motor fino y esquema corporal.

14. Respuesta Sensoperceptual:

Es la capacidad del niño, que le permite mantenerse en interacción constante con el medio, a través de la recepción de estímulos y de emitir respuestas por los sentidos.

15. Seguridad:

La madre realiza los ejercicios con destreza demostrando conocimiento, durante la ejecución acorde al área a estimular.

F. HIPOTESIS.

1. Hipótesis Alternativa (H_1):

Existe asociación entre el conocimiento de la madre primípara sobre Estimulación Precoz y el grado de desarrollo alcanzado en el niño de 0 a 2 meses.

2. Hipótesis Nula (H_0):

No existe asociación entre el conocimiento de la madre primípara sobre Estimulación Precoz y el grado de desarrollo alcanzado en el niño de 0 a 2 meses.

G. VARIABLES.

En el estudio se tomaron sujetos con la mayor homogenei-

dad posible, dando como resultado las siguientes variables:

1. Variable Independiente (X):

El conocimiento de la madre, sobre estimulación precoz.

2. Variable Dependiente (Y):

Grado de desarrollo alcanzado en el niño de 0 a 2 meses.

3. Variables Intervinientes:

Existen otras variables susceptibles de ser estudiadas en relación con la variable dependiente, por lo que se han incluido en el estudio. El papel de las mismas consiste en actuar como puente en la influencia que ejerce la variable independiente, sobre la dependiente. A continuación se enumeran las mismas:

- a. Ocupación.
- b. Ingreso familiar.
- c. Planeación del embarazo.
- d. Sentimientos familiares ante la llegada del bebé.
- e. Expectativas en cuanto al sexo del bebé.
- f. Preparativos para la llegada del bebé.
- g. Participación de otros miembros de la familia en

el cuidado del bebé.

- h. Area física adecuada para atender al bebé.
- i. Orientación a la madre, durante el control prenatal, sobre estimulación precoz.
- j. Importancia de la estimulación precoz para la madre.
- k. Consideraciones de la madre, sobre el comportamiento del bebé en las primeras horas postparto.

H. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

El estudio tiene el propósito de valorar los efectos de la intervención materna en el crecimiento y desarrollo del niño normal en las primeras 8 semanas de vida.

Tomando como base lo antes mencionado y para dar respuesta a algunas de las interrogantes planteadas previamente, se formularon los siguientes objetivos:

1. Determinar la relación que existe entre la orientación que se le brinda a la madre sobre estimulación precoz y la forma en que ella estimula al niño.
2. Valorar la participación materna en la estimulación precoz de su niño.
3. Identificar en que grados se dan las respuestas psi-

comotoras, afectivas y sensoperceptuales en el niño de 0 a 2 meses, frente a los estímulos que le brinda la madre.

4. Identificar que otros factores intervienen en los grados de respuesta del niño de 0 a 2 meses, ante los estímulos que le ofrece la madre.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

A. LA ESTIMULACION PRECOZ.

1. Origen:

La Estimulación Precoz es considerada una actividad organizada, tanto a nivel mundial como nacional.

A nivel mundial se desconoce el verdadero origen de los centros que se dedicaban a ésta actividad, incluso la denominación que se le ha dado a estos centros difieren de acuerdo al país.

Algunos señalan que el origen de los primeros centros de orientación infantil, tuvo lugar en Inglaterra, a principios del siglo XIX, creados por el filántropo Robert Owen, sin embargo, hay quienes afirman que la idea de escuelas guarderías, nació a finales del siglo XVIII en Francia, en una región conocida con el nombre de Vasgos, como iniciativa del pastor protestante Juan Federico Oberlin, quien en 1770 creó sin previa organización escuelas y guarderías, con el propósito de amparar niños en edades de 2 a 7 años.

En 1837, Federico Freebé, fundó jardines, a los que denominó "Jardines de Niños".

Posteriormente, Francia, Inglaterra e Italia comenzaron a crear dependencias en donde se cuidaban a los hijos de los obreros.

La implantación de estos establecimientos despertó el

interés de ilustres personajes, tales como el estadista escocés Henry Browghan, quien organizó en Londres, en 1819, las Escuelas de Párvulos o "Infant School", las cuales tuvieron gran aceptación, en las Indias Occidentales, creó Escuela de Párvulos para los negros y luego contribuyó a difundirlas por el Reino Unido. En Londres, por iniciativa del Doctor Bromsfield, Obispo de Chester, se creó en 1825 la sociedad de los "Infant School".

Más tarde, se fue intensificando la creación de éste servicio en otros países de Europa, tales como Alemania, España, etc.

Finalmente, en el Continente Americano se inició la creación de centros de éste tipo. Chile, es uno de los países que más adelanto presenta en relación a éste servicio y las instituciones que se dedican al cuidado de niños, forman parte del sistema educativo y por lo tanto, tienen carácter oficial.

En México, también se ha dado gran auge a estos centros y existe gran preocupación por el perfeccionamiento del personal que labora en los mismos.

En Guatemala existe una sociedad protectora de niños, que para asegurar un mejor servicio, cuenta con colegios dedicados exclusivamente, a la preparación de personal que atiende niños, de las "Casas de Niños". Las escuelas de niñe

ras, han sido reconocidas por el Ministerio de Educación Pública y por acuerdo gubernamental del 7 de febrero de 1967, funcionan mediante el sistema de becas otorgadas por la institución a aquellos jóvenes que han llenado los requisitos para ingresar.

En Estados Unidos las escuelas maternas, nombre con que se conoce este servicio, se introdujeron durante la era de la posguerra alrededor de 1920 y sólo atendían niños menores de cuatro años de edad.

En los países latinoamericanos, la casi totalidad, de los pocos programas de estimulación temprana que existen, son compensatorios. Su objetivo es el de llevar al niño a su más alto nivel de rendimiento, dentro de las limitaciones que imponen sus daños.

A nivel nacional podemos señalar que en el año 1970, un grupo de especialistas del Instituto Panameño de Rehabilitación Especial, se abocan a la tarea de establecer mecanismos de coordinación con el sector Salud, permitiendo esto, la detección temprana de niños con problemas antes de la primera infancia.

Con tal fin, se realiza un estudio de casos en el Hospital del Niño, seleccionando aquellos que presentaban alteraciones en su desarrollo y a quienes se les ofreció un plan remedial.

El Programa de Estimulación Precoz, inicia la atención de 158 niños en una casa familiar adaptada para dicho fin, el 26 de abril de 1971, funcionando como un centro de detección, evaluación, diagnóstico y orientación para niños de alto riesgo, parálisis cerebral y retardo mental, desde su nacimiento hasta los 5 años.

Estos niños eran atendidos por tres maestras de aulas, una orientadora del hogar, una psicóloga, una secretaria y la directora del programa. En la actualidad, la población atendida por año y el personal técnico, docente y administrativo, ha sobrepasado notablemente las cifras iniciales.

En el año de 1973 se establece la coordinación de los Servicios y Recursos Humanos entre el Programa de Estimulación Precoz y el Ministerio de Salud, con el fin de mejorar la detección y atención de niños con problemas y preparar e incorporar a la enfermera que atiende la Clínica de Crecimiento y Desarrollo, de los Centros de Salud del área Metropolitana.

En 1976 se inicia la creación de aulas de estimulación precoz, dentro de los Centros de Salud en las comunidades de Pueblo Nuevo, Alcalde Díaz y Veranillo.

A partir de 1976 hasta 1979, se desarrollan proyectos de investigación prenatal, perinatal y de seguimiento del niño en los primeros meses de vida.

En 1979 se reforman los objetivos iniciales del programa, en base a las experiencias obtenidas en los años anteriores y derivadas también de las necesidades presentes.

Su definición queda de la siguiente forma:

"El Programa de Estimulación Temprana es un conjunto de actividades que se pueden realizar en cualquier ámbito, incluso individualmente en cada familia, o puede reunirse esfuerzos de las comunidades y de las Instituciones del Estado".¹

Dentro del Marco Institucional, es una labor de extensión de las entidades que, de manera sectorial, atienden aspectos relacionados con la salud, la higiene, el bienestar, la nutrición, la educación y la formación de los niños.

Actualmente existen grandes esfuerzos por implementar programas de atención integral a la niñez, concibiendo su vida como una unidad biopsicosocial, de allí que la atención de los programas está enfocada a la prevención de alteraciones en el desarrollo más que a la rehabilitación. Esta concepción de la Estimulación Temprana, como una técnica preventiva ha contribuido a:

¹Eloísa García de Lorenzo, Estimulación Precoz. Acción Preventiva y Remedial (Montevideo: Instituto Interamericano del Niño, 1977), pp. 45.

- "a. El reconocimiento de la gran influencia que ejerce el medio ambiente en el desarrollo normal del niño, a través de estímulos sensoriales de todo orden, tanto en cantidad como en calidad y en la debida oportunidad.
- b. La constatación de que los niños menos favorecidos representan los sectores mayoritarios en nuestras sociedades.
- c. El reconocimiento de que los niños provenientes de los sectores deprivados carecen de la estimulación temprana que permita el desarrollo normal de sus potencialidades, frente a niños de estratos sociales favorecidos que sí cuentan espontáneamente con estimulaciones en sus hogares, evidenciándose, así serias desventajas entre ellos.
- d. La toma de conciencia sobre la necesidad de desarrollar programas de estimulación temprana, en un marco de atención integral a la niñez, dando prioridad a los sectores económico-sociales deprivados, a fin, de compensar su situación de desventaja.
- e. El enfoque actual hacia la atención de la niñez, a través de programas dirigidos, no sólo a los infantes, sino también a los padres de familia y a la comunidad".¹

¹Primer Seminario Nacional de Estimulación Temprana del Niño. (Medellín, Colombia, Agosto 25-26-27, 1981)

2. Conceptualización y Fundamentos Teóricos:

Existen diversas definiciones sobre estimulación precoz. A continuación presentamos las opiniones de los siguientes autores:

El Dr. Hernán Montenegro la define como:

"El conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos, en cantidad y oportunidad adecuadas y en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generen en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo". ¹

Para la Dra. Carmen Naranjo:

"Estimulación Temprana es toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño en su desarrollo físico y psíquico. La actividad puede involucrar objetos y siempre exige la relación entre el niño y el adulto, en una forma de comunicación que puede ser de gestos, de murmullos, de actitudes, de palabras y de todo tipo de expresión". ²

¹Carmen Naranjo, Mi Niño de 0 a 6 Años (Guatemala: Editorial Piedra Santa, 1979), pp. 15.

²Ibid, pp. 14.

Al referirnos al niño, estamos tomando en consideración a todos los niños sin distinciones de clase, raza y religión de sus padres, ya que todos por igual necesitan afecto, ayuda para crecer, estímulo a desarrollarse y guía para independizarse.

En la sociedad de hoy, el ser humano se encuentra sujeto a las más violentas circunstancias y crisis de orden familiar y social, existiendo ha menudo una sensación de inestabilidad e inseguridad y el niño tiende a verse como el ser, frente al cual se tienen ciertas obligaciones. La idea que se tiene de él oscila entre la de carga, problema, incomodidad y limitación. Por lo tanto, en cada estrato social es necesario ejercer la acción educativa necesaria para crear un ambiente favorable al niño y un apoyo sostenido que aliente su amplio desarrollo.

El niño de hoy, presenta ante nuestros ojos las siguientes características

- "1. Es un niño expuesto a la marginación, ya sea ésta de tipo afectivo, de tipo educativo, de tipo higiénico, de tipo social, de tipo nutricional o de tipo cultural.
2. Es un niño que afronta como un simple objeto, sin posibilidad de elegir, el manipuleo técnico que se le determine y sufre las intervenciones parciales de quienes atienden sus necesidades vitales.

3. Es un niño susceptible a toda clase de riesgos, por exceso de cuidado o por carencia absoluta de protección, riesgos que pueden representar daños orgánicos, emocionales o intelectuales de los que le será muy difícil, si no imposible, recuperarse.
4. Es un niño que vive los violentos cambios sociales y ambientales, sin que haya plena conciencia de cuáles son los elementos que requiere para alcanzar su pleno desarrollo.
5. Es un niño ávido de protección y afecto, frente a los adultos, quienes, en el mejor de los casos, le ofrecen las condiciones materiales que están a su alcance, sin ahondar realmente en sus necesidades de desarrollo integral, de crecimiento físico y psíquico.
6. Es un niño que en muchos casos carece totalmente de afecto, de protección, de guía, de comunicación y que en poblaciones mayoritarias vive en condiciones deprimentes, a las que no llegan los servicios de salud, de saneamiento, de nutrición, de educación, y habita en hogares improvisados, en repetidas ocasiones a cargo de mujeres solas, con hermanos de diferentes padres, en un estado de sobrevivencia que no garantiza siquiera su alcance al más mínimo grado de crecimiento normal" ¹

¹Ibid, pp. 12-13.

Cuando contemplamos el desarrollo urbano de las ciudades, vemos como cada día hay menos lugares para que los niños jueguen al aire libre. Si observamos el diseño de las viviendas, nos damos cuenta del espacio tan reducido de que disponemos para que el niño se entretenga. Los niños que deambulan en las calles están expuestos al peligro inminente. Los programas de cine y televisión carecen de películas aptas para educar y estimular a los niños.

El niño va creciendo y desarrollándose sin que se ejerza un intento de ayuda positiva.

Muchos recordamos con nostalgia, aquel juego de canciones y rondas que nos enseñaron nuestros padres, en el patio grande y sombreado, en donde era posible jugar sin temor a los ruidos, a los castigos por haber quebrado algo dentro de la casa y sin estar expuesto a los peligros de los vehículos.

Sin duda hoy día, no disponemos de tiempo para enseñarle todo esto a nuestros hijos. Sin embargo, lo que sucede en realidad, es que no sabemos utilizar el tiempo que tenemos y éste se nos va muchas veces en nuestro propio entretenimiento.

Las técnicas de estimulación temprana que desarrollaremos más adelante demuestran que es posible aplicarla en los tiempos reales, disponibles, y que enriquecen con un intercambio de comunicaciones entre el niño y el adulto, alcanzan

do ambos múltiples satisfacciones de autorrealización.

3. Principios:

El Programa de Estimulación Precoz, se basa en ciertos principios los cuales guían las actividades a realizar. Los mismos han sido resumidos en los siguientes postulados:

- a. La educación temprana tiene un significado crucial, tanto en el niño normal como en el deficiente mental. Tanto, es así que para el logro de un buen desarrollo de habilidades, éste aprendizaje debe ser iniciado lo más pronto posible.
- b. Desde la aparición de los primeros signos de deficiencia en el niño, deben brindarse los consejos y ayudas necesarios.
- c. La estimulación precoz que se brinde al niño deficiente, no debe separarse de la ayuda y guía que precisan los padres.
- d. La estimulación precoz, será llevada a cabo en principio por la familia. Para ello los padres y en especial las madres requieren de consejos intensivos y agudos que les permitan efectuar sus tareas.
- e. Cuando se establecen las líneas de actuación de los padres frente al hijo deficiente, es cuando

las actitudes de la familia pueden ser dirigidas en forma adecuada, evitando así que ésta adopte una actitud de resignación, aislamiento, desesperanza o resentimiento.

- f. La educación temprana fomenta el desarrollo, en el hogar, de un clima, una actitud real y activa mente comprometida en la educación del niño.

4. Objetivo y Propósitos:

La estimulación temprana persigue alcanzar el máximo del desarrollo integral del niño, en donde éste logrará lo mejor de sus capacidades mentales, emocionales, sociales y físicas.

El programa tiene a su vez los siguientes propósitos:

- "1. Crear conciencia colectiva en torno a los problemas de los niños en la edad de 0 - 6 años.
2. Buscar enfoques innovadores, de bajo costo y de grandes beneficios, para esa población infantil que ha carecido hasta el momento, en su gran mayoría, de una atención sistemática que fomente su mejor desarrollo.
3. Fortalecer la unidad familiar, el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades frente a sus hijos.
4. Mejorar el nivel de vida de la familia, mediante su incorpora

ción social, para que se conviertan en agentes activos de una más adecuada formación de sus hijos.

Lograr que los niños se incorporen al sistema escolar con el desarrollo adecuado de las habilidades y destrezas que les permitan aprovechar, para su capacitación en el período escolar.

6. Detectar a tiempo cualquier déficit que tenga el niño y encauzarlo hacia un tratamiento especializado, con el fin, de habilitarlo en todo lo posible, de manera oportuna".¹

5 Técnicas:

Las técnicas de estimulación temprana surgen con fundamento en ciertos descubrimientos científicos y como una actividad que está encaminada a

"presentar un vehículo de acción, frente a la realidad de un niño aislado, desprotegido y formado dentro de la inercia de los hogares, la crisis familiar, los problemas ecológicos, urbanísticos, habitacionales, educativos, y frente al hecho de que los gobiernos carecen de recursos para ofre

¹Betzaida Ríos C y Xenia O. de Jiménez, "Participación de la Enfermera en la Estimulación Temprana del Niño en la Maternidad María Cantera de Remón, Hospital Santo Tomás. Mayo-1983". Tesis (Panamá, 1985), p: 5-16.

cer el apoyo necesario a programas dedicados a niños de estas edades".¹

Estas técnicas prácticas y útiles, presentan la modalidad de poder ser realizadas, desde cualquier ámbito. Sólo exigen un interés real por parte de quienes las vayan a ejecutar, de manera que el niño tenga las oportunidades de formación más adecuadas y alcance la plenitud de sus capacidades.

Su proyección hacia la comunidad es amplia, ya que va del que más sabe al que menos sabe, logrando de esta forma que todos participen solidariamente en el bienestar social.

En las instituciones dichas técnicas constituyen una labor de extensión, ya que atienden aspectos relacionados con la salud, la educación y el bienestar en general de los niños. De igual forma, las técnicas mantienen un respeto a la cultura familiar, ya que incorporan todo lo positivo de la tradición en la crianza de los niños, enfatizando los aspectos constructivos, para la introducción de nuevas modalidades que conlleven a un mejor desarrollo del niño. Exigen además, respeto a la individualidad del niño, un aprecio de sus capacidades, un manejo humano y una comunicación permanente y creciente.

¹Carmen Naranjo, Op. Cit , pp 10.

Su característica más importante es que requieren de la participación de todos los familiares del niño, quienes representan los principales personajes en la vida de éste. Constituyen además,

"una enseñanza personal, inolvidable, que va a favorecer a ese niño que espera afecto, apoyo y estímulo para ser un miembro útil de nuestra sociedad".¹

Pese a que el término de estimulación temprana es nuevo, la técnica es tan antigua como la humanidad; ya que se inicia desde el momento en que nació el primer niño e instintivamente su madre lo limpió, lo acarició, lo amamantó y le dio calor.

Al respecto, muchos investigadores, han postulado teorías del apego entre el binomio madre-niño. Entre las principales teorías del apego hay algunas muy conocidas, como la teoría del aprendizaje social, freudiana, del desarrollo cognoscitivo y existe la teoría etológica con un enfoque algo diferente, pero igualmente importante

A continuación una breve descripción de cada una de estas te

¹Ibid, pp. 11.

La teoría del aprendizaje social nos señala, como el niño desde temprana edad, aprende a reconocer a su madre como la fuente que le proporciona la satisfacción a sus necesidades. Esta teoría, explica también las diferencias de patrones de relaciones específicas de apego o de dependencia. Según éste punto de vista los niños no sólo aprenden a distinguir entre varias personas a quienes se deben apegar o ser dependientes, sino también la manera de provocar respuestas de atención por parte de la otra persona y distinguen fácilmente que comportamientos en él, son reforzados.

La teoría freudiana señala, que el niño viene al mundo equipado con varios instintos: los que tienen que ver con la propia conservación (la respiración, hambre y similares) y otro que tiene que ver con la gratificación sexual, la cual tiene lugar a través de su boca.

Su primer apego es para quien le proporciona placer en la boca

La teoría cognoscitiva afirma que:

"cualquier comportamiento de un niño es una función del nivel del desarrollo cognoscitivo que ha alcanzado. Una derivación ilustrativa de este principio aplicado al apego es el que dice: que un niño no puede desarrollar un apego específico hasta tanto, no haya discrimin

nado o reconocido a una persona es específica".¹

El enfoque etológico al estudio de la dependencia y del apego tiene profundas raíces en estudios de los animales en sus ambientes naturales. Tales estudios llegan a la conclusión de que el comportamiento en animales es instintivo y que los patrones de relaciones pueden serlo también. El rito del acoplamiento en muchas especies, por ejemplo, está constituido por secuencias instintivas complejas, cada acción de un miembro de la pareja provoca la siguiente acción del otro.

"John Bowlby, sugirió que podría existir el mismo tipo de patrón instintivo, recíproco en el temprano apego entre el bebé y la madre".²

A través del tiempo se han ido perdiendo ciertos instintos, por lo que se hace necesario renovar la técnica que se está olvidando y apoyarla con bases científicas que le brinden toda la importancia que se merece.

Dichas técnicas educativas y formativas,

¹Helen Bee, El Desarrollo del Niño (México: Editorial Tec-Cien, 1978), pp. 234.

²John Bowlby citado por Helen Bee, Op. Cit., pp. 231-232.

"Buscan una comunicación atenta, afectuosa, constante con el niño, desde que nace y a lo largo de su desarrollo. Procuran habilitar cada vez más las aptitudes perceptuales, mediante el contacto con colores, sonidos, olores, texturas, sabores y ejercicios. Tratan de que con paciencia y continuidad se desarrollen las condiciones motoras, las finas y las gruesas, que el niño se prepare para un avance gradual, por medio de masajes, balanceos, movimientos y juegos. Van introduciendo el conocimiento del mundo, que inicia el niño desde que nace, a través de una comunicación constante, que incluya imágenes, relaciones, canciones, números, cuentos, una sensación de seguridad y de afecto".¹

6. Factores a Considerar en la Estimulación del Niño de
0 a 2 Meses de Vida:

a El Proceso Enseñanza-Aprendizaje en el Binomio
Madre-Hijo.

Las experiencias del embarazo, parto y puerperio implican la necesidad de adquirir nuevos conocimientos por parte de los padres. Aún, aquellos que poseen ciertos conocimientos básicos sobre el tema, se ven motivados, durante la experiencia reproductiva a conocer un poco más sobre ese ser que se está formando en el vientre materno

¹Carmen Naranjo, Op. Cit., pp. 15

Al producirse el nacimiento muchos nuevos padres, experimentan una necesidad de aprender sobre sí mismos, su hijo, su nuevo rol y las nuevas relaciones que se han de establecer. En ocasiones, la madre se siente incapaz de enfrentarse fácilmente a todos estos nuevos acontecimientos. Sin embargo, a través de la actitud que ella demuestre, durante los primeros meses de vida de su niño, constituirá el barómetro preciso para él en sus funciones reguladoras; ya que

"gran parte de sus sentimientos, pensamientos y deseos, en definitiva toda su manera de vivir, está siendo registrada en el seno de las percepciones de su hijo y cuando en los primeros meses de su vida éste, se manifieste incómodo e intranquilo, debe pensar siempre primero en ella y observar su estado anímico".¹

Es por ello que la actitud del pensamiento materno, deberá ser positiva para así ayudar a que la del niño no sea negativa.

Uno de los puntos más importantes de éste aspecto, es la comprensión que los padres tengan del proceso de aprendizaje que se da en el niño, desde su nacimiento.

¹E. Que. Gimeno, M.L. Queralt Gimeno, y A. Yagüe Marinas, Educación Maternal. Teoría y Práctica (España: Ediciones Toray, S.A., 1985), pp. 122.

Según Mussen, Conger y Kagan

"Aprendizaje es aquel proceso por el cual la conducta, o la potencialidad de conducta, se modifica a consecuencia de la experiencia". Además... "representa el establecimiento de relaciones nuevas entre unidades que previamente no estaban asociadas. Pueden ser relaciones entre 1º estímulos y respuestas manifiestas; 2º estímulos y procesos internos; 3º procesos internos y respuestas manifiestas; o 4º una pareja o un número mayor de procesos internos". ¹

Para Munn, sin embargo,

"Puede decirse que se da aprendizaje siempre que la conducta sufre una modificación de carácter aditivo de naturaleza más o menos permanente como resultado de la actividad, de un adiestramiento especial o de la observación". ²

Autores como Sherrod, Vietze y Friedman lo consideran como,

"un cambio en la conducta que resulta de la experiencia, con excepción de los cambios debidos a la herencia, al crecimiento o a condiciones temporales, tales como los

¹Paul Henry Mussen, John Janeway Conger, y Jerome Kagan, Desarrollo de la Personalidad del Niño (México: Editorial Trillas, S.A., 1979), pp. 118.

²Munn citado por Robert I. Watson, Psicología Infantil (España: Aguilar S.A. de Ediciones, 1979), pp. 64.

efectos de las drogas o la fatiga".¹

Revisando las definiciones expuestas, los autores, coinciden en que el aprendizaje implica un cambio de conducta en el individuo como resultado de la experiencia. En el caso del niño y en particular del neonato, el término va íntimamente relacionado con el proceso de maduración, el cual, según Howells,

"es simplemente un desarrollo en el que las diferencias comúnmente observadas entre los individuos están correlacionadas con diferencias previas del organismo interno, más bien que del ambiente".²

Piaget considera que la maduración no puede ser aislada del aprendizaje; ya que ésta,

"es la tendencia fundamental del organismo a organizar la experiencia de manera que pueda ser asimilada; el aprendizaje es el medio de introducir nuevas experiencias en esa organización".³

¹Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Psicología del Desarrollo. "De la Infancia a la Adolescencia". 2ª ed. (Colombia: Editorial McGraw-Hill Latinoamericana, S.A., 1985), pp. 213.

²Howells citado por Robert I. Watson, Op. Cit., pp. 65.

³Jean Piaget citado por Robert I. Watson, Ibid.

Ambos términos pueden ser designados como manifestaciones del desarrollo, es decir, como modalidades en que éste se manifiesta, en donde,

"La maduración (naturaleza) entra en interacción con el aprendizaje (influencia del medio) para dar lugar al desarrollo". Dándose entonces la siguiente fórmula:
"Maduración x Aprendizaje = Desarrollo".¹

El proceso de desarrollo en los niños de corta edad, implica un cambio ordenado y secuencial. El mismo, ha sido causa de muchas polémicas entre investigadores de gran renombre. Es por ello, que se desarrollarán por separado las diferentes tendencias que hay al respecto junto con sus principales seguidores. (Ver Teorías de Desarrollo y su Aplicación en el Niño de 0 a 2 Meses, pág. 124)

Al nacer, el recién nacido trae consigo un conjunto de reflejos y una gran capacidad para aprender. El aprendizaje puede darse en diferentes clases como:

a.1 **Habitación:**

Por medio del proceso de acostumbrarse a un determinado estímulo sensorial, los investigadores han logrado demostrar que es posible cierto grado de aprendizaje en

¹Robert I. Watson, Ibid, pp. 66.

los neonatos. Tal es el caso del estudio realizado por Bronstein & Petrova en donde,

"se presentó una variedad de sonidos a cuarenta y tres bebés (33 de 2 horas a 8 días y 10 de 1 a 5 meses de edad) sonidos de órgano y armónica, de un pito y golpecitos con un lápiz. La primera vez que oían el sonido, generalmente dejaban de mamar y sólo volvían a empezar cuando se interrumpía. Sin embargo, una vez que el sonido se había repetido una y otra vez, ya perdía su novedad y no tenía ningún efecto sobre la actividad de mamar. Los bebés se habían habituado al estímulo. Pero un nuevo sonido hacía que los bebés le prestaran atención".¹

a.2 Imitación:

Investigaciones recientes han comprobado que en las primeras semanas de vida los bebés, pueden imitar gestos faciales y manuales.

Moore y Meltzoff.

"descubrieron que los bebés de 2 semanas pueden imitar a los adultos, sacando la lengua, proyectando los labios hacia afuera, abriendo la boca y moviendo los dedos".²

¹Bronstein & Petrova citados por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Op. Cit., pp. 213-214.

²Moore y Meltzoff citados por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Ibid, pp. 214.

a.3 Condicionamiento Clásico:

Este tipo de aprendizaje, será enfocado en las Teorías de Desarrollo y su Aplicación en el Niño de 0 a 2 Meses - Aprendizaje Social, pág. 144.

a.4 Condicionamiento Operante:

De igual forma el aprendizaje en el neonato, mediante el condicionamiento operante se desarrollará en las Teorías de Desarrollo y su Aplicación en el Niño de 0 a 2 Meses - Aprendizaje Social, pág. 144.

Por otra parte, la socialización constituye un medio por el cual se adquieren los modelos de conducta convencionales. Es considerada, entonces un proceso de aprendizaje, ya que el bebé aprende a través de los refuerzos que recibe, especialmente de su madre.

Bishop, nos indica que

"El niño aprende a reaccionar de ciertos modos a las varias formas de estimulación. La conducta de la madre suministra señales-estímulo que se generalizan a partir de las situaciones anteriores a las presentes, sirviendo así para provocar una respuesta similar"...
"A través de la respuesta de la madre a estos aspectos de estímulo que presenta la conducta del niño va éste aprendiendo también que

técnicas tienen más éxito para alcanzar una meta" ¹

El recién nacido, incapaz de satisfacer sus necesidades, depende enteramente de su madre o de la persona que cubra este papel. Y es a través de este contacto diario que se da entre la madre y su hijo, en donde se logra un mutuo aprendizaje y en donde se dan los inicios del desarrollo de la personalidad futura del niño. Tanto es así, que Escalona nos refiere que

"las características del niño influyen sobre las actitudes de la madre y éstas varían con los cambios del bebé" ²

En el supuesto de que esta enseñanza-aprendizaje no se da en forma adecuada, como es el caso de la privación sensorial, durante la infancia, puede entrañar como resultado una conducta intelectual adulta deficiente.

Hebb afirma que

"la necesidad de buscar estimulación sensorial es propia del ser humano y que, en ausencia de estimulación externa, al bebé se le hace imposible el aprendizaje por ensayo y error, durante sus primeros meses de

¹Bishop citado por Robert I. Watson, Op Cit , pp. 188.

²Escalona citado por Robert I. Watson, Ibid, pp. 197.

vida. A esta edad, si no hay estimulación externa, es relativamente escaso lo que se aprende".¹

Cabe señalar finalmente, que la opinión de éste investigador está en correspondencia con la estructura anatómica relativamente indiferenciada del cerebro a esa edad.

b. La Enfermera como Agente Promotor de Salud en el Campo Materno Infantil:

La madre durante el postparto atraviesa por un periodo de grandes necesidades de aprendizaje y el auxilio profesional en muchas ocasiones es el más difícil de obtener.

La permanencia de la madre en el hospital, después del parto es por lo regular de 2 a 5 días y los costos crecientes de los cuidados de la salud obligan al sistema, a dar de alta a la paciente, cuando se considera que se encuentra fuera de peligro.

Por este motivo, existe poco contacto con el sistema para el cuidado de la salud, ya que éste no se restablece sino hasta la visita postpartum a los 15 días después.

La enfermera puede ser el profesional de la salud más apropiado para asumir la responsabilidad de satisfacer las

¹Hebb citado por Robert I. Watson, Ibid, pp. 208.

necesidades educativas de los padres antes, y después del parto.

La enfermera tiene excelentes oportunidades para orientar a la madre, sobre los aspectos relacionados con el cuidado y la estimulación de su niño durante el embarazo y el período del postparto. Las observaciones de enfermería permiten formarse una idea de las madres y niños que necesitan ayuda complementaria en el hospital y en el hogar

En el hospital, la enfermera puede estimular la vinculación de la familia con el niño, durante el período de recuperación posterior al parto. Los padres de esta forma, podrán enfrentarse mejor con la situación, si previamente se les orienta acerca de lo que pueden esperar de su hijo

Así mismo, es conveniente informar a los padres, sobre los profesionales de Salud existentes en la comunidad que pueden orientarlos en el momento en que se les presente alguna duda del cuidado y manejo del bebé, facilitándose la continuidad de la asistencia

Los recién nacidos pueden responder a los estímulos que fomentarán su crecimiento y aprendizaje. Una responsabilidad primaria de las enfermeras es enseñar a los padres técnicas seguras y útiles para facilitar este crecimiento y desarrollo.

La enfermera necesita estar consciente de lo importante que es el papel de los padres, permitiendo su participación en todos los aspectos relacionados con el niño.

Debe asegurarse de que existan servicios de apoyo de enfermería y educativos para ayudar a los padres de la mejor forma posible.

La enfermera puede ayudar a las madres a identificar las diferentes manifestaciones de su niño, para responder a los estímulos del medio en que se desenvuelve.

Es importante recordar que el tratamiento que se le da a cada niño, debe ser individualizado, por lo que, las enfermeras, en su entusiasmo por los cuidados perinatales centrados en la familia, no deben crear un solo molde inflexible en el que traten de acomodar a todos y cada uno de los progenitores y neonatos.

La enfermera juega un papel importante en la captación temprana del niño, ya que durante la exploración física que le realiza, puede medir el desarrollo del niño mediante la aplicación de diversas escalas de valoración. (Ver pág. 153) De esta forma puede detectar precozmente cualquier trastorno psicomotor y darle, mediante una programación, el tratamiento apropiado.

La enfermera durante el puerperio podrá explicarle a

las madres, en un lenguaje sencillo, todos los aspectos relativos al cuidado y estimulación de las diferentes áreas sensorio-perceptuales en el niño. Deberá ganarse el respeto de los padres y familiares para poder lograr una adecuada interacción y promover las buenas relaciones entre ella y el grupo, lo que contribuirá a la realización de una labor satisfactoria y efectiva en bien de los niños. Deberá, además, utilizar todos los recursos físicos y humanos disponibles, intensificando la educación sobre estimulación temprana, para los padres y familiares de los niños. Esta orientación deberá ir enfocada hacia lo siguiente:

1. Demostración de las técnicas de aplicación de estimulación precoz, además de los estímulos que requiere el niño para su desarrollo
2. Motivación a la madre para que aplique las técnicas de estimulación precoz aprendidas en cada una de las actividades que le realice al niño diariamente, tales como baño, alimentación, cambio de ropa y pañales, etc.
3. Enfatizará en la importancia de utilizar los recursos de Salud existentes en su comunidad, para que el niño pueda gozar de un crecimiento y desarrollo apropiado
4. Guiará a los padres para que estos sean capaces de detectar cualquier alteración en el crecimiento y desa-

rrollo de su niño.

5. Orientación de otros miembros en el hogar para que participen activamente en el cuidado y estimulación del niño.

B. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 MESES.

1. Físico:

El progreso de un niño hacia la madurez es un aspecto muy importante y se necesita conocer la forma en que éste está madurando físicamente, para comprender su desarrollo, apreciar su conducta y necesidades. De esta manera la madre, o quien le prodigue sus cuidados, podrá estimularlo apropiadamente dependiendo de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre el niño.

A continuación se detallarán las características más relevantes en el crecimiento y desarrollo físico del niño de 0 a 2 meses de edad.

a. Crecimiento Corporal:

Al nacer la cabeza comprende una cuarta parte del largo total del cuerpo, por lo que, el perímetro cefálico es algo mayor que el torácico, la cara es redonda y la mandíbula algo pequeña. En esta etapa el crecimiento es rápido.

La talla media en el momento del nacimiento es de 50 cms.

El perímetro cefálico es de 34 a 35 cms aproximadamente al nacer y no es raro observar separación de los huesos craneales.

b. **Peso Corporal:**

El peso al nacer varía considerablemente entre 2.5 y 4.3 Kg. Por regla general los niños suelen pesar un poco más que las niñas. Durante los primeros días el neonato presenta cierta pérdida ponderal del peso al nacer (aproximadamente el 10 %). Se considera que es debido a la pérdida inicial de meconio, orina y al inadecuado aporte lácteo del pecho materno en este momento. Posteriormente, el peso al nacer es recuperado al cabo de 10 días y si el niño es saludable seguirá un incremento continuo de aproximadamente 750 a 900 g, durante los primeros 3 meses de vida.

c. **Sistema Esquelético:**

La mayoría de los huesos se desarrollan a partir de un modelo cartilaginoso y desde la vida embrionaria se inicia la sustitución del cartílago por hueso. El desarrollo de los huesos empieza con la aparición de los centros de osificación a mediados de la sexta semana, después de la fecundación y se prosigue durante todos los años de crecimiento.

El tórax al nacer es redondeado, los hombros están elevados y el cuello es corto. La columna vertebral es flexible y cartilaginosa, mostrando solamente las concavidades an

teriores de las regiones torácica y sacra. Hacia los 3 meses, cuando el niño levanta la cabeza, aparece la convexidad anterior de la región cervical.

La cavidad pélvica en el niño es menor proporcionalmente, manteniendo una posición horizontal.

Los brazos son cortos, la clavícula es el primer hueso que se osifica, sus piernas son cortas y arqueadas.

El crecimiento de los huesos progresa gradualmente y/o según etapas.

El cráneo suele ser delgado e incompleto, presenta suturas y fontanelas, las cuales están distribuidas en diversas partes del cráneo.

d. Sistema Muscular:

El crecimiento y maduración de éste sistema prosigue durante todo el período del desarrollo. Al nacer los músculos representan de una quinta a una cuarta parte del peso del cuerpo.

El aumento de la musculatura en la infancia es aproximadamente igual al aumento de todos los órganos, sistemas, aparatos y tejidos.

e. Sistema Nervioso:

El sistema nervioso central empieza a desarrollarse aproximadamente a las dos semanas y media fetales.

Ya al momento del nacimiento, la mayoría de las células nerviosas se han formado y la cantidad de líquido cefalorraquídeo se ha estimado entre 30 y 60cc.

En el recién nacido la transición del sueño a la vigilia no aparece claramente marcada y la actividad eléctrica diferencial entre las diversas regiones del cerebro es menor que posteriormente.

El neonato duerme durante aproximadamente 12-20 hrs diarias. Se despierta por molestias internas, hambre o dolor. Además, atraviesa por ciclos de vigilia, sueño y diferentes grados de actividad, los cuales son denominados "ESTADOS", entendiéndose por los mismos al

"Conjunto de características que por lo regular están simultáneamente presentes: actividad corporal, movimientos oculares, movimientos faciales, tipo de respiración y grado de respuesta a los estímulos externos (v.g. la manipulación) e internos (v.g. el hambre)".¹

Ambos estados (sueño y vigilia), son descritos con sus características más sobresalientes en el Cuadro Nº 1.

¹Kathryn E. Barnard, y otros, Las Primeras Relaciones entre los Padres y el Niño (Washington: OPS-OMS, 1982), pp. 19.

CUADRO Nº 1

LOS ESTADOS DEL NEONATO (ESTADOS DE SUEÑO Y DE VIGILIA)

ESTADOS DE SUEÑO	CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO				IMPLICACIONES PARA LOS QUE ATIENDEN AL NIÑO	
	ACTIVIDAD CORPORAL	MOVIMIENTOS OCULARES	MOVIMIENTOS FACIALES	TIPO DE RESPIRACION		
No fun-	Casi nula, salvo algunas sacudidas o movimientos de sobresalto.	Ninguno.	Ninguno, excepto algunas ocasiones de succión a intervalos regulares.	Tranquila y regular.	El umbral de los estímulos es muy alto; sólo los muy intensos y molestos despertarán al neonato.	Las personas que traten de alimentar al neonato en estado de sueño profundo probablemente se sentirán muy frustradas. El niño no responderá, aún cuando se utilicen estímulos molestos (golpecitos en los pies), ni se despertará, o en todo caso sólo por breves momentos y volverá al sueño profundo. Si se espera a que el niño pase a un estado más reactivo, la experiencia de alimentarlo será mucho más grata.

Continuación del Cuadro N° 1.

ESTADOS DE NIÑO	CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO				GRADO DE RESPUESTA	IMPLICACIONES PARA LOS QUE ATIENDEN AL NIÑO
	ACTIVIDAD CORPORAL	MOVIMIENTOS OCULARES	MOVIMIENTOS FACIALES	TIPO DE RESPIRACION		
Estado de sueño ligero	Algunos movimientos del cuerpo.	Movimientos rápidos, aleteo de los ojos de bajo de los párpados cerrados.	Posiblemente sonrisas, quejidos y llantos breves.	Irregular.	Respuesta más intensa a los estímulos internos y externos. En presencia de estímulos, el neonato puede de continuar en el sueño ligero, volver a un estado de sueño profundo o despertarse con somnolencia.	Corresponde al sueño ligero la mayor proporción del tiempo que el niño pasa durmiendo y, por lo común, precede al estado de vigilia. Puesto que durante el sueño ligero el niño emite quejidos o llantos breves, las personas que lo atienden, si ignoran que estos sonidos normalmente acompañan al sueño ligero, tal vez traten de alimentar al neonato antes de que esté en condiciones.

Continuación del Cuadro N° 1.

ESTADOS DE SUENO	CARACTERISTICAS DEL ESTADO				IMPLICACIONES PARA LOS QUE ATIENDEN AL NIÑO	
	ACTIVIDAD CORPORAL	MOVIMIENTOS OCULARES	MOVIMIENTOS FACIALES	TIPO DE RESPIRACION		
no- cia	Niveles de actividad variable, con movimientos moderados de sobresalto de vez en cuando. Por lo común los movimientos son suaves.	Parpadeo ocasional, o casi cesados, de aspecto vidrioso y lánguido.	Puede observarse algún movimiento facial. A menudo ninguno, y el rostro permanece inmóvil.	Irregular.	Los neonatos reaccionan a los estímulos sensoriales, aunque con retardo. Con frecuencia se observa un cambio de estado después de la estimulación.	El niño puede pasar del estado de somnolencia al sueño o a una vigilia más activa. Para espabilar al niño se le puede ofrecer algo que pueda ver, oír o tocar y, de esta manera, pasar a un estado de alerta tranquilo. Si el niño se queda solo, sin estímulos, posiblemente volverá al estado de sueño.

Continuación del Cuadro Nº 1.

ESTADOS DE SILIA	CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO				GRADO DE RESPUESTA	IMPLICACIONES PARA LOS QUE ATIENDEN AL NIÑO
	ACTIVIDAD CORPORAL	MOVIMIENTOS OCULARES	MOVIMIENTOS FACIALES	TIPO DE RESPIRACION		
Activa Alma	Mínima.	Ojos brillantes y agrandados.	Aspecto animado y vivo.	Regular.	El niño presta atención al medio que lo rodea, principalmente a cualquier estímulo presente.	La experiencia de las personas que atienden al niño es agradable y fructífera. Si se le ofrece algo que pueda ver, oír o chupar, éste estado con frecuencia se prolonga. En las primeras horas de vida, la mayoría de los neonatos suelen experimentar un período de alerta intenso, antes de caer en un sueño profundo y prolongado.

Continuación del Cuadro Nº 1.

ESTADOS DE GILIA	CARACTERISTICAS DEL ESTADO				IMPLICACIONES PARA LOS QUE ATIENDEN AL NIÑO
	ACTIVIDAD CORPORAL	MOVIMIENTOS OCULARES	MOVIMIENTOS FACIALES	TIPO DE RESPIRACION	
Irta y Considera- ble, con po sibles pe- ríodos de a gitación.	Ojos abier- tos, con me nos brillo.	Abundante movimiento facial. La expresión del rostro es menos ra diante que en el esta- do de aler- ta y calma.	Irregular.	Intensifica ción de la sensibili- dad a estí- mulos moles- tos (hambre, fatiga, rui- dos, manipu- lación exce- siva).	La intervención de la perso- na que cuida al niño le per- mite consolarlo y pasarlo a un estado inferior.

Continuación del Cuadro Nº 1.

ESTADOS DE GILIA	CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO				GRADO DE RESPUESTA	IMPLICACIONES PARA LOS QUE ATIENDEN AL NIÑO
	ACTIVIDAD CORPORAL	MOVIMIENTOS OCULARES	MOVIMIENTOS FACIALES	TIPO DE RESPIRACION		
llanto	Mayor actividad motora con cambios de color.	Los ojos pueden estar muy cerrados o abiertos.	Muecas.	Más irregular.	Una reacción extrema a los estímulos externos e internos desagradables.	El llanto es una señal de comunicación del niño, una reacción a estímulos desagradables ambientales o internos (fatiga, hambre o incomodidad). Al llorar, el niño advierte que ha llegado al límite. Puede consolarse por sí solo y volver a estados inferiores o necesitar la ayuda de otra persona.

NOTA: Kathryn E. Barnard, y otros, Las Primeras Relaciones entre los Padres y el Niño (Washington: OPS-OMS, 1982), pp. 19.

Los diferentes estados del recién nacido ayudan a comprender, cómo es su comportamiento. Vemos entonces, que

"En cada estado, el neonato reacciona de una manera singular y predecible, no caótica sino de acuerdo a una norma. El niño se sirve de sus estados para controlar la cantidad y la clase de aportes que recibe del medio en que se desenvuelve".¹

De esta forma, los estados ofrecen un mecanismo para poder observar y comprender su interacción con las personas que los cuidan.

En cuanto al comportamiento reflejo los seres humanos tenemos un arsenal de reflejos, muchos de los cuales están presentes aún antes de nacer.

El feto exhibe movimientos reflejos de índole muy ruda a las 8-9 semanas de existencia. Dichos movimientos consisten en flexión del tronco, retracción de la cabeza y retracción o movimiento hacia atrás de los brazos. A las 14-16 semanas, el feto es bastante activo y muestra movimientos elementales en forma de excursiones breves de las extremidades, del tronco y cuello. Se presentan movimientos de los labios y de la lengua, así como esfuerzos por tragar.

¹Ibid, pp. 18.

Uno de los modelos reflejos más tempranos en cristalizar, es el de la succión. Ya en el cuarto mes de desarrollo fetal, los labios que se habían movido durante varias semanas, comienzan a adelantarse en preparación del importantísimo reflejo de succión.

Después del parto, la actividad y las posiciones adoptadas por el niño constituyen parte importante de la exploración neurológica. Además de estas observaciones, deben considerarse la aparición y desaparición de importantes reflejos o respuestas a estímulos específicos.

Algunos reflejos, como el parpadeo, nos ayudan a sobrevivir. Se desconoce en la actualidad el valor funcional de otros, sin embargo, su presencia o ausencia es una guía para evaluar el desarrollo neurológico, puesto que el estudio de los individuos normales revela un horario definido para el desarrollo y desaparición de muchos reflejos.

La aparición de reflejos primitivos refleja el control subcortical del sistema nervioso del bebé, porque la maduración de la corteza cerebral inhibe su expresión. Es importante señalar que los reflejos que cumplen una función protectora no se eliminan (pupilares, parpadeo, bostezo, tos, náusea y el estornudo).

A continuación presentamos un cuadro diseñado por las autoras del estudio, el cual contiene las diversas conductas

reflejas observadas en el niño de 0 a 2 meses de edad. Para la confección del mismo, se revisó en forma exhaustiva gran parte de la bibliografía existente relacionada con el tema. (Ver Anexo N° 1, pág. 353)

CUADRO N° 2

CONDUCTAS REFLEJAS EN EL NIÑO DE 0 A 2 MESES

NOMBRE DEL REFLEJO	ESTIMULO	CONDUCTA	EDAD EN QUE DESAPARECE
REFLEJOS DE POSICION Y MOVIMIENTO:			
Reflejo de Moro	Cambio repentino de su posición o sacudidas. Golpe súbito y sonoro alrededor de su cuna.	Se sobresalta, sus músculos se ponen en tensión y abre los brazos con los dedos separados en forma de abanico y luego los cierra en señal de abrazo. Es una respuesta ante un trastorno de su equilibrio. La reacción se acompaña a menudo de llanto u otra manifestación de molestia.	Entre 6-8 semanas.
Reflejo tónico cervical del cuello	Se fuerza la cabeza a girar a un lado, mientras el niño está en decúbito supino.	El brazo y un poco menos la pierna, del lado hacia el cual se gira la cabeza, se extenderán, el brazo y la pierna opuestos se flexionarán, adoptando	5-6 meses (es parcial hasta 2 a 4 años).

Continuación del Cuadro N° 2.

NOMBRE DEL REFLEJO	ESTIMULO	CONDUCTA	EDAD EN QUE DESAPARECE
	Al estar dormi <u>do</u> sobre su dorso.	una posición de "esgri <u>ma</u> ".	
Reflejo de incurvación del tronco	Rascado repeti <u>do</u> de la piel del dorso entre la caja to <u>r</u> ráxica y la cresta ileaca.	El bebé se encorva hacia el lado estimulado.	Final del 2º mes (aparece o <u>casionalmente</u> mucho más tarde).
Reflejo de prensión	Colocarle un objeto entre las manos, de preferencia ci <u>l</u> índrico. Colocarle un de <u>do</u> sobre la palma de la ma <u>no</u> .	Fuerte prensión, a veces de tal intensidad, que incluso puede colgarse brevemente el cuerpo de una vara o borde de la mesa.	3-4 meses.
Reflejo de Babinski	Se le toca la planta del pie con un objeto.	Se abren los dedos en forma de abanico, el pie dobla hacia adentro.	Variable*
Reflejo de marcha	Se coloca verticalmente al recién nacido y se le colocan las plantas de los	Las piernas quedan firme <u>mente</u> extendidas y si se le impulsa ligeramente hacia adelante, hará el movimiento de marcha con buena coordinación y rit <u>o</u>	Después de la 6ª semana.

Continuación del Cuadro Nº 2.

NOMBRE DEL REFLEJO	ESTIMULO	CONDUCTA	EDAD EN QUE DESAPARECE
	pies sobre un plano.	mo y con una posición <u>re</u> lativamente buena de los pies.	
Reflejo patelar	Percusión en la rodilla con el martillo de reflejos debajo de la rótula.	Sacudida de la rodilla. Suele ser brusco en el <u>re</u> cién nacido.	Perdura toda la vida.
Reflejo de nadar	Se coloca al recién nacido boca abajo en el agua.	Realiza movimientos de <u>na</u> tación bien coordinados.	6º mes.
Reflejo de colocar	Se coloca el dorso del pie contra el <u>bor</u> de de una superficie plana.	Retira el pie inmediatamente.	Primer mes.
REFLEJOS DE SONIDOS:			
Respuesta de parpadeo	Exposición a la luz fuerte natural o artificial a un ruido fuerte y repentino o	Abre y cierra fuertemente los párpados. Se puede producir una respuesta <u>ge</u> neralizada de sobresalto.	Perdura toda la vida.

Continuación del Cuadro Nº 2.

NOMBRE DEL REFLEJO	ESTIMULO	CONDUCTA	EDAD EN QUE DESAPARECE
	estimulación de las pestañas.		
Respuesta de voltear la cabeza (rotación)	Al estar colocado en posiciones supina y prona. Al colocarle un objeto tibio sobre la mejilla.	Libera su nariz de cualquier objeto que impida la adecuada entrada de aire. Vuelve la cabeza hacia el lado estimulado.	
REFLEJOS DE VISION:			
Nistagmo posrotación	Se coloca un objeto de izquierda a derecha y luego de arriba hacia abajo en forma rápida.	Sacudidas horizontales, rápidas y precisas, de un globo ocular, o de los dos. Al recién nacido le resulta difícil fijar su atención en objetos que pasan rápidamente por su campo visual.	Tercer mes.
REFLEJOS DE ALIMENTACION:			
Reflejo de búsqueda:	Se le toca ligeramente la mejilla y el área peribucal con el dedo o	El niño vuelve la cabeza en dicha dirección y adelanta los labios en preparación de la succión.	Despierto: 3-4 meses. Dormido: 7-8 meses.

Continuación del Cuadro Nº 2.

NOMBRE DEL REFLEJO	ESTIMULO	CONDUCTA	EDAD EN QUE DESAPARECE
Reflejo de succión	Cuando se le introduce un dedo entre los labios sólo o con miel; el pezón de la madre o chupete.	El recién nacido presiona firmemente con los labios iniciando la succión.	9-12 meses.
Respuesta de deglución	Durante la alimentación.	El recién nacido es capaz de tragar bien su alimento.	Perdura toda la vida.
Reflejo de náusea	Cuando se le introducen a la faringe, alimentos muy grandes o irritantes para pasar por el esófago y estómago.	Es un mecanismo de defensa que impide el paso de alimentos muy grandes, en mucha proporción o irritantes por el conducto digestivo alto.	Perdura toda la vida.
Reflejo de vómito	Alimentación excesiva o retención de sustancias indigeribles.	Vomita como un reflejo protector.	Perdura toda la vida.

Continuación del Cuadro N° 2.

NOMBRE DEL REFLEJO	ESTIMULO	CONDUCTA	EDAD EN QUE DESAPARECE
OTROS REFLEJOS:			
Reflejo facial (signo de Chvostek's)	Durante la percusión del área situada por delante del meato auditivo.	Contracción unilateral de los músculos faciales a nivel de la boca, nariz y ojos.	6º mes.
Estornudo	Irritación de la mucosa nasal. Exposición a luz intensa.	Elimina los irritantes de la mucosa nasal mediante el estornudo.	Perdura toda la vida.
Tos	Manipulación de la región faríngea (reflejo faríngeo).	Toce fuertemente para eliminar los irritantes de las vías respiratorias.	Perdura toda la vida.
Bostezo	Sucede automáticamente cuando el grado de intercambio respiratorio no es el adecuado para llenar sus necesidades.	Abre la boca lentamente durante una inspiración que prolonga varios segundos. En ocasiones sucede en forma repetitiva.	Perdura toda la vida.

Continuación del Cuadro Nº 2.

NOMBRE DEL REFLEJO	ESTIMULO	CONDUCTA	EDAD EN QUE DESAPARECE
Llanto	Manipulación excesiva. Incomodidad (calor, frío, sueño, hambre). Estímulos ambientales molestos. Escucha a otro bebé llorar.	Llanto agudo y flexión o extensión en masa de las extremidades por la falta de control en sus movimientos. Atrae la atención de quienes le rodean, sobre alguna situación que le molesta y no puede corregir solo.	Perdura toda la vida.

* Generalmente no tiene importancia diagnóstica hasta después de los 2 años

f. Habilidades Sensoriales:

Desde hace 40 ó 50 años atrás muchos psicólogos tenían la creencia de que el neonato al nacer no era capaz de oír y muchos pensaban que, además no veían o al menos veían muy poco.

El recién nacido era considerado un ser pasivo. Inclusive, muchas escuelas de medicina, aún mantienen y enseñan que el neonato tiene habilidades limitadas de percepción, como si sólo funcionara media parte de su cerebro. Esta idea errada, ha afectado el brindar una atención de maternidad a todo nivel.

En lugar de considerar al niño como una "bolita de masa", esperando que los padres la formen, pensemos en el niño como un ser activo, quien organiza estímulos positivos y experiencias, incluso antes de nacer.

"Se ha demostrado que un bebé no sólo cambia sus respuestas fisiológicas reflejas, después de la estimulación sensorial, sino que aprende a cambiar su comportamiento si se siente recompensado por el proceso de estimulación. Por ejemplo: los bebés recién nacidos aprenden como desplazar un objeto móvil con los dedos de sus pies cuando son estimulados agradablemente por la vista y el sonido. De esto se infiere que los bebés pueden aprender más de lo que pensamos, si se les enseña mediante técnicas que estimulen el sistema nervioso".¹

f.1 Visión:

La función visual es imperfecta al nacer, ya que necesita de la maduración de los centros nerviosos que intervienen en el mecanismo visual.

Existen muchas creencias populares de que el recién nacido posee una pobre visión y que sus ojos se mueven sin sentido de una manera incoordinada, además de que no enfoca bien, no se entusiasma en mirar los objetos por mucho tiempo y que cuando comienza a mirar a su alrededor, prefiere aque-

¹Eloísa G. de Lorenzo, Op. Cit., pp. 6.

llas tonalidades brillantes. Estas creencias son falacias y deben ser eliminadas.

En un estudio realizado por la enfermera Susan M. Ludington-Hoe, Directora y Fundadora de la Asociación de Educación para la Estimulación del Infante en los Angeles, California, acerca de ¿Qué es en verdad lo que un recién nacido puede ver?,

"determinó aquellas características de la visión que ayudan a reconocer cuánto puede ser capaz de ver el recién nacido".¹

A continuación presentamos en forma esquematizada éstas características:

¹Susan M. Ludington-Hoe, "¿What Can Newborns Really See?", American Journal of Nursing, Vol. 83 Nº 9 (September, 1983), pp. 1,288.

CUADRO N° 3

CARACTERISTICAS DE LA VISION DEL RECIEN NACIDO

CARACTERISTICA	DEFINICION	GRADO DE DESARROLLO EN EL INFANTE
AGUDEZA	Claridad de la <u>vi-</u> <u>sión</u> en una <u>distan-</u> <u>cia</u> específica.	El infante puede definir claramente los bordes de tiras de 1/8 a 1/16 de ancho a 9" y 12" respectivamente.
FIJACION	Habilidad para di- rigir los ojos al mismo punto en el espacio por una cantidad de tiempo específico.	Los recién nacidos tienen fijación binocular y convergencia, pueden <u>fi-</u> <u>jar</u> de 4 a 10 segundos y refijar a cada 1 a 1.5 segundos.
DISCRIMINA- CION	Preferencia demos- trada por un tama- ño, forma, color o patrón en particu- lar.	Pueden discriminar entre figuras grandes y pequeñas de la misma co- sa, y entre colores de intensidad mediana, alta o baja.
CONJUGACION	Habilidad de los ojos para moverse juntos.	La conjugación del adulto y el re- cién nacido difieren solamente en cuan seguido la refijación es re- querida y cuan largo deben los o- jos moverse antes de la refijación de objetos en el centro de la reti- na.
ESCUDRINAR	Habilidad para <u>mo-</u> <u>verse</u> en el campo visual y enfocar	Los recién nacidos buscan o <u>escudri-</u> <u>ñan</u> el campo visual, quedándose en el elemento más deseable para el <u>es-</u>

Continuación del Cuadro N° 3

CARACTERISTICA	DEFINICION	GRADO DE DESARROLLO EN EL INFANTE
	a la imagen más satisfactoria	tímulo. Ellos prefieren áreas de gran contraste claro-oscuro.
ACOMODACION	Ajuste de los ojos para las distancias.	Antes de un mes de edad, los infantes no pueden ajustarse a cambios de distancia focal. La distancia focal medial de los recién nacidos es aproximadamente de 8 pulgadas. A los cuatro meses la habilidad para ajustar esta a nivel de adulto.

FUENTE. Susan M. Ludington-Hoe, "¿What Can Newborns Really See?", American Journal of Nursing, Vol. 83 N° 9 (September, 1983), pp. 1,288.

Al nacer, la agudeza visual es más débil que en cualquier otra etapa de la vida, mejora sólo gradualmente a los límites de 20/20 a la edad de ingresar al jardín de niños.

El sentido luminoso es una de las funciones visuales más primitivas, su mecanismo depende de los bastones y de la púrpura visual. La porción de la retina que posee mayor número de bastones está totalmente desarrollada hacia el séptimo mes fetal.

La percepción del color es función de los conos, los cuales se encuentran concentrados principalmente en la médula

la lútea.

Según, estudios realizados por Gesell, Illg y Bullis,

"el desarrollo de la percepción visual en el niño se inicia con la coordinación ojo-mano. La cual puede ser tomada como un intento de adaptación al medio ambiente".¹

A los pocos días de nacido el niño abrirá sus ojos sin coordinación entre sí, los moverá y detendrá aunque en forma burda e inmadura. Esta falta de coordinación no impide que sus ojos sean sensibles a sensaciones luminosas durante estos primeros días.

Si bien, el recién nacido probablemente es incapaz de apreciar los detalles de un objeto, se ha demostrado que puede distinguir los contrastes negros y blancos, aunque no se sabe como capta cognoscitivamente esta información.

Al parecer la habilidad de mover los ojos en una misma dirección y la reacción de la pupila a los diferentes grados de luz están presentes en el niño al nacer, mejorándose en los días subsiguientes. Sin embargo, la capacidad para distinguir los colores es más difícil de establecerse en el re-

¹Gesell, Illg y Bullis citados por Heriberto Trejos Pérez, "Estudio Comparativo del Desarrollo de la Percepción Visual entre un Grupo de Niños de Nacimiento a Término y un Grupo de Niños de Nacimiento Prematuro". Tesis (Panamá, 1975), pp. 6.

cién nacido incluso en las primeras semanas de vida.

Hacia la primera quincena de vida, podrá trasladar la mirada de una mancha luminosa a otra.

A las tres semanas el niño sigue con los ojos un objeto o una cara que se desplaza lentamente dentro de su campo visual, bastante cerca de sus ojos.

Terminado el primer mes, el niño es capaz de fijar su mirada en un objeto. Se inicia así el "proceso de formación de formas", ocurriendo para ello una serie de cambios en la estructura anátomo-funcional.

De igual forma, Tronick opina que

"la visión periférica que es muy es
casa al momento de nacer, va aumen
tando en más de un 100 % entre la
segunda y la décima semana de edad". ¹

A partir de la sexta semana, los movimientos laterales de la cabeza le permiten al niño agrandar su campo visual.

Emilio Mira y López en su libro: "La Psicología Evolutiva del Niño y el Adolescente", afirma que,

¹Tronick citado por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Op. Cit., pp. 155.

"Iniciado el segundo mes el niño percibe imágenes visuales que le producen impresiones de contacto, las cuales provienen del contacto de sus manos con los objetos circundantes, al mismo tiempo percibirá otras imágenes que no son producidas por impresiones de contacto. Entra en juego la formación de unidades conceptuales definidas mediante la coordinación óculo-manual".¹

Es decir, los movimientos de prensión manual de los objetos deberán conjugarse con aquellos movimientos oculares responsables de la captación de las imágenes visuales que van a ser analizadas en el campo óptico. Aunque las primeras impresiones arriba mencionadas son producto del contacto de sus manos y su medio exterior, el niño a esta edad no percibe sus manos como parte de su cuerpo, debido a que pasan mucho tiempo fuera de su campo visual. Por lo tanto, no encontrará identidad entre las impresiones de contacto y las formas que se presentan ante sus ojos.

"El bebé puede ser fácilmente abrumado por una estimulación excesiva. Sin embargo, está equipado de tal modo, que ocupa un lugar en la naturaleza junto con su madre, la cual tiende a establecer un equilibrio entre asegurarle una protección contra estímulos excesivos y al mismo tiempo exponerle a la estimulación suficiente con respecto al mundo vi

¹Emilio Mira y López citado por Heriberto Trejos Pérez, Op. Cit., pp. 7-8.

sual. Una de las primeras señales que aseguran tal equilibrio, es el hecho de que el niño no puede enfocar bien, sino los objetos que se hallan a unos 20 cms de distancia".¹

Se deduce que cuando el recién nacido está en su posición normal al mamar el pecho o al tomar el biberón, sus ojos se hallan casi siempre a 20 cms de distancia de los de su madre (si ésta se halla con la cara vuelta hacia él).

Algunas teorías antiguas afirmaban que el primero y más importante objeto que el recién nacido ve es el pecho. Esto no es, desde luego exacto, ya que durante el acto de mamar el pecho está demasiado próximo, como para ser enfocado por la vista. Así, pues, la disposición anatómica, la posición normal y la capacidad visual que se establece, indican que el rostro de la madre es el punto focal e inicial de importancia, la temprana construcción del mundo visual del niño, así como un punto de partida para la formación de su primera relación interhumana.

"En la primera semana de vida, el niño es generalmente, capaz de fijar la mirada en una luz o un objeto brillante y al cumplir el mes de edad será capaz de seguirlos con los ojos unos cuantos grados a partir de la línea de mirada. Al final

¹Daniel Stern, La Primera Relación Madre-Hijo. 2ª ed. (España: Ediciones Morata, S.A., 1981), pp. 63.

del segundo mes podrá seguirlos a lo largo de un ángulo de 180° .¹

f.2 Audición:

Wilhelm Preyer escribió "The Mind of the Child" (La Mente del Niño) en 1881 y estaba convencido de que los niños pequeños eran sordos. En la actualidad tenemos mejores conocimientos. Cuando se les presentan sonidos de diferente intensidad, el ritmo cardíaco y los movimientos corporales del neonato aumentan, a medida que aumenta la intensidad.

Lipton, Steinschneider & Richmond en 1963,

"tomaron a un grupo de recién nacidos a los que se le presentaron sonidos de alta intensidad de 100 decibeles y sonidos de intensidad menor, de 85, 70 y 55 decibeles. Mientras mayor fuera la intensidad del sonido, mayor era el aumento en el ritmo cardíaco, los movimientos de los bebés e incluso sobresaltos y llantos".²

Por otro lado, los sonidos suaves o modulados producen en el neonato calma y relajación.

¹Waldo E. Nelson, Víctor C. Vaughan, y R. James McKay, Tratado de Pediatría. 7ª ed. (México: Salvat Mexicana de Ediciones, S.A., Tomo I, 1980), pp. 23.

²Lipton, Steinschneider & Richmond citados por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Op. Cit., pp. 158.

Según, Gibson el sistema auditivo posee tres funciones básicas:

- "1. Aporta el aparato sensorial que es esencial para percibir el sonido.
2. Proporciona información acerca de la naturaleza de la fuente de sonido.
3. Proporciona información acerca de la dirección de la fuente del sonido".¹

El recién nacido puede oír, sin embargo, percibirá mejor aquellos sonidos moderadamente intensos. El líquido residual del saco amniótico bloquea temporalmente la vibración normal de los huesecillos del oído medio. Además, estos huesecillos no funcionan por completo al nacer, debido a la presencia de tejidos de conexión que restringen su movimiento. No obstante, al cabo de unos meses, los osículos logran funcionar por completo.

Por investigaciones recientes se sabe con certeza que el recién nacido, a menos que tenga un defecto físico en su sistema auditivo, es capaz de oír toda una gama de sonidos.

¹Gibson citado por Hiram E. Fitzgerald, Ellen A. Strommen, y John Paul McKinney, Psicología del Desarrollo. El Lactante y el Preescolar (México: Editorial El Manual Moderno, S.A., 1984), pp. 130.

Existen algunas indicaciones que confirman que los recién nacidos son particularmente sensibles a aquellos sonidos que fluctúan dentro de las tonalidades de las voces humanas, su respuesta es menor a los sonidos muy altos o muy bajos, que a los tonos medios. Por otro lado, los bebés tienen preferencia sobre los sonidos rítmicos, los cuales parecen tener un efecto tranquilizante del mismo. Ejemplo: el tic-tac del reloj, el rechinar de la mecedora, música de cuna.

Investigadores han sugerido que:

"Debido al hecho de que el bebé a pasado nueve meses oyendo el sonido rítmico del corazón de la madre, cualquier sonido con las mismas cualidades rítmicas le recordaría el ambiente tranquilo de su vida uterina".¹

En fase temprana de la vida es capaz de hacer asociaciones entre las percepciones visuales y auditivas. Manifiesta interés por la cara, voz y toque de su madre, interés que aparece en una fase muy temprana de las relaciones materno-infantiles.

¹Helen Bee, Op. Cit., pp. 63.

f.3 Olfato:

El olfato es considerado un proceso sensorial muy primitivo, es decir, uno de los sistemas sensoriales más antiguos filogenéticamente hablando. (Siendo el oído y la vista los sistemas sensoriales más recientes). Es además, la capacidad sensorial más desarrollada en el recién nacido y posiblemente la última función sensorial en deteriorarse con la edad.

Los recién nacidos reaccionan con frecuencia a los olores fuertes y desagradables. Por eso sabemos, que son capaces de oler. Sin embargo, se desconoce que tan sutil es su olfato.

Lipsitt, Engen & Kaye, en 1963, enfocaron el problema del olfato, realizando una serie de estudios con recién nacidos y llegaron a la siguiente conclusión:

"Los recién nacidos también pueden distinguir diferentes olores. Por ejemplo: entre un olor a cebolla y un olor a anís. El ritmo respiratorio y sus movimientos corporales, aumentaban cuando se enfrentaban a la solución de cebolla que cuando se les presentaba una solución inodora".¹

¹Lipsitt, Engen & Kaye citados por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Op. Cit., pp. 159.

Rieser, Yonas & Wikner, en 1976 seleccionaron niños con 16 horas de nacidos y cinco días.

"Les presentaron pequeñas cantidades de cloruro de amonio y notaron que los bebés se volteaban hacia el sitio de donde venía el olor, demostrando con esto que podían localizarlo en el espacio".¹

La naturaleza ha previsto infinidad de medios para la relación temprana madre-niño.

McFarlane demostró que:

"a los 6 días después del nacimiento el infante puede identificar por el olor el pecho de su madre, diferenciándolo del de otra mujer".²

El grado de formación del olfato no se ha determinado con exactitud, pero podemos deducir, a través de los estudios mencionados, que los olores nocivos o intensos producen desagrado y movimientos corporales aumentados en el recién nacido, mientras que los olores sutiles, como por ejemplo: el olor materno, provoca preferencias olfatorias en éste.

¹Rieser, Yonas & Wikner citados por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Ibid.

²McFarlane citado por Marshall H. Klaus y John H. Kennell, La Relación Madre-Hijo (Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A., 1978), pp. 163.

f.4 El Gusto:

Existe una escasez de literatura relacionada con la presencia del sentido del gusto en el recién nacido. Esto se debe más que nada a dos factores principales: el primero es que al gusto se le ha venido considerando como una experiencia sin importancia que depende directamente del olfato. El segundo factor es que no ha sido fácil desarrollar medidas confiables del gusto que se puedan usar en la investigación infantil.

Kai Jensen, elaboró un estudio clásico cuyos resultados indicaron que

"el gusto está presente en el momento del nacimiento y que los recién nacidos son capaces de diferenciar los 4 sabores básicos: lo dulce, lo salado, lo ácido y lo amargo".¹

Por otro lado, Weiffenbach & Thach, en 1975, llegaron a la conclusión de que

"el recién nacido también puede diferenciar el agua pura de una solución dulce de glucosa".²

¹Kai Jensen citado por Helen Bee, Op, Cit., pp. 66.

²Weiffenbach & Thack citados por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Op. Cit., pp. 159.

Cuando se coloca cualquier sustancia en la lengua, los bebés la mueven hacia un lado. Los investigadores encontraron que cuanto más alta era la concentración de glucosa, más reaccionaban los niños.

f.5 Tacto:

El cuerpo humano se encuentra dotado de mecanorreceptores específicos, terminales nerviosas generales, terminaciones nerviosas encapsuladas y células pilosas, las cuales se encuentran distribuidas por todo el cuerpo, pero están asociados principalmente con la piel, articulaciones, ligamentos, músculos y tendones, superficie externa de los vasos sanguíneos, con los conductos semicirculares, vestíbulo y cóclea del oído interno.

Desde la década de los treinta se realizaron investigaciones que demostraron claramente que el lactante es sensible a la estimulación táctil.

Durante el período neonatal, el estímulo deberá ser intenso para provocar alguna respuesta. Sus respuestas inmediatas son difusas, con movimientos generales del cuerpo, gritos y posiblemente retiro reflejo del miembro estimulado. A la edad de 1 ó 2 meses, la respuesta es más retardada, hay disminución de los movimientos corporales difusos y es menos común el retiro reflejo.

La primera exploración activa que inicia el lactante, a

demás de incluir la exploración visual del ambiente, la hace primordialmente mediante el tacto, incluyendo la exploración bucal y la prensión, a pesar de que algunos científicos opinan que el tacto se encuentra poco desarrollado por su estrecha relación con la inmadurez del sistema nervioso central al momento del nacimiento.

En lo social el tacto juega un papel importante, ya que el nuevo ser se pone en contacto con su ambiente, a través de la piel, recibiendo calor, frío, blandura y dureza. El recién nacido sano, se tranquiliza al acariciarle la piel en cuanto es tomado en brazos y se acurruca sobre el cálido cuerpo de la madre. Cuando no se tranquiliza de esta forma, podría hacer pensar a la madre en que tiene hambre o dolor.

El contacto con la piel es intenso cuando mama, ya que percibe la piel cálida y blanda del pecho de su madre. Por lo tanto, el mamar le proporciona al lactante sus primeras experiencias básicas positivas en el contacto con otras personas.

Podemos entonces, concluir que el recién nacido viene al mundo lo suficientemente equipado como para sentir todos los diferentes estímulos que le ofrece el ambiente.

g. Regulación Térmica:

La conservación de la temperatura del cuerpo es esencial para la supervivencia del organismo. Por esta ra-

zón, se deduce que los lactantes muy pequeños sean sensibles a los cambios de temperatura.

Mestyan y Varga en 1960 llevaron a cabo un experimento para estudiar la regulación térmica en el recién nacido. Colocaron a los lactantes en una cámara hermética que luego sumergían al agua. Los cambios en la temperatura del agua elevaban o bajaban la temperatura dentro de la cámara. Llegaron a la conclusión de que:

"los lactantes durante los primeros seis días de vida presentan cambios en su regulación térmica, mientras que aquellos lactantes mayores de seis días mantienen cons-tante la temperatura del cuerpo". ¹

Esto nos demuestra su gran aportación metodológica al estudio de la sensibilidad a la temperatura.

El sistema regulador de la temperatura es inestable a causa de la inmadurez del hipotálamo. Debido a ello el neonato, al ser expuesto al frío, aumenta la tasa del metabolismo basal sin temblor visible. Por otra parte, emplea un mecanismo metabólico llamado termogénesis sin escalofríos para producir calor. Este metabolismo aumentado emplea energía y oxígeno. En el recién nacido el calor, que es producido du-

¹Mestyan y Varga citados por Hiram E. Fitzgerald, Ellen A. Strommen, y John Paul McKinney, Op. Cit., pp. 136.

rante la termogénesis, proviene del metabolismo de las grasas pardas, las cuales al ser utilizadas en su mayoría, predisponen al niño a que presente dificultades para mantener su temperatura corporal al ser expuesto al frío.

Cabe señalar además, que la temperatura corporal del neonato está muy influenciada por la temperatura ambiental. Se da el caso de que cuando los factores externos son los responsables de que la cantidad de calor perdido sea mayor que la capacidad del niño para mantener el equilibrio de calor, la temperatura del cuerpo disminuye bruscamente. De igual forma, esta capacidad en el neonato se ve afectada por el sobrecalentamiento del medio ambiente.

En el recién nacido los mecanismos de sudoración y temblor están desarrollados de modo imperfecto. A esto se añade la gran superficie con respecto a la masa del cuerpo y la escasa cantidad de grasa subcutánea.

Todos estos factores contribuyen a la inestabilidad relativa de la temperatura corporal, típica del período neonatal.

Los gritos del recién nacido son al menos en parte, un mecanismo de defensa para aumentar la temperatura de su cuerpo mediante una elevación del metabolismo.

h. Sistema Endocrino:

El crecimiento y desarrollo de las glándulas endocrinas se halla bajo la influencia de al menos tres hormonas: la hipofisiaria, la de la tiroides y la andrógena, derivada de las suprarrenales o de los testículos.

Es muy probable que la tiroides ejerza su influencia más importante durante los primeros años de vida, que es cuando el desarrollo es más rápido.

En cuanto a la hormona hipofisiaria no se sabe con exactitud en qué período de la vida actúa, pero probablemente sea en la niñez temprana, puesto que el enanismo puede apreciarse en dicho momento.

Las glándulas endocrinas actúan recíprocamente con el sistema nervioso, el cual en ocasiones inicia la actividad hormonal.

Podemos resumir afirmando que, al nacer, el niño ha sido expuesto durante algún tiempo a las sustancias hormonales fuertes, fisiológicamente muy activas, provenientes de la madre y de la placenta durante el embarazo. Hacia finales de éste período, indudablemente hay una capacidad funcional considerable por parte de las glándulas endocrinas del propio niño.

El adecuado funcionamiento endocrino en el niño, favorece

ce en forma integral su crecimiento, desarrollo, permitiéndole esto desarrollar al máximo sus potencialidades y respondiendo en forma positiva a todos los estímulos sensoriales que le ofrece el medio en que crece y se desarrolla.

i. Sistema Circulatorio:

Durante el nacimiento, se operan en el niño cambios en su sistema circulatorio, los cuales van a permitir su adaptación fisiológica desde un medio intrauterino hacia su vida extrauterina.

Con el inicio de la primera respiración, cambia considerablemente la circulación pulmonar. Posteriormente, en las primeras 4 a 6 semanas de vida apenas hay cambios en el tamaño del corazón. Después de éste período, el corazón crece de modo continuo. Su peso es de unos 25 gramos.

Al momento del nacimiento, el corazón se encuentra exactamente a la mitad de distancia de la coronilla de la cabeza, de las nalgas, y su eje es casi más transversal que más tarde.

La mayor parte de su superficie anterior se encuentra formada por la aurícula y el ventrículo derecho. Su imagen radiológica no difiere demasiado de la del adulto, excepto por su eje transversal y la ausencia de sombra del rayado aórtico.

Su diámetro transverso máximo no debe exceder de 5.5 cms en el recién nacido. De igual forma hacia esta época, la punta late en el cuarto espacio intercostal izquierdo, en la línea media clavicular o un poco hacia afuera de ella.

A partir de la quinta semana fetal se encuentran en el feto todos los componentes del electrocardiograma adulto. Sin embargo, durante los primeros meses después del parto hay tendencia a la desviación del eje hacia la derecha.

Puede haber acrocianosis (cianosis de los miembros), durante las primeras 24 horas de vida. La palidez peribucal se puede presentar durante el llanto o cuando el niño come, hasta que el agujero oval se haya cerrado por completo.

El nivel de protombina suele estar disminuido después del nacimiento (hipoprotobinemia). Además el tiempo de coagulación puede estar prolongado, siendo éste más agudo durante el segundo al quinto día postpartum.

El recién nacido requiere de vitamina K para producir protombina, ya que la elaboración espontánea de la vitamina K es retardada, hasta que se establezca la flora normal del intestino por lo general en el transcurso de una semana. Tiempo éste que es requerido por las bacterias para la síntesis de esta vitamina en el intestino.

Hacia la tercera semana de vida, la presión de la arteria pulmonar es mayor que el valor medio para niños mayores.

En cuanto, al crecimiento de las arteriolas pulmonares en el recién nacido éste se realiza por un aumento de su luz y una disminución relativa de la túnica media. El grosor de las pa redes de las grandes venas queda entonces, duplicado entre el nacimiento y la pubertad.

El crecimiento de los troncos venosos y arterias tiende a seguir el incremento de las porciones orgánicas a las que irrigan.

La frecuencia cardíaca es ligeramente más rápida en las niñas de todas las edades.

Durante la niñez hay la presencia de una arritmia sinusal, que es considerada como un fenómeno fisiológico. Además, para esta época, los sonidos cardíacos son de un timbre más alto, de duración breve y de mayor intensidad que en la vida posterior. El primer sonido es típicamente el más fuerte en toda la zona precordial (aórtico) y tiene una calidad muscular o amortiguada en comparación con el segundo tono (pulmonar), que es agudo.

Hacia el nacimiento disminuye una gran cantidad de plasma (25 %), a partir del compartimiento vascular, aumenta la concentración de glóbulos rojos y el hematocrito. El volumen total de sangre oscila entre 80-110 ml/Kg. Los niveles de bi lirrubina están aumentados a causa de la destrucción de los eritrocitos innecesarios que se acumularon durante la vida fe

tal. Esta ictericia fisiológica (hiperbilirrubinemia) se cree según, Leo Stern, que es producto de la combinación de cinco mecanismos a saber:

- "1. Formación de bilirrubina a partir del grupo heme.
2. Captación de bilirrubina en el hígado.
3. Conjugación hepática.
4. Excreción de bilirrubina conjugada del hígado y hacia el intestino.
5. Reabsorción de la bilirrubina a partir de la vía digestiva".¹

A continuación en el Cuadro Nº 4 se hace una recopilación de los principales valores sanguíneos a distintas edades.

¹Leo Stern citado por Glenda Fregia Butnarescu, Enfermería Perinatal. Salud en la Reproducción (México: Editorial Limusa, S.A., Vol. 1, 1982), pp. 292.

CUADRO Nº 4

VALORES SANGUINEOS NORMALES A DISTINTAS EDADES

COMPONENTE SANGUINEO	E D A D		
	NACIMIENTO	14 DIAS	3 MESES
- Eritrocitos por mm ³ (en millones)	5.1	5.0	4.3
- Hemoglobina (g/100 ml)	17-20	17	10-12
- Leucocitos por mm ³ (en miles)	15	11	9.5
- Plaquetas por mm ³	350,000	300,000	260,000
- Neutrófilos polimorfonucleares (%)	45	36	35
- Eosinófilos (%)	3	3	3
- Linfocitos (%)	30	53	55
- Monocitos (%)	12	8	7
- Glóbulos blancos inmaduros	10	--	--
- Glóbulos rojos nucleados (%)	1-5	--	--
- Reticulocitos en eritrocitos (%)	2	1	0.5
- Hematocrito	43-63	--	28-40
- Proteínas totales (g/100 ml)	6.1	--	--
- Colesterol (mg/100 ml)	50-100	--	70-125
- Fosfatasa alcalina (B.U.)	5-10	--	5-13
- Bilirrubina total (mg/100 ml)	menos de 6	--	0-0.3
- PO ₂ (mm de Hg)	60-90	--	--
- PCO ₂ venosa (mm de Hg)	40-50	--	--
- Fibrinógeno (mg/100 ml)	150-300	--	200-400
- Glicemia en ayunas (mg/100 ml)	30-80	--	60-100
- Potasio (mEq/L)	5.0-7.7	--	4.1-5.3

Continuación del Cuadro Nº 4.

COMPONENTE SANGUINEO	E D A D		
	NACIMIENTO	14 DIAS	3 MESES
- Sodio (mEq/L)	139-162	--	139-146
- N. de Urea (mg/100 ml)	5-15	--	--
- pH	7.30-7.40	--	--
- Cloruro (mEq/L)	95-110	--	--
- Calcio (mEq/L)	8.0-10.5	--	--
- Magnesio (mg/100 ml)	1-2	--	--
- Fósforo (mg/100 ml)	3.5-8	--	--

FUENTE: Gloria Leifer, Enfermería Pediátrica. Técnicas y Procedimientos. 4ª ed. (México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1984), pp. 379-381.

j. Aparato Respiratorio:

En el recién nacido, las dimensiones de la laringe constituyen una tercera parte de la del adulto.

La cavidad de la laringe es corta y tunelizada durante toda la infancia. Además, la extremidad superior de la epiglottis está a nivel de la primera vértebra cervical visualizándose en la exploración física.

La tráquea mide 4 cms (una tercera parte de la longitud del adulto), los diámetros anteroposterior y lateral aumentan un 300 % aproximadamente, desde el nacimiento hasta la puber-

tad.

La presión arterial pulmonar disminuye a niveles adultos al cabo de 1 a 2 semanas de nacido; aumentando entonces el volumen pulmonar unas cuatro veces. El peso de los pulmones se dobla en los primeros 6 meses. Hay pocos cambios significativos en la topografía de los pulmones, fisuras o pleura desde la infancia hasta la madurez.

Para C.A. Smith, tanto el feto como el recién nacido son mucho más resistentes a los efectos nocivos de la anoxia que los adultos. La razón de ello está asociada posiblemente a 3 factores importantes:

- "1. El bajo metabolismo cerebral.
2. El bajo y variable metabolismo energético y temperatura corporal, y
3. Una fuente anerobia de energía". ¹

Al nacer el tejido elástico es escaso, pero aumenta rápidamente en los primeros meses de vida.

La capacidad vital del recién nacido fluctúa entre 130 y 160cc, mientras que la presión ejercida por la respiración inicial oscila entre 10 y 70 cms de H₂O.

¹C.A. Smith citado por Ernest H. Watson y George H. Lowrey, Crecimiento y Desarrollo del Niño. 10ª reimpresión (México: Editorial Trillas, S.A., 1986), pp. 233.

La tensión alveolar de CO_2 es más baja que a las 2 ó 3 semanas. En este período hay una creciente ventilación alveolar aumentando de esta forma la aceptación de O_2 .

Hasta aproximadamente los 7 años de vida la respiración es predominantemente diafragmática, siendo además la frecuencia y la profundidad variables.

En la auscultación del tórax del niño se aprecian los sonidos respiratorios fuertes, rudos y cercanos al oído; esto se debe a que los ruidos traqueal, bronquial son distintos y se transmiten en menos tejido que en el adulto. Por la misma razón, la percusión es más resonante y timpánica en dicha área.

k. Signos Vitales:

La temperatura en el recién nacido es inestable, sus valores fluctúan entre 36.1°C y 37°C . Al momento del nacimiento ésta suele ser más alta que la de la madre. De inmediato disminuye de 1 a 2 grados centígrados, desconociéndose a ciencia cierta la causa y efecto de esta disminución. Sin embargo, Wennberg, Woodrum y Hodson, consideran que tal vez, se deba a lo siguiente:

- "1. Evaporación de líquido amniótico a través de la piel.
2. Relación entre la temperatura dérmica alta y ambiental baja al momento del nacimiento.

3. Proporción relativamente alta en el neonato entre el área de superficie y la masa".¹

Posteriormente, en el término de 8 horas, se eleva a lo normal.

Durante el segundo y cuarto día postparto, puede observarse una elevación de la temperatura, debida principalmente a la deshidratación.

La capacidad en el recién nacido para resistir temperaturas ambientales elevadas es relativamente escasa, dado que la sudoración no se convierte en un medio seguro para perder calor hasta que el niño cumple un mes de edad. En general,

"cuanto más maduro es el niño, tanto mayor es el peso al nacer y tan to menos probable es la fluctuación de la temperatura corporal".²

La frecuencia cardíaca media es, en el recién nacido, de 140 ± 20 por minuto y de 1 a 6 meses corresponde a 130 ± 20 por minuto.

El pulso en este período es rápido y su frecuencia normal oscila entre 120 a 150 pulsaciones por minuto. Su irre-

¹Richard P. Wennberg, David E. Woodrum, y W. Alan Hodson citados por Ernest H. Watson y George H. Lowrey, Ibid, pp. 289.

²Ernest H. Watson y George H. Lowrey, Ibid, pp. 306.

gularidad se debe a la inmadurez del centro regulador del corazón localizado en el bulbo raquídeo.

La presión arterial al momento del nacimiento es de aproximadamente 80/46, elevándose a 100/50 al cabo de 10 días. Los valores promedio durante el primer año de vida son de 85/60, pero suele haber variaciones entre los niños de edad y complejión corporal semejantes.

La respiración es irregular en profundidad, velocidad y ritmo. En el recién nacido la misma suele caracterizarse además, por un rango normal de 35 a 50 respiraciones por minuto. Es tranquila y sincrónica (el diafragma y los músculos abdominales se elevan simultáneamente). Al tocarlo o palmarlo, la respiración y la captación de oxígeno por el neonato aumenta. Además, en el caso de una succión muy vigorosa al nacer, ésta puede llevarlo a una apnea secundaria.

En el lactante sus respiraciones promedian unos 30 ciclos por minuto, pero varían ampliamente de conformidad con la actividad del mismo.

1. Sistema Linfático:

En el nacimiento el número de ganglios linfáticos y tejido linfoide es alto; aumentando constantemente durante la infancia, experimentando una reducción relativa después de la pubertad.

Las dimensiones y el peso del bazo aumentan unas 12 veces desde el nacimiento hasta la vida adulta.

El timo se origina en la 3ª y 4ª hendiduras braquiales y juega un papel importante en el desarrollo del mecanismo inmunológico, probablemente como fuente original de los elementos linfoides. Crece rápidamente durante la vida fetal y en el recién nacido su peso es de 12-15 gms, observándose el doble de éste a los 6 meses de edad.

Desde el nacimiento el tejido linfoideo responde a las infecciones, poniéndose tumefacto e hiperplasiándose. Esta hiperplasia puede sobrevivir a la infección primaria durante periodos largos. Estos cambios se hacen menos notorios a medida que la edad avanza, por lo que la función del timo es aún considerada un misterio.

11. Sistema Hematopoyético:

En el momento del nacimiento, sólo se encuentran fuera de la médula los linfocitos. Sin embargo, el hígado, el bazo y posiblemente otros órganos, guardan la capacidad de formar células sanguíneas durante algún tiempo después del parto.

Durante los primeros días de la vida, el número de normoblastos encontrados en la médula ósea se reduce considerablemente. Al nacer, corresponden aproximadamente al 36 % de las células; pero, al final de la primera semana su número se

aproxima al 17 % como promedio y permanece a este nivel durante toda la infancia y la niñez. En la médula de los huesos largos, el tejido hematopoyético es gradualmente substituído por tejido adiposo, a medida que aumenta la edad.

Para mantener el equilibrio celular normal en la sangre circulante, los órganos hematopoyéticos están provistos de reservas suficientes y eficaces para todas las demandas. Al nacer, hay una reserva muy pequeña de células en fase, o casi, de maduración definitiva; toda la médula ósea muestra hiperplasia de células en maduración en todas las fases de desarrollo.

Al nacer los valores de eritrocitos y de hemoglobina exceden de los característicos de la vida adulta (ver Cuadro Nº 4, pág. 86). Poco después del parto, el número de eritrocitos y el contenido de hemoglobina descienden y alcanzan el punto más bajo en la octava a décima semanas.

La hemoglobina en el recién nacido difiere a la del adulto, teniendo la primera mayor afinidad por el oxígeno y denominándose "hemoglobina fetal".

A las 2 semanas, la hemoglobina fetal es un 75 % de la total, a las 5 semanas representa un 55 % y a las 20 semanas un 5 %.

m. Sistema Inmunológico:

Es bien conocido que la inmunidad pasiva contra algunas enfermedades existe en el recién nacido como resultado del paso de anticuerpos de la madre al feto. La gama globulina es la proteína que contiene anticuerpos. La placenta es selectiva en la transmisión de los componentes proteicos circulantes maternos y modificaciones muy ligeras de las moléculas dan como resultado, variaciones notables en su transmisión. Tanto las globulinas alfa como las beta, así como las lipoproteínas, tienen niveles inferiores en el niño recién nacido que en la madre. Después del parto, durante varios meses, aumenta el contenido de alfa y beta globulina, asociado con un defecto cronológicamente paralelo al desarrollo de células plasmáticas.

La primera aparición de células plasmáticas, a los 2 a 3 meses, en el sistema reticuloendotelial del niño, coincide con la capacidad inicial de sintetizar gama globulina.

El calostro humano contiene muchos de los anticuerpos encontrados en el suero materno y estos anticuerpos le proporcionan al niño inmunidad pasiva por un período limitado de tiempo.

n. Aparato Gastrointestinal:

En la cavidad oral del recién nacido, sobre la porción posterior del paladar duro, se encuentran superfi-

cies redondas, pequeñas, de color perla blanco. Pueden hallarse de una a más de media docena. Probablemente representan quistes de retención y suelen desaparecer al décimo día de vida. A veces, se denominan perlas de Epstein, según el médico de Praga que por primera vez las describió.

Muchas de las células de las glándulas salivales del recién nacido no maduran hasta el tercer mes o más tarde.

La posición del esófago es igual que en el adulto, excepto en su relación con la columna vertebral (se halla a un nivel vertebral más alto).

Las glándulas esofágicas se encuentran presentes al momento del parto.

El crecimiento del estómago es máximo entre el nacimiento y el tercer mes de vida; mientras que el desarrollo incompleto del esfínter del cardias al nacimiento, puede causar un exceso de aire deglutido por el recién nacido.

El vaciamiento del estómago se produce en unas 2 a 3 horas, teniendo en cuenta lo siguiente:

n.1 El vaciado se hace más lento en presencia de alimentos hiperprotéicos y con mucha grasa.

n.2 Los patrones de demanda de la alimentación responden a las diferencias individuales en

los patrones digestivos.

En el recién nacido, el intestino delgado mide entre 300 a 350 cms, aumentando en un 50 % durante el primer año.

El intestino ciego es pequeño y el apéndice es relativamente igual de largo en el recién nacido que más tarde.

El colon ascendente es corto y el transverso es largo. El sigmoide suele estar lleno de meconio y situado bastante arriba, en la cavidad abdominal. Poco a poco va recuperando su posición normal.

El recto es largo. Al nacer, el intestino inferior está lleno de meconio, material viscoso de color verduzco castaño que tira a negro, y que da resultado positivo en las pruebas de sangre oculta. El número de heces varía considerablemente durante la primera semana; su frecuencia alcanza el máximo entre los días tercero y sexto, llegando a un promedio de 5 cada 24 horas. En este momento, se nota poca diferencia entre el niño alimentado con el pecho y el nutrido con biberón. Del cuarto al séptimo día, las materias fecales se denominan de transición, se caracterizan por ser delgadas, ácidas, mucosas, de color castaño a verde, las cuales pueden contener aún restos de meconio. Las heces del niño alimentado a pecho son homogéneas, ácidas, pastosas y amarillas.

A los pocos días de nacido, ya se ha establecido en la boca y en el intestino grueso del niño, una flora bacteriana profusa, la cual corresponde en tipo a la encontrada en la vagina materna. De los dos a cinco días, la flora oral consiste en los siguientes organismos, por frecuencia decrecientes: neumococos, estafilococos, estreptococos, bacilos de Friedländer y corinebacterias.

En el recién nacido, el páncreas se encuentra a nivel de la 2ª y 3ª vértebra lumbar; las secreciones pancreáticas son cuantitativamente menores según su peso.

La baja glicemia en los primeros días puede deberse a la gluconeogénesis a partir de las proteínas.

El hígado ocupa casi 2/5 partes de la cavidad abdominal en el recién nacido, pesa el 4 % del peso total del organismo. Su estructura lobulada está todavía poco desarrollada y esta lobulación es completada durante la niñez.

Hay la tendencia a pensar de que el hígado infantil es fisiológicamente inmaduro. La hiperbilirrubinemia fisiológica y la hemólisis anormal cuando hay exceso de eritrocitos, se debe principalmente a la inmadurez hepática.

ñ. Aparato Urinario y Equilibrio Hídrico:

La función del riñón consiste en ayudar a la regulación del medio interno del organismo. Los riñones reali

zan esta función del modo siguiente:

- "1. Excreción de los productos nitrogenados de desecho, principalmente en forma de urea.
2. Estabilización de la presión osmótica por excreción y reabsorción selectiva de electrolitos, azúcar, etc.
3. Estabilización de la composición química por el mecanismo de "umbral renal", excreción y reabsorción selectivas.
4. Regulación del volumen de líquido extracelular, que en parte depende de (2), también mediante la acción del lóbulo posterior de la hipófisis, al regular la eliminación total de líquido.
5. Mantenimiento del equilibrio ácido-básico por regulación electrolítica y osmótica, excreción de la acumulación excesiva de ácido o de base y formación de amoníaco en el riñón, para neutralizar el ácido y conservar la base".¹

Estas acciones del riñón son suplementadas e influidas por las funciones de otros órganos o sistemas, especialmente por los siguientes: pulmones, pérdida de líquido, excreción de bicarbonato, lóbulo posterior de la hipófisis, regulación de la excreción renal de agua y electrolitos; además, por la corteza suprarrenal, el control del metabolismo del

¹Ernest H. Watson y George H. Lowrey, Op. Cit., pp. 236.

, sodio, potasio y cloruros.

El volumen de líquido extracelular y la velocidad en el intercambio de los mismos, es mayor en el recién nacido que en el adulto; aproximadamente 43 % del peso corporal del niño es líquido extracelular.

Se encuentra orina presente en la vejiga del recién nacido al momento de nacer, por lo que puede orinar de inmediato o a las pocas horas. La orina es muy diluida debido a la inmadurez del funcionamiento del riñón.

Los riñones ocupan gran parte de la pared abdominal posterior, debido a su tamaño relativamente grande.

Los uréteres son cortos, la vejiga urinaria está más cerca de la pared abdominal y su nivel inferior se encuentra detrás del centro de la sínfisis.

El recién nacido ante una sobrecarga hídrica es incapaz de responder adecuadamente, aumentando su volumen urinario.

o. Organos Genitales:

En el hombre el peso relativo de los testículos es idéntico en el recién nacido y en el adulto. Sus tres dimensiones se cuadruplican desde el nacimiento hasta la edad adulta.

En el 90 % de los recién nacidos, los testículos se en-

cuentran en su posición final en el escroto.

En la mujer los labios mayores no están bien diferenciados; mientras que los labios menores se presentan grandes y expuestos.

Los ovarios crecen rápidamente durante la primera fase posnatal y la corteza ovárica, formada por folículos, forma una capa más gruesa en el recién nacido.

El número de óvulos disminuye en un 90 % desde el nacimiento hasta la madurez.

En las primeras semanas de vida, el útero experimenta una involución y su peso disminuye a la mitad del que tenía al nacer, por el estímulo hormonal procedente de la madre.

Finalmente la zona genital puede estar inflamada y tener secreción mucosa teñida con sangre, esto se debe a las hormonas transmitidas por la madre en el período prenatal. Esta situación desaparece en dos o tres semanas.

p. Mamas:

Tanto en los niños como en las niñas, las mamas pueden estar aumentadas de tamaño y secretar una substancia que se conoce como "leche de brujas". Esto se debe a la transferencia de hormonas, principalmente estrógenos, que la madre traspasa al feto en el período prenatal.

q. Cordón Umbilical:

Después del nacimiento reduce su tamaño y se oscurece. Posteriormente, a los 3 a 5 días se torna de color negro produciéndose necrosis progresiva, lo que facilitará su desprendimiento entre el sexto y décimo día.

La cicatrización se completa alrededor de la segunda semana posterior al nacimiento.

r. Piel:

Se caracteriza por ser de color rosa oscuro y de textura suave. Puede estar cubierta de lanugo y vérnix caseoso. El vérnix se elimina espontáneamente y el lanugo desaparece durante la primera semana de vida. Además, ocurre descamación durante las primeras dos a cuatro semanas.

Puede haber aparición de milias las cuales son unas papilas blanquecinas muy pequeñas, ocasionadas por la obstrucción de las glándulas sebáceas de la nariz y el mentón especialmente.

La elasticidad y llenura del tejido subcutáneo indican el estado de hidratación.

Hay aparición de ictericia fisiológica (entre el tercero al quinto día), ésta ocurre por la desintegración del exceso de eritrocitos circulantes. El hígado inmaduro es incapaz de metabolizar la bilirrubina con la rapidez necesaria. Es-

to no tiene importancia patológica y desaparece entre el séptimo y décimo cuarto día.

Cuando los niveles de bilirrubina sobrepasan de 15 mg/100 ml, se presenta la hiperbilirrubinemia.

s. Dentición:

La calcificación de los dientes comienza desde la vida fetal aproximadamente en el séptimo mes. Esta calcificación se efectúa principalmente en los dientes caducos, pero al aproximarse el momento del nacimiento se inicia la calcificación de los dientes permanentes.

t. Nutrición:

El recién nacido se nutre en su mayoría de leche materna.

Las necesidades calóricas del lactante son pocas en el primer mes, pero aumentan progresivamente con el crecimiento y el aumento de la actividad.

Digiere con facilidad proteínas y carbohidratos, pero no puede digerir bien, al inicio, las grasas, por la deficiente provisión de las enzimas lipasa las cuales son necesarias para la absorción de las grasas.

2. Motor:

Una parte considerable de la conducta humana, comprende movimientos de las estructuras corporales. El niño lo

gra paulatinamente independencia, debido en parte a sus crecientes habilidades motrices. En los ajustes del individuo a su ambiente, lo motor desempeña una función importante.

Los movimientos prenatales y neonatales representan un tipo muy generalizado de actividad. Todas las actividades motoras tempranas están bajo control subcortical, el cual empieza a ceder el paso, más o menos al cuarto mes de vida postnatal, a los movimientos voluntarios dirigidos que están controlados por la corteza cerebral.

El control muscular es el producto de 2 factores: maduración y práctica. Tan pronto nace, el bebé manifiesta alguna conducta motriz que no pudo haber practicado durante la etapa prenatal. (Ver Cuadro N° 5)

CUADRO N° 5

RESPUESTAS MOTORAS REPRESENTATIVAS EN EL NEONATO

AREA	RESPUESTA MOTORA
1. Ojos.	Abrir y cerrar los ojos, respuestas pupilares, movimientos de prosecución, refrenados y compensadores coordinados.
2. Cara y boca.	Abrir y cerrar la boca, movimientos labiales, succión, expulsar objetos de la boca, bostezar y hacer muecas.
3. Garganta.	Llorar, tragar, toser, tener arcadas, vomitar, tener hi-

AREA	RESPUESTA MOTORA
	po, arrullarse y contener la respiración.
4. Cabeza.	Movimientos hacia arriba y hacia abajo, a un lado y a otro, de equilibrio, como respuesta a un cambio de posición corporal.
5. Brazos.	Cerrar la mano, flexionar el brazo, frotarse la cara, el reflejo prensil y movimientos "caóticos".
6. Tronco.	Arquear la espalda y retorcerse.
7. Pies y piernas.	Reflejo rotular, flexiones, extensiones, patadas (con ambas piernas simultáneamente), pasos (cuando se sujeta al recién nacido en posición vertical con los pies tocando la superficie) y flexión de los dedos del pie.
8. Diferentes partes del cuerpo.	Posición de descanso y de sueño (las piernas flexionadas, los puños cerrados, los brazos saliendo en recto de la <u>es</u> palda con los antebrazos flexionados en ángulo recto y <u>pa</u> ralelos a la cabeza), posición de salto (manteniendo al niño derecho e inclinado hacia adelante, los brazos se <u>ex</u> tienden hacia adelante y las piernas se elevan), estirarse, tiritar, temblar, respuestas de intranquilidad con llanto, arrastrarse, sacudidas del cuerpo, reflejo de Moro (alejando los brazos del cuerpo, separando los dedos, mientras extiende las piernas y echa la cabeza para atrás).

FUENTE: W. Dennis citado por Robert I. Watson, Psicología Infantil (España: Aguilar S.A. de Ediciones, 1979), pp. 134-135.

El desarrollo del control muscular es, pues, el resultado de los efectos conjuntos de la maduración y la experiencia. Dependen en parte de la maduración de las estructuras nerviosas, los huesos y los músculos, de los cambios en las proporciones corporales y las características que le ofrezca su medio ambiente.

El comportamiento motor es una actividad corporal provocada por estímulos. Estos pueden ser internos (hambre, dolor, cambios de temperatura) o externos (manipulación, ruidos en el ambiente).

La mayoría de los recién nacidos a término muestran movimientos suaves y rítmicos de los brazos y las piernas. El movimiento más común de los brazos es hacia la cabeza y se debe a la posición habitual durante el período prenatal. Eventualmente sus dedos tocan sus labios, experiencia agradable que poco a poco conduce a la actividad de chuparse los dedos.

Estudios genéticos indican que durante los primeros meses de vida el niño es ambidiestro, sin preferir ninguna mano en particular.

La característica del comportamiento motor cambia con el estado del niño, a saber, durante los períodos de alerta puede manifestar movimientos suaves y coordinados, pero a medida que está más activo, pueden observarse algunos movimientos bruscos.

Debido a la inmadurez del sistema motor, en ocasiones al niño cuando llora o sale de un estado de sueño le tiembla la barbilla o, ligeramente, las extremidades, incluso presentan movimientos bruscos y sacudidas, aún en estado de vigilia y no son considerados patológicos.

Las manos del recién nacido se mantienen generalmente con los puños fuertemente cerrados, con el pulgar por debajo de los demás dedos.

Una de las características más notables del niño pequeño es la falta de coordinación y de fuerza muscular. Al nacer, si le colocamos boca abajo, no levanta la barbilla, si lo sentamos, la espalda se le curva y la cabeza se cae hacia adelante. No posee fuerza en los músculos para mantener derecha la espalda y erguida la cabeza.

Sin embargo, durante sus tres primeros meses de vida todas estas conductas motoras sufren grandes modificaciones. Se inicia el fortalecimiento de los músculos del cuello, los hombros y la espalda. Van siendo capaces de mantener la cabeza erguida por más tiempo y aumenta su sentido de equilibrio, de manera tal que acabará por mantener firme la cabeza al balancearlo de un lado a otro. Al sentarlo, su espalda irá quedando derecha y la cabeza, levantada, al principio sólo un instante, luego durante largos períodos cada vez más largos.

En decúbito prono, comenzará a alzar la cabeza, luego los hombros y posteriormente el pecho.

En cuanto a los movimientos finos el recién nacido es aún incapaz de coger un objeto, sin embargo, sostendrá un sonajero si se le coloca en la mano. Al inicio lo dejará caer casi de inmediato y poco a poco logrará sostenerlo durante algunos segundos.

Los investigadores han descubierto que existe un orden definido para la adquisición de habilidades motoras, que va de lo simple a lo complejo.

A continuación presentamos un esquema que muestra el comportamiento social, visual y motor del niño desde que nace hasta las 8 semanas de vida.

CUADRO Nº 6

ESQUEMA DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO DESDE 0 A 2 MESES DE EDAD*

PERIODO	ASPECTO A CONSIDERAR	COMPORTAMIENTO
Primeras 4 semanas	Prono	Yace en flexión, vuelve la cabeza de un lado a otro, al suspenderlo ventralmente, cede la cabeza.
	Supino	Generalmente flexionado y un poco rígido.
	Visual	Puede fijar la mirada en un rostro o en una luz situados en su línea de mirada, movimiento visual

Continuación del Cuadro Nº 6

PERIODO	ASPECTO A CONSIDERAR	COMPORTAMIENTO
		"en ojos de muñeca" al darle la vuelta al cuerpo.
	Reflejo	Reflejo de Moro positivo, reflejo de prensión <u>ac</u> tivo, respuesta de Landau ausente.
A las 4 semanas	Prono	Piernas más extendidas, levanta la barbilla, vuelve la cabeza, al suspenderlo ventralmente mantiene momentáneamente la cabeza en el plano del cuerpo.
	Supino	Predomina la actitud tónica del cuello, flexible y relajado, al sentarlo, cede la cabeza.
	Visual	Observa a las personas, sigue durante un breve trayecto un objeto móvil.
A las 8 semanas	Prono	Levanta la cabeza un poco más, observa un objeto en movimiento, al suspenderlo ventralmente <u>mantie</u> ne la cabeza en el plano del cuerpo.
	Supino	Predomina la actitud tónica del cuello, al sentarlo, cede la cabeza.
	Visual	Sigue durante 180° un objeto móvil.
	Social	Sonríe a las personas; oye las voces y arrullos.

* Cuadro modificado del esquema original.

FUENTE: Waldo E. Nelson, Víctor C. Vaughan, y R. James McKay, Tratado de Pediatría (México: Salvat Mexicana de Ediciones, S.A., Tomo I, 1980), pp. 45.

Es importante señalar de que el recién nacido poco a poco, se va preparando para la adquisición de nuevas destrezas motoras. El logro de una habilidad, le permitirá abordar la siguiente destreza motora. Un niño no puede desempeñar una actividad sin haber dominado los movimientos de la etapa anterior.

Existen diferencias individuales entre uno y otro bebé, sin embargo, ésta secuencia en el logro de habilidades motoras sigue la misma secuencia expuesta con anterioridad.

3. Mental:

Algunos observadores afirman que el primer grito en el recién nacido es parte importante en el desarrollo del lenguaje, dado que es la primera vocalización y puede además ser la primera exposición del niño a los sonidos.

Los niños en todas partes del mundo recorren las mismas etapas básicas y bien definidas en el desarrollo del lenguaje.

Bruner, en 1964 señaló que el lenguaje se considera como

"una de las actividades más interesantes y más complejas del ser humano. No solamente es el lenguaje el modo principal de la comunicación humana, sino que también está íntimamente relacionado con procesos tan importantes como el pensamiento, el conocimiento, el aprendizaje y la solución de problemas. El principio del lenguaje coincide

con el período de la vida cuando se está verificando una reorganización muy importante de las aptitudes cognoscitivas". ¹

Existe una gran discrepancia entre los investigadores, ya que, algunos sostienen que el lenguaje está biológicamente determinado, mientras que otros opinan que el lenguaje lo determina el ambiente.

La realidad nos demuestra que

"La universalidad y uniformidad con que evolucionan las diversas fases de la vocalización prelingüística, junto con otros aspectos bastante universales del lenguaje (semántica, sintaxis), sugieren ciertamente que se da un componente biológico en el lenguaje. Por otro lado, es evidente que los niños aprenden fonemas específicos e inflexiones específicas que son esenciales para poder hablar su lenguaje nativo y que no se pueden explicar por influencias biológicas". ²

El recién nacido es considerado capaz de dominar cualquiera de las lenguas del mundo. Sin embargo, una vez que llega a asimilar una lengua, se le hace cada vez más difícil dominar una segunda lengua. Aprende construcciones gramaticales de su lengua con una facilidad admirablemente mayor que

¹Bruner citado por Hiram E. Fitzgerald, Ellen A. Strommen, y John Paul McKinney, Op. Cit., pp. 207.

²Ibid, pp. 209.

la que experimenta el adulto cuando pretende dominar las construcciones gramaticales de una segunda lengua.

"El período prelingüístico abarca el primer año de vida, desde el primer grito del recién nacido hasta las primeras palabras que emite con algún sentido. Este período se suele dividir en cinco fases: llanto indiferenciado, llanto diferenciado, baluceo, lalación y ecolalia".¹

Para efectos de este estudio se señalarán las tres primeras fases, las cuales abarcan el desarrollo prelingüístico del niño desde que nace hasta aproximadamente dos meses de edad.

El llanto indiferenciado es considerado una reacción refleja producida por la espiración de aliento, a partir del nacimiento. Es una forma de comunicación mediante la cual el recién nacido comunica sus necesidades primarias.

Por raro que parezca, el desarrollo del habla humana tiene que empezar por potentes gritos. El recién nacido sano reacciona con gritos ante toda sensación displacentera, al principio en forma indiferenciada.

Simner llevó a cabo numerosos estudios para determinar si el llanto del recién nacido poseía el carácter reflexivo.

¹Ibid, pp. 215.

Los resultados lo llevaron a la conclusión de que el llanto es autorregulatorio. Es decir,

"cuando el niño produce llanto (estímulo vocal), este llanto provoca a su vez más llanto (respuesta vocal) y conserva el comportamiento. Tal vez esta sea una de las razones de que una estimulación exógena, constante y rítmica, sea tan eficaz para pacificar al lactante. El ritmo producido endógenamente (llanto autorregulado) se desorganiza o interrumpe con la aplicación de una estimulación proveniente del exterior (el manipuleo, canto o mecer, etc., del que cuida al niño)".¹

El llanto diferenciado se caracteriza por ser un medio de comunicación más preciso. Mediante el llanto se logran captar los distintos patrones, intensidades y tonos de éste, determinando si el niño siente hambre, sueño, ira o dolor.

Otro modo de abordar el significado social del llanto es estudiando sus propiedades, las cuales logran atraer el cuidado y la atención. La pronta atención de las necesidades del niño tiene una gran importancia cognoscitiva en cuanto que proporciona una temprana experiencia de aprendizaje espontáneo.

Los sonidos simples y la emisión de vocales se inicia

¹Simner citado por Hiram E. Fitzgerald, Ellen A. Stromnen, y John Paul McKinney, Ibid, pp. 215-216.

aproximadamente a las seis semanas, los movimientos causales de los mecanismos vocales producen una variedad de sonidos simples. Son una serie de gritos, gorgoteos y balidos que emite cuando está contento y satisfecho el bebé. Los primeros sonidos son vocales y la primera consonante es la "g" suave (ge). El niño emite estos sonidos estando acostado de espaldas, con la boca ligeramente abierta, poco antes de dormirse o después de despertarse.

Además del aspecto del lenguaje, cabe señalar que los progresos motores y sensoriales le permiten al niño tomar conciencia de su propio cuerpo, formar su "imagen corporal", es decir, reconocerse como persona.

Aunque ésta habilidad la va adquiriendo paulatinamente, depende de las interacciones del niño con su medio ambiente.

La capacidad de lograr ver sus manos, hacia los tres meses; luego, hacia los 6 meses, agarrar su pie y llevarlo a la boca, tomar progresivamente conciencia de la imagen de su cuerpo reflejado en el espejo, sin confundirlo con otro, son hitos importantes en el descubrimiento de sí mismo.

Eliane Vurpillot en el libro sobre "La Percepción" de Jean Piaget y otros autores, presenta una definición bastante clara del significado de esquema corporal:

"El esquema corporal es una estructura adquirida que permite que un su-

jeto pueda presentarse a sí mismo, en cualquier momento y en toda situación, las diferentes partes de su cuerpo; independientemente de todo estímulo sensorial externo. Reside en ello no sólo la posibilidad de tomar conciencia individual de cada parte, dedo, nariz, rodilla, etc., sino al mismo tiempo el sentimiento de pertenencia de todos estos elementos a un único ser". ¹

Schilder en 1951 propuso un concepto más amplio sobre imagen corporal y apariencia de cuerpo humano, señalando que la imagen corporal

"es la representación mental de nuestro propio cuerpo considerando equivalentes las expresiones esquema corporal e imagen corporal". ²

Para que el niño pueda lograr el dominio de determinados esquemas, deberá poseer una unidad cognoscitiva básica. Este complejo concepto implica una verdadera organización mental o conceptualización de situaciones específicas, y una conducta observable.

Tomando en consideración el nivel sensomotor, el mundo del bebé no es un mundo de objetos permanentes dotados de autonomía propia; es una serie de captaciones perceptivas que se esfuman periódicamente en la inexistencia para reaparecer

¹Eliane Vurpillot citada por UNICEF, Op. Cit., pp. 40.

²Schilder citado por UNICEF, Ibid, pp. 41

de nuevo como función de la propia acción por parte del bebé.

El niño

"llega a caer en cuenta de que los objetos son estables independientemente de él; que tienen una forma que permanece constante aun cuando, al cambiar él de posición, varíe su aspecto visual; que los objetos retienen su identidad a pesar de que aparentemente varíe su tamaño a medida que se acercan o se alejan, y lo que resulta quizás más sorprendente para él, que siguen existiendo cuando están fuera de su vista". ¹

Por la misma inmadurez mental con que nace, los conceptos de espacio y tiempo no forman parte de su dotación inicial. Sin embargo, en el curso de su interacción con el mundo ha de ir construyendo todas estas concepciones.

"El desarrollo de la percepción en el niño depende originariamente del desarrollo sensorial. En la medida en que el bebé se vea privado de uno o más sentidos, la evolución de su entendimiento se encontrará en inferioridad de condiciones". ²

Afortunadamente, en las primeras semanas de vida el aparato sensorial del bebé está en buenas condiciones. No obstante, su comprensión de lo que está sucediendo es mínima.

¹Robert I. Watson, Op. Cit., pp. 168.

²Ibid.

Investigaciones recientes indican que los procesos mentales pueden producirse desde el primer día de vida y que las respuestas nuevas se establecen más fácilmente a medida que el niño madura.

4. Social:

El hombre suele ser un ente sensible y social. Tiene sentimientos y sensaciones e interacciona con otros humanos en el medio social.

Existe una literatura muy abundante, sobre las diversas influencias que ejercen los padres en el comportamiento social del niño. Sin embargo, es importante conocer que esta relación no se lleva a cabo en forma unidireccional, ya que la socialización es un proceso dialéctico, en el que cada nivel de desarrollo exige que tanto el progenitor como el niño, reestructuren sus reacciones conductuales el uno en relación al otro.

El nacimiento requiere que el neonato asuma responsabilidades y papeles interactivos que antes no eran necesarios. La primera interacción social del recién nacido al penetrar al medio extrauterino se lleva a cabo con los individuos que atienden el nacimiento. En la mayoría de los casos se trata del médico, enfermera o partera que atiende a la madre durante el parto. Es probable que la segunda interacción social, sea con la enfermera que lo recibe para proporcionarle cuida

dos inmediatos. Estos contactos son breves y pueden ser traumáticos para el neonato. El grado de traumatismo varía, según el tipo y calidad de los cuidados que se proporcionan.

El recién nacido penetra al mundo a partir del medio intrauterino oscuro, caliente y húmedo, hacia las luces brillantes del cuarto de expulsión con aire acondicionado, lleno de equipo metálico, frío y en el que se encuentran personas extrañas que lo reciben.

Ya no encuentra la resistencia segura del útero materno, cuando agita los brazos y mueve las piernas. Escucha ruidos desconocidos, muchos de los cuales están lejos de tranquilizarlo.

Después de palparlo, medirlo, pesarlo y vestirlo, se le dá a la única persona que le es familiar en el cuarto, su madre, durante un lapso muy breve.

La mayoría de los neonatos ingresan al mundo con el potencial biofísico y psicosocial necesario para adaptarse a nuevas experiencias, establecer relaciones con otros individuos. Pueden presentar una acomodación y adaptación sensitivas, aún cuando la formación de los sentidos al momento del nacimiento no es amplia ni compleja.

Los tres campos de adaptación psicosocial neonatal a la vida extrauterina que son constituidos, como la base para un

inicio neonatal sano en la vida son: la acomodación sensorial, el enlace afectivo maternoneonatal, las relaciones neonatales con otros sujetos y grupos.

Para referirnos a la acomodación sensorial podríamos decir, que el estudio de la conducta y capacidad del recién nacido ha constituido un problema para médicos, psicólogos y otras personas interesadas en la formación humana, a causa de los medios limitados de comunicación con el neonato, en especial su capacidad para comunicarse verbalmente.

La capacidad cognoscitiva del recién nacido se puede reconocer por su habilidad para aprender, según se manifiesta por la habituación a los estímulos. En el punto que trata de los sentidos (ver pág. 62), hemos desarrollado en forma amplia este aspecto.

En cuanto al enlace afectivo maternoneonatal (el cual hemos señalado en el punto que se refiere al aspecto emocional, ver pág. 120), Klaus y Kennell, han determinado ciertos factores que se consideran influencias importantes en la conducta materna y los clasificaron como "fijos" y "variables".

"Fijos:

1. Cuidados maternos por parte de la madre.
2. Transmisión de los factores genéticos de la madre.
3. Prácticas culturales.

4. Relación con la familia y el es poso.
5. Experiencias con embarazos ante riores.
6. Planificación, curso y sucesos durante el embarazo.

Variables:

1. Conducta de médicos, enfermeras y personal hospitalario.
2. Primeros días de vida, separación de la madre y el neonato.
3. Prácticas hospitalarias". ¹

Es necesario que la enfermera comprenda las formas en que los factores que se clasifican como "fijos" influyen en la conducta materna y deberá analizar los factores que son "variables" y facilitar los cambios cuando sean necesarios.

Por último, al referirnos a las relaciones neonatales con otras personas podríamos decir, que el niño en fase temprana interacciona con el personal hospitalario, con su madre, padre, abuelos, hermanos, amigos y extraños. La enfermera profesional es una de estas personas con las que interacciona el neonato en la fase temprana de su vida extrauterina. Es la persona que proporciona cuidados al recién nacido en los intervalos en que está separado de su madre, durante la permanencia breve en el hospital. Tiene a su disposi-

¹Marshall H. Klaus y John H. Kennell citados por Glenda Fregia Butnarescu, Op. Cit., pp. 297.

ción, una vasta información, sobre las necesidades de crianza materna y cuidados corporales del neonato, información que deberá orientar su propia práctica de la enfermería.

Los miembros de la familia, en especial el padre, constituyen otro grupo social con el cual interacciona el recién nacido en una fase bastante temprana de la vida.

5. Emocional:

Ha sido el seno materno donde ha tenido lugar el crecimiento, el desarrollo, la evolución y el vínculo absoluto del hijo con la madre. Desde el estado anímico de ella, éste ha comenzado a percibir las primeras sensaciones hacia el primer contacto con la vida.

Cuando el hijo nace, rompe por primera vez en su vida el vínculo materno. Las contracciones de ella, la lucha para dar a luz y la física desconexión materna pueden ser el inicio de sus experiencias negativas. El niño comienza a vivir independientemente y pone en marcha su esquema fisiológico de aprendizaje, lleva consigo la información histórica de 9 meses, siendo ésta información y la herencia genética, los datos con que él cuenta para manifestarse al exterior.

La desconexión física se ha producido en gran medida, pero desde el exterior hay una nueva e importantísima comunicación: la alimentación, el cariño, los cuidados, el pensamiento y los sentimientos.

La madre y el hijo continúan su intercomunicación emocional, después del nacimiento, alejándose progresivamente en función del crecimiento biológico.

El enlace afectivo no es un concepto nuevo, Bowlby lo estableció en la década de los años 50. Desde esa época

"se han llevado a cabo numerosos estudios en animales y en seres humanos, sobre la conducta de la vinculación afectiva en el mamífero neonato o el humano recién nacido. La mayor parte de estos estudios se han enfocado en la unión afectiva del neonato a su madre o a la persona que le proporciona cuidados".¹

Recientemente se ha intentado estudiar la vinculación afectiva de la madre con su bebé.

Diversos individuos y grupos han definido el enlace afectivo. En la mayor parte de estas definiciones aparecen ciertas palabras claves como: unión, lazo, proximidad, afecto duradero y relación entre dos personas.

A continuación se incluyen las definiciones más conocidas:

Mary Ainsworth señala que es,

¹John Bowlby citado por Glenda Fregia Butnarescu, Ibid, pp. 296.

"Un lazo o unión afectiva que un individuo forma entre sí mismo y otro individuo específico... los enlaces afectivos son duraderos".¹

Para Schaeffer y Emerson constituye,

"Una tendencia de los individuos de corta edad a buscar la proximidad con ciertos miembros de la misma especie".²

Según Marshall y Kennell es,

"Una relación peculiar entre dos personas que es específica y que resiste el paso del tiempo".³

Sin embargo, L.J. Cohen nos indica que,

"Se da por supuesto que el enlace afectivo cumple una función psicológica especial que otras funciones no pueden substituir y... que produce respuestas afectivas y sociales que difieren de las que producen otras figuras".⁴

El apego que la madre y el padre experimentan por el niño al nacer, puede considerarse el vínculo afectivo más sólido

¹Mary Ainsworth citada por Glenda Fregia Butnarescu, Ibid.

²H.R. Schaeffer y P.E. Emerson citados por Glenda Fregia Butnarescu, Ibid.

³Marshall H. Klaus y John H. Kennell citados por Glenda Fregia Butnarescu, Ibid.

⁴L.J. Cohen citado por Glenda Fregia Butnarescu, Ibid.

do del ser humano.

Klaus y Kennell opinan que este apego posee dos características singulares:

"Primero, antes de nacer, el niño se gesta dentro del cuerpo de la madre y, segundo, después de nacer, le asegura la supervivencia en un período en que el niño depende por completo de ella.

La potencia de este vínculo es tan grande que merced a él el padre o la madre realizan los extraordinarios sacrificios que se requieren para atender al niño, día tras día y noche tras noche, cambiándole los pañales, respondiendo a su llanto, protegiéndolo de los peligros y alimentándolo en plena noche a pesar de la desesperante necesidad de dormir".¹

Los estudios comienzan a mostrar que el padre se enlaza afectivamente con los recién nacidos de forma muy similar a como lo hace la madre, cuando se le da la oportunidad de interaccionar con sus hijos recién nacidos, lo que nos indica además, que la crianza del niño no es una prerrogativa femenina y que algunos padres están interesados en asumir las tareas de proporcionar cuidados y que son capaces de ello.

¹Marshall H. Klaus y John H. Kennell, Op. Cit., pp. 15.

C. TEORIAS DE DESARROLLO Y SU APLICACION EN EL NIÑO DE 0 A 2 MESES.

El estudio del desarrollo infantil es sin lugar a dudas, uno de los temas que a través de los tiempos a apasionado a muchos filósofos, quienes desde distintos puntos de vista, han tratado de dar explicaciones o teorías acerca del por qué del comportamiento humano.

Cada una de las teorías formuladas difiere en su concepción acerca de la naturaleza del hombre, en sus métodos de investigación, en sus suposiciones, sobre los fenómenos y explicaciones del desarrollo. Además, se han caracterizado por tener sus seguidores fieles y sus críticos apasionados.

Al adentrarnos en el estudio del desarrollo infantil, encontraremos que cada una de las teorías existentes poseen una parte de la información necesaria para dar explicación a los diferentes aspectos del comportamiento humano en cada una de sus facetas. Es por ello, que se ha hecho una revisión de las diversas teorías y sus representantes más destacados, agrupándolos desde diversas perspectivas para un mejor análisis del desarrollo infantil.

A continuación se presentan las cuatro principales perspectivas y los métodos más utilizados en el estudio de los niños, dando mayor énfasis a la etapa del niño de 0 a 2 meses.

1. Psicoanalítica:

Esta teoría a diferencia de otras, sostiene que:

"las personas no son ni activas ni pasivas, sino que siempre están influyendo entre los dos estados, en un constante conflicto entre sus instintos naturales y las restricciones que la sociedad impone sobre ellos. La naturaleza de estos conflictos depende de la etapa de desarrollo en que se encuentra una persona en un momento determinado". ¹

Para el pensador psicoanalítico los impulsos y los motivos inconscientes que subyacen al comportamiento del individuo son su principal motivo de preocupación. Considera, además, que el niño es un organismo reactivo, cuyo desarrollo progresa por etapas las cuales serán mencionadas por los diferentes psicoanalistas a tratar.

a. Sigmund Freud:

Fundador de la Escuela Psicoanalítica. Su obra ha sido la base para la mayoría de los psicólogos modernos que estudian la niñez, ocupándose principalmente del desarrollo sexual del niño, la apreciación de su propio cuerpo y sus relaciones con otros.

Según Freud, el organismo humano pasa por cinco etapas

¹Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Op. Cit., pp. 33.

diferentes en el desarrollo psicosexual, las cuales han recibido sus nombres, según las partes del cuerpo que son las fuentes primarias de satisfacción en cada fase. Estas etapas o períodos son los siguientes:

- Etapa Oral.
- Etapa Anal.
- Etapa Fálica.
- Período de Latencia.
- Etapa Genital.

En el presente estudio se hará referencia a la primera etapa, cuyas características más relevantes son expuestas en el siguiente cuadro.

CUADRO Nº 7

CARACTERISTICAS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO EN EL
ESTADIO ORAL, SEGUN SIGMUND FREUD

CARACTERISTICAS	DESCRIPCION
1. Estadio.	Estadio oral. Fase autista normal.
2. Edad.	Desde el nacimiento hasta los 3 ó 4 meses.
3. Maduración biológica.	Después del nacimiento, el niño debe adaptarse a la vida extrauterina. Normalmente, las funciones básicas homeostáticas subcorticales y autónomas, ya funcionan en el momento del nacimiento al igual que los reflejos sensoriomotores, menos automáticos, que tienen a su

Continuación del Cuadro Nº 7.

CARACTERISTICAS	DESCRIPCION
4. Libido.	<p>cargo la succión y el llanto. En un principio el llanto es como una llamada de atención, poco refinada a la madre. El recién nacido está mal dotado para soportar el estado de tensión y tiene un umbral para el estímulo que funciona para evitar el stress excesivo.</p> <p>Debido a que el recién nacido carece del estado de conciencia y del concepto de sí mismo, se ha supuesto que la toma de posesión, por parte de la libido, de sus funciones biológicas se produce de un modo automático e inconsciente a medida que resulta activado cada uno de los sistemas. A medida que aumenta el estado consciente, la libidinización se hace cada vez más volitiva. A través de los primeros meses de vida, la investidura de la libido se produce de modo progresivo y desde los sistemas viscerales internos a la función respiratoria, a la zona oral relacionada con la succión y la ingestión y, posteriormente, a la superficie corporal a medida que maduran los diferentes órganos terminales sensoriales, reciben estímulos del medio ambiente físico general y a través de los cuidados que le brinda la madre.</p>
5. Retos biológicos y culturales.	<p>Las primeras contrariedades que se presentan al neonato son: los requerimientos biológicos del cambio de la vida intra a la extrauterina. La cultura, por su parte, influye en su transición por medio de las costumbres, prácticas que la madre mantiene con el niño al cuidarle y alimentarlo, así como por el grado, clase de exposición a los diferentes estímulos que hay en el ambiente (luz, sonido, tacto y otros).</p>

Continuación del Cuadro Nº 7.

CARACTERISTICAS	DESCRIPCION
6. Agresión.	<p>El recién nacido carece de la suficiente coordinación y destreza para los actos agresivos efectivos. Pero con la frustración de sus necesidades y con cualquier trastorno indebido en su homeostasis, se hace patente la agresión mediante gritos y una actividad motora carente de finalidad. A medida que madre e hijo interactúan entre sí, las respuestas agresivas van adquiriendo finalidad.</p>
7. Relación de objeto.	<p>El neonato de la misma manera que inconsciente y automáticamente libidiniza sus sistemas orgánicos, hace objeto de su libido a la madre. Durante estos primeros meses, mientras se está aún desarrollando el sistema sensorial consciente, no distingue a su madre como algo separado de sí mismo, por lo que su experiencia es verdaderamente autista, como si todo surgiera y ocurriera dentro de él.</p>
8. YO e identidad.	<p>La succión y el llanto pueden ser consideradas como rudimentos del Yo, ya que hacen de mediadoras de las necesidades del niño en relación con el medio ambiente. Mientras tanto, aquellas funciones del Yo que aún no se han desarrollado son llevadas a cabo por la madre, lográndose con la combinación de ambas funciones, la satisfacción de las necesidades del neonato, para mantener así sus tensiones dentro de unos límites tolerables.</p> <p>No existe concepto de sí mismo y por tanto, no hay identidad, pero probablemente las experiencias de los primeros meses son registradas a un nivel inconsciente, pudiendo proporcionar una sensación de bienestar o con</p>

Continuación del Cuadro Nº 7.

CARACTERISTICAS	DESCRIPCION
	tribuir al desarrollo de los sentimientos de seguridad, confianza e integración o unidad.
9. SUPERYO (conciencia e ideales).	El Superyo como tal, no existe. El principio de placer es la base para el posterior desarrollo de los <u>con</u> ceptos de bondad o maldad y de justicia e injusticia.
10. Comportamien- to normal tí- pico.	Las funciones del neonato en intimidad con las de la madre manifiestan una alteración de tensión, satisfac- ción y mitigación de la tensión. En los comienzos de esta fase el comportamiento más característico es el de una breve vigilia e inquietud seguidas de sueño, después de las tomas de alimento. Gradualmente, a medida que aumentan los períodos de vigilia la personali- dad empieza a desarrollarse.

FUENTE: Waldo E. Nelson, Víctor C. Vaughan, y R. James McKay, Tratado de Pediatría. 7ª ed. (México: Salvat Mexicana de Ediciones, S.A., Tomo I, 1980), pp. 54-55.

Las experiencias que se logren a través de ésta y las de más etapas mencionadas por Freud, determinan los patrones de ajustes y los rasgos de personalidad que las personas tendrán en la edad adulta.

Las contribuciones que ha hecho Freud en el campo de la sexualidad infantil han sido numerosas. Sin embargo, el énfa

sis que hace en la resolución del conflicto psicosexual como la clave del desarrollo saludable parece demasiado inflexible y la manera subjetiva en que enunció su teoría ha hecho que sea difícil probarla con estudios de investigación.

b. Erik H. Erikson:

Se destacó por ampliar el concepto freudiano del ego e interesarse por la influencia que ejerce la sociedad, sobre la personalidad en desarrollo.

Erikson, esbozó 8 etapas del desarrollo psicosocial y cada una de estas, depende de la resolución exitosa de una crisis o un punto decisivo. Estas etapas comprenden toda la existencia del ser humano y se encuentran clasificadas de la siguiente manera:

- Etapa de Confianza o Desconfianza (desde el nacimiento hasta 12-18 meses de edad).
- Etapa de Autonomía o Duda y Vergüenza (12-18 meses a 3 años de edad).
- Etapa de Iniciativa o Culpa (3 a 6 años de edad).
- Etapa de Industriosidad o Inferioridad (6 a 12 años de edad).
- Etapa de Identidad o Confusión de la Identidad (12 a 18 años de edad).
- Etapa de Intimidad o Aislamiento (comienzos de la edad adulta).

- Etapa de Capacidad de Generación o Absorción en sí mismo (adultos jóvenes y maduros).
- Etapa del Ego o Desesperación (edad avanzada).

Según, la perspectiva psicoanalítica del mundo, el niño padece un conflicto principal en cada etapa. La manera en que resuelva o no cada una de esas etapas influye en el desarrollo de la personalidad definitiva del individuo. En la primera etapa o crisis del desarrollo denominada también confianza básica contra desconfianza básica, que va desde el nacimiento hasta los 12-18 meses, Erikson nos señala que la misma se caracteriza porque,

"El recién nacido no tiene control alguno de su mundo, excepto llorar pidiendo ayuda, con la esperanza de ser rescatado. Durante el primer año de vida, el niño aprende si puede confiar en que recibirá amor e interés en el mundo en que vive, o sólo frustración, miedo y desesperación".¹

De esta forma, la creación de la confianza por medio de un cuidado sensible de las necesidades del bebé, constituye la base de la identidad en el futuro.

Como Freud, Erikson, considera que la situación de alimentación es el punto crítico del desarrollo de la confianza.

¹Violet Broadribb, Enfermería Pediátrica. 3ª ed. (México: Harla, S.A., 1985), pp. 155.

Considerando, entonces a la madre como guardián y alimentador por excelencia.

La confianza permite al niño perder de vista a la madre,

"porque ella se ha convertido en una seguridad interior y también en una posibilidad de predicción externa".¹

La teoría de Erikson, da mucho crédito a las influencias sociales y culturales sobre el desarrollo.

c. Harry Sullivan:

Psicoanalista que se caracteriza por una teoría desarrollista. Le da mucho énfasis a las relaciones interpersonales. Recalca que el hombre no puede existir como algo distinto de sus relaciones con otras personas. Considera, además, que la personalidad es una estructuración hipotética que se utiliza para señalar el desarrollo humano como producto de la interacción social, en donde los patrones interpersonales establecidos al inicio de la vida son importantes para la personalidad. Sin embargo, le concede al ambiente una importancia fundamental en el desarrollo de una personalidad estable o no.

Sullivan, nos indica también que el hombre es un animal ansioso y dicha característica constituye uno de los motivado

¹Erik H. Erikson citado por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Op. Cit., pp. 269.

res centrales de la vida, por lo que puede ser productiva o destructiva.

"La Infancia", considerada la primera etapa de Sullivan y que comprende desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad, se caracteriza por lo siguiente:

- Comprende desde el nacimiento hasta la aparición del lenguaje articulado.
- La zona corporal más importante es la boca con énfasis en la orientación hacia el pezón.
- Existe miedo hacia la madre (buena o mala).
- Existe dependencia total de los padres.
- Emerge apenas de un sistema propio.

Finalmente este autor establece diferencias al cabo de las 7 etapas del desarrollo, las cuales están básicamente relacionadas con: el sistema propio, las experiencias cognoscitivas, la zona corporal dominante, las relaciones interpersonales y el grado de dependencia o independencia. Todas ellas presentan cambios a medida que el individuo se desarrolla hasta lograr la maduración.

d. Margaret Mahler:

Su concepción sobre el desarrollo en el niño no se aparta en esencia de la teoría psicoanalítica clásica. Sitúa al niño de 0 a 2 meses en la fase denominada "Autismo Normal", en donde el bebé no tiene conciencia de la existen-

cia de su madre, siendo éstas las semanas que preceden a la "Simbiosis" (segunda fase). Durante esta primera fase,

"los estados del recién nacido parecidos al sueño superan a los momentos en que está despierto. Son reminiscencias del primer estadio de la libido, que prevalecía en la vida intrauterina y se asemejan a un modelo de autosuficiencia en el que el deseo se cumple en forma alucinatoria". ¹

Según, Mahler, aunque en este periodo existen progresos en el desarrollo, tales como seguir con la vista a la madre o desviar la cabeza hacia el pecho y el pezón, la función de ésta fase es,

"conseguir un equilibrio del organismo con el nuevo ambiente extramural, o sea, fuera del útero, por mecanismos predominantemente fisiológicos". ²

Ya el comienzo del segundo mes es, para Mahler, el del nacimiento psicológico, que coincide con el inicio de la segunda fase, en donde cobra especial importancia la actitud de la madre al sostener en brazos y abrazar al bebé, siempre que ello signifique una verdadera proximidad hacia su hijo.

¹Enciclopedia de la Psicología Océano. El Desarrollo del Niño (España: Ediciones Océano, S.A., Volumen 1, 1982), pp. 76.

²Margaret Mahler citada por la Enciclopedia de la Psicología Océano, Ibid.

2. Cognoscitiva:

Esta teoría considera que las personas son organismos activos, las que, por sus propias acciones, ponen en movimiento su propio desarrollo e inician los actos. El cambio suele ser parte de una parte inherente a la vida, siendo éste interno y no externo como creen los teóricos del aprendizaje social.

Además, el todo de la conducta de un individuo es mayor que la suma de las partes que se requieren para formarla, por lo que no se puede descomponer la conducta humana en elementos separados para predecir relaciones de causa y efecto.

Los seguidores de ésta teoría suelen caracterizarse por interesarse más,

"en el proceso que en producto: en como un individuo llega a creer ciertas cosas y a actuar de cierta manera, en lugar de considerar los puntos específicos del pensamiento o la conducta de una persona. Están más interesados en el cambio cualitativo que en el cuantitativo: en los saltos de una etapa del desarrollo a otra. Ven las experiencias de la vida no como la causa básica del desarrollo, sino como factores que pueden acelerarlo o desacelerarlo, consideran al niño como actor y hacedor: alguien que construye su mundo activamente".¹

¹Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Op. Cit., pp. 29.

a. Jean Piaget:

Es el principal defensor de esta teoría cognoscitiva. Mucho de lo que se conoce acerca de la forma en que los niños aprenden se debe a su creativa investigación. Este psicólogo suizo, enfocó en una forma totalmente nueva todo el proceso del desarrollo cognoscitivo de los niños, o la forma como ellos captan y procesan la información acerca del mundo.

Piaget, explica muchos aspectos del pensamiento, la conducta de los niños y considera que éstos pasan por una serie de cuatro etapas definidas, las cuales a su vez están compuestas de subetapas. Dichas etapas son:

- Sensorial y Motora (hasta los 2 años de edad).
- Preoperacional (2 a 7 años de edad).
- Operaciones Concretas (7 a 11 años de edad).
- Operaciones Formales (12 a 15 años de edad).

Según, Piaget, en la etapa sensoriomotora,

"El neonato se comporta en un nivel sensorial y motor vinculado por completo con sus deseos de satisfacción física. Siente, escucha, ve, gusta y huele objetos incontables, mueve su cuerpo aparentemente al azar. Las actividades del neonato que tienen una finalidad están reguladas por sus respuestas reflejas al medio ambiente. El niño adquiere el conocimiento de las relaciones de causa y efecto, conforme crece. En igual forma, el neonato no

comprende el significado de las palabras o incluso el cambio en el tono de voz, pero dicha comprensión va surgiendo conforme escucha que le hablan e identifica los sonidos".¹

Baldwin en 1968, describió las principales adquisiciones del periodo sensoriomotor como:

- "1. La capacidad de coordinar e integrar información de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto) para comprender que los datos obtenidos de los diferentes sentidos se relacionan con el mismo objeto y no con otros diferentes.
2. La capacidad de reconocer que el mundo es un lugar permanente, cuya existencia no depende del hecho de que el niño la perciba. Este es el esquema del objeto permanente.
3. La capacidad de presentar un comportamiento encaminado hacia los objetivos".²

El esquema del objeto permanente según Piaget, es quizás la adquisición más importante de éste periodo y constituye la base para adquisiciones cognitivas posteriores. Es aquel que sigue existiendo, aún cuando el niño no pueda verlo, sentirlo, oírlo, gustarlo u olerlo.

¹Jean Piaget citado por Violet Broadribb, Op. Cit., pp. 157-158.

²Baldwin citado por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Op. Cit., pp. 200.

Dicho esquema es fundamental para entender conceptos vitales tales como: espacio, tiempo y causalidad, ya que si el neonato no entiende que los objetos del medio ambiente son diferentes a él mismo, no podrá comprender ni apreciar verdaderamente las cosas tal como son.

La etapa sensoriomotora se divide en seis subetapas o estadios, de los cuales se mencionarán los dos primeros, ya que abarcan al niño de 0 a 2 meses. (Ver Cuadro Nº 8)

CUADRO Nº 8

SUBETAPAS DE LA ETAPA SENSORIOMOTORA, SEGUN JÉAN PIAGET

SUBETAPAS (Edad en Meses)	CARACTERISTICAS
1. El uso de <u>re</u> flejos (0-1 mes).	El recién nacido llega al mundo provisto de una serie de reflejos, es decir, respuestas automáticas a <u>estímu</u> los externos. Piaget, no presta mucha atención a ésta etapa inicial, sino que se interesa más por la manera como el niño llega a modificar sus respuestas reflejas en función de la experiencia. Afirma que el niño es más que un respondedor pasivo al estímulo, lo cual ha- ce que Piaget, vea en el niño un dinámico iniciador de actividades, señala además, la muy temprana apari- ción de conductas espontáneas, es decir, no <u>provoca</u> - das por estímulos externos (como ocurre cuando chupa entre las comidas).
	En esta forma, la conducta refleja constituye la base de una actividad posterior. Al terminar esta primera

Continuación del Cuadro Nº 8.

SUBETAPAS (Edad en Meses)	CARACTERISTICAS
2. Reacciones circulares primarias (1-4 meses).	<p>subetapa, el neonato ha alcanzado cierta organización rudimentaria elaborando su esquema de chupar, con base en su experiencia bastante limitada todavía, pero buscando estímulos a medida que va creciendo.</p> <p>La respuesta circular primaria constituye un esfuerzo activo que realiza el niño y que busca reproducir alguna actividad que se presentó por casualidad la primera vez. Ejemplo: el llevarse el pulgar a la boca y ejercitando luego el reflejo innato de chupar.</p> <p>Es en esta subetapa en donde el niño empieza a coordinar la información sensorial. Ya ha comenzado a coordinar la visión con la prensión.</p> <p>Durante la actividad normal del niño en estas subetapas, está encontrando, perdiendo el contacto y reencontrando objetos, pero al desaparecer los objetos no los busca. En cuanto a él respecta, dichos objetos han dejado de existir en el momento en que no pueda verlo, tocarlo, oírlo, olerlo o gustarlo. Todavía no existe la permanencia de los objetos.</p>

FUENTE: Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Psicología del Desarrollo. "De la Infancia a la Adolescencia". 3ª ed. (Colombia: Editorial McGraw-Hill Latinoamericana, S.A., 1985), pp. 201-202.

b. Henri Wallon:

Al igual que otros autores, Wallon, considera que el desarrollo del niño abarca 7 estadios a saber:

- Estadio de Impulsividad Motriz.
- Estadio Afectivo y Emotivo.
- Estadio Sensoriomotor.
- Estadio Proyectivo.
- Estadio del Personalismo.
- Estadio de las Diferenciaciones.
- Estadio de la Pubertad y Adolescencia.

Estos estadios son una creación empírica surgida de la observación, además, apuntan a establecer una cronología que comprenda la serie de adquisiciones que se esperan han de realizarse, o se han realizado, dentro de la evolución normal del individuo.

En cuanto al niño de 0 a 2 meses, Wallon, se ocupa del mismo en el primer estadio denominado "Estadio de Impulsividad Motriz", el cual se caracteriza básicamente porque el niño presenta una dependencia total en relación con el medio, en especial su madre.

c. Arnold Gesell:

En un inicio el propósito de su obra fue la de establecer normas del desarrollo del niño desde su nacimiento hasta los 6 años, todo ello basado en la observación directa

ta de la conducta. Posteriormente, el estudio se prolongó hasta los 16 años a través de la diferenciación de 24 etapas. Pero, quizás una de sus más grandes contribuciones por lo verdaderamente interesante y original, es la descripción de las conductas hasta los 4-5 años de edad.

Gesell, distinguió éstas etapas utilizando en sus contenidos conceptos, tales como perfil del comportamiento o de madurez y rasgos de madurez, siendo estos últimos, una descripción analítica de los componentes de comportamientos específicos.

El conjunto de dichos rasgos se haya dividido en 4 esferas: conducta motriz, adaptativa, lenguaje y conducta personal-social.

A continuación en el Cuadro Nº 9 se detallan los rasgos más característicos en el niño de 0 a 3 meses.

CUADRO Nº 9

COMPORTAMIENTO NORMATIVO DEL NIÑO DE 0 A 3 MESES, SEGUN GESELL

CONDUCTA MOTRIZ	CONDUCTA ADAPTATIVA	LENGUAJE	CONDUCTA PERSONAL-SOCIAL
<p>Eleva momentáneamente su cabeza, cuando está en decúbito.</p> <p>Al acostarlo su cabeza se voltea hacia un lado (reflejo tónico del cuello).</p> <p>Al cambiarlo de decúbito a sentado, su cabeza queda rezagada.</p> <p>Cuando se le coloca en posición decúbito ventral, ejecuta movimientos de nación.</p> <p>En la posición vertical, mantiene su cabeza erecta con movimientos intermitentes.</p>	<p>- Están presentes los reflejos de succión, de búsqueda, de Moro, de prensión palmar y plantar.</p> <p>- No trata de alcanzar objetos, pero al colocarle algo en las manos tiende a agarrarlo y sostenerlo por algunos momentos.</p> <p>- Movimientos al azar de los brazos.</p> <p>- Sigue un objeto en movimiento hasta la línea media.</p> <p>- Mantiene sus manos enfrente de sí, juega con ellas.</p>	<p>- Lloro cuando está hambriento e incómodo.</p> <p>- Responde al sonido moderado agrandando los ojos y suspendiendo la actividad.</p> <p>- Hace pequeños sonidos guturales.</p> <p>- Pone atención a la voz que habla.</p>	<p>- Observa los alrededores.</p> <p>- Se percata de los rostros u objetos situados en su línea de visión.</p> <p>- Sonríe a manera de respuesta.</p> <p>- No distingue entre sí mismo y el medio ambiente.</p> <p>- Tiene llanto diferente entre el dolor y el hambre.</p> <p>- Hay períodos más prolongados de vigilia sin llanto.</p> <p>- Sonríe espontáneamente.</p>

Continuación del Cuadro N° 9.

CONDUCTA MOTRIZ	CONDUCTA ADAPTATIVA	LENGUAJE	CONDUCTA PERSONAL-SOCIAL
Se sienta con la espalda apoyada al darle sostén. Cuando está en decúbito ventral eleva su tórax y suele apoyarse en el antebrazo.	<ul style="list-style-type: none">- Trata de coger o ejecuta movimientos con sus manos frente a los objetos brillantes.- Lleva sus manos a la boca.- Agarra la sonaja por breves momentos.- Los movimientos son simétricos.		

ENTE: Adaptado de Marylin Evans y Beverly Hansen, Enfermería Pediátrica: Guía Clínica (México: Editorial El Manual Moderno, S.A., 1983), pp. 393.

3. Aprendizaje Social:

Esta visión de la humanidad considera al ser humano como reactor y no como iniciador. Somos lo que nuestro entorno hace de nosotros, de manera que si logramos descomponer un ambiente determinado en sus diferentes partes, podremos predecir cómo reaccionará una persona.

Estos teóricos consideran el cambio como algo cuantitativo y el desarrollo como algo continuo. Señalan que las experiencias tempranas del neonato afectan su comportamiento posterior.

Los conductistas exponentes de ésta perspectiva,

"se centran en comportamientos que puedan ser vistos, medidos y registrados. Tratan de identificar los factores inmediatos, fácilmente observables, que determinan si una conducta en particular seguirá ocurriendo o no. Creen que los seres humanos aprenden acerca del mundo de la misma manera en que lo hacen los animales inferiores, reaccionando a las recompensas, los refuerzos o los castigos de su ambiente".¹

De esta manera el condicionamiento constituye el mecanismo básico que determina el comportamiento humano. El mismo se divide en dos clases: el condicionamiento clásico o

¹Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Op. Cit., pp. 27.

reactivo y el condicionamiento operante o instrumental.

Entre los principales exponentes del condicionamiento clásico, encontramos a Ivan Pavlov, quien con sus experimentos con animales demostró que un estímulo considerado neutral llega a producir una respuesta que normalmente no está asociada con él.

En cuanto al recién nacido, algunos estudios han tratado de responder al cuestionamiento, ¿Sí es posible condicionar clásicamente a los neonatos? En este sentido Marquis (1931) y Lipsitt & Kaye (1964) demostraron que,

"es posible enseñar a los neonatos a mamar cuando oyen un zumbador o algún tono".¹

Sin embargo, otros investigadores entre ellos Sameroff (1971), indicaron que,

"Es posible que los recién nacidos no puedan aprender de esta manera porque no han tenido la oportunidad de interactuar el tiempo suficiente con su medio ambiente. Antes que los bebés puedan responder a un sonido como una campana o un zumbador, necesitan haber tenido suficiente experiencia oyendo sonidos para identificarlos.

¹Marquis, Lipsitt & Kaye citados por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Ibid, pp. 215.

Si ellos no pueden distinguir un determinado estímulo entre otros estímulos a su alrededor, no pueden reaccionar ante él".¹

En cuanto al condicionamiento operante, B.F. Skinner, creó un sistema de recompensas y castigos, el cual forma una respuesta y permite obtener así nuevas respuestas.

La aplicación del condicionamiento operante en los neonatos se logró, mediante un estudio del aprendizaje instrumental realizado por Butterfield & Siperstein (1972) en donde

"se recompensaba a algunos bebés de dos días de nacidos tocándoles música mientras chupaban un pezón de biberón (que no proporcionaba leche)".²

Dicho comportamiento pone de manifiesto que el condicionamiento operante es posible en el período neonatal.

Por otra parte, cabe señalar que el conductismo

"hace hincapié en el papel que juega el medio ambiente en la producción de un comportamiento. No es una verdadera teoría del desarrollo, ya que aplica las mismas leyes básicas del aprendizaje para explicar el

¹Sameroff citado por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Ibid, pp. 215-216.

²Butterfield & Siperstein citados por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Ibid, pp. 218.

comportamiento en todas las edades. Sin embargo, representa una herramienta poderosa para mejorar el desarrollo en ciertas líneas de conducta".¹

Para John B. Watson, considerado como el padre del conductismo moderno, los seres humanos eran ilimitadamente entrenables. Aplicó las teorías del aprendizaje por estímulo-respuesta al estudio del desarrollo infantil; rechazando además, la influencia de la herencia en el desarrollo humano. Tal como se aprecia al expresarse de esta manera:

"Denme una docena de bebés saludables, bien formados y mi propio mundo especial para criarlos y les garantizo que soy capaz de tomar a cualquiera de ellos al azar y entrenarlo para que sea cualquier tipo de especialista que yo seleccione: médico, abogado, artista, comerciante, incluso limosnero y ladrón, sin tener en cuenta sus talentos, inclinaciones, tendencias, habilidades, vocaciones ni raza de sus ancestros".²

Watson, también afirmó que los niños nacían con tres emociones principales: el amor, la ira y el miedo, las cuales son respuestas incondicionadas a estímulos, recibió por ello críticas y correcciones por parte de otros investigadores.

¹Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Ibid, pp. 27-28.

²John B. Watson citado por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Ibid, pp. 28.

Sin embargo, demostraron que los neonatos pueden desde muy temprana edad, experimentar una gran variedad de emociones que ellos no pueden expresar específicamente o que nosotros no podemos identificar con certeza.

En oposición a los investigadores anteriormente mencionados, Albert Bandura, como teórico del aprendizaje social, no está de acuerdo con que todo el comportamiento pueda reducirse a simples principios de condicionamiento y refuerzo.

Esta teoría hace énfasis en que

"el desarrollo de la personalidad se hace en base al aprendizaje que provee el medio social".¹

Por lo tanto Bandura sostiene que:

"los niños aprenden casi todas, si no todas sus conductas, observando e imitando modelos, por ejemplo, sus padres".²

Estos últimos moldean sus conductas mediante un sistema de recompensas y castigos, siendo entonces, el elemento más importante para la forma en que aprenden el lenguaje, dominan la agresividad y desarrollan el sentido de moralidad.

¹Enciclopedia de la Psicología Océano, Op. Cit., pp. 38.

²Albert Bandura citado por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Op. Cit., pp. 28.

Esta teoría del aprendizaje social está claramente definida, ha generado muchas investigaciones y de igual forma, ha tenido muchas aplicaciones prácticas para la crianza de los niños, ya que sus investigadores estudian niños en vez de animales. Sin embargo, se le considera incompleta puesto que no presta atención a las influencias hereditarias y a como son los niños en las diversas etapas de su desarrollo.

4. Humanista:

Los humanistas,

"consideran que la gente tiene interiormente la capacidad de hacerse cargo de su vida y de promover su propio desarrollo".

Además, destacan las capacidades del individuo haciendo uso de las cualidades exclusivamente humanas como la de opción, la creatividad, la valoración y la autorrealización. Esta teoría

"tiene su origen en la creencia de que la naturaleza básica del hombre es neutral o buena y de que las características malas son el producto del daño que se ha causado al ser en desarrollo".²

¹Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, *Ibid*, pp. 36.

²*Ibid*.

Dos de los defensores principales de la psicología humanista lo constituyen Abraham Maslow y Charlotte Bühler, quienes enfocan las etapas secuenciales del desarrollo del individuo y básicamente hacen una descripción del crecimiento psicoanalítico del mismo.

a. Abraham Maslow:

Identificó una jerarquía de necesidades que motivan el comportamiento humano. Cuando el individuo ha satisfecho sus necesidades más elementales, procura satisfacer las del siguiente nivel y así sucesivamente, hasta lograr el nivel más alto de necesidades, por lo que se consideraría como una "persona autorrealizada".

En orden ascendente, éstas necesidades son:

- "1. Fisiológicas: aire, alimento, bebida y descanso para lograr un equilibrio corporal.
2. De seguridad: para seguridad, estabilidad, protección contra el temor, la ansiedad, el caos, que se logra con la ayuda de una estructura constituida por leyes y limitaciones.
3. Pertenencia y amor: afecto e intimidad que debe proporcionar la familia, los amigos y la persona amada.
4. Estima: respeto de sí mismo y de los demás.

5. Autorrealización: la sensación de que uno está haciendo aquello para lo que es apto y capaz, para ser fiel a su propia naturaleza".¹

El neonato que se desarrolla y crece en forma sana, siempre estará avanzando hacia los niveles más altos de autorrealización. Entre sus necesidades más apremiantes encontramos: las fisiológicas, las de seguridad y las de pertenencia y amor, siendo las de estima y autorrealización aquellas necesidades sentidas a medida que progresa en su desarrollo biopsicosocial.

b. Charlotte Bühler:

En su teoría de 5 fases o etapas sobre el desarrollo humano, hace énfasis en el establecimiento y el logro de una meta personal. Dichas fases son las siguientes:

- Niñez.
- Adolescencia y primera edad adulta.
- Juventud y edad adulta media.
- Edad adulta madura.
- Vejez.

Por otra parte Bühler, sostiene que

"la autorrealización es la clave del desarrollo sano y que la gente des-

¹Ibid, pp. 38.

graciada o desadaptada, en cierta forma no está autorrealizada".¹

Hace hincapié en la intencionalidad de la naturaleza humana, señalando, además, que

"entre las personas que llevan una vida plena, hay una cierta orientación permanente hacia una meta en la vida, aunque en los primeros años algunos individuos no tengan consciencia de tales metas".²

Según, los conceptos de esta humanista el niño de 0 a 2 meses se encuentra inmerso dentro de la primera fase que es la niñez y que comprende desde el nacimiento hasta los 15 años. Esta fase suele caracterizarse, porque el individuo no ha determinado aún las metas de su vida, pensando vagamente en el futuro. El niño en esta etapa es un ser indefenso que depende totalmente de quienes le cuidan y son éstos los que tienen la responsabilidad de encaminar su vida hacia el logro de la autorrealización.

Estas teorías humanistas han contribuído considerablemente a impulsar métodos para la educación infantil que respeta la unidad del niño. Constituyen un modelo positivo y optimista del género humano en contraste con el punto de vista más negativo de Freud.

¹Charlotte Bühler citada por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Ibid.

²Ibid.

D. MEDICION DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.

La valoración del niño desde que nace es muy importante por lo menos por dos razones:

"primero, pone de manifiesto el nivel actual de funcionamiento que tiene el recién nacido, segundo, proporciona una base para predecir la probabilidad de anormalidades en el desarrollo subsiguiente".¹

Basadas en este hecho, las autoras del presente estudio, consideraron de gran interés hacer un esbozo de algunas de las principales escalas utilizadas para la medición del crecimiento y desarrollo del niño, en particular del niño de 0 a 2 meses. Gran parte de sus criterios y aspectos a evaluar sirvieron de marco de referencia para la determinación de las características de la muestra del estudio, así como para la elaboración del Programa Educativo.

A continuación se detallan las escalas utilizadas para tal fin:

1. Escala de Apgar:

El Método Apgar fue propuesto por la Dra. Virginia Apgar en 1952 y desde entonces es utilizado sin modificaciones y en forma universal. Este método usado en las Salas de

¹Hiram E. Fitzgerald, Ellen A. Strommen, y John Paul McKinney, Op. Cit., pp. 54.

Partos, es una evaluación del recién nacido al minuto y 5 minutos después del nacimiento, con base en 5 funciones vitales: movimientos respiratorios del niño, frecuencia cardíaca, tono muscular, reacción a estímulos y coloración. El mismo es fácil de usar y no necesita equipo especial para poderse realizar.

Los propósitos para su utilización son los siguientes:

- "a. Determinar el pronóstico inmediato del niño.
- b. Identificar aquellos niños que a meritan maniobras de resucitación o una atención pediátrica urgente.
- c. Evaluar diferentes métodos de resucitación.
- d. Comparar experiencias perinatales en diferentes instituciones (cesáreas, forceps, anestesias, etc).
- e. Usarlo como método significativo de evaluación en trabajos de investigación del periodo neonatal.
- f. Determinar pronósticos posteriores en cuanto a deficiencias neuromusculares y mentales durante la primera infancia".¹

Cada uno de los 5 signos son valorados y considerados normales cuando su puntuación es de 2. (Ver Cuadro N° 10)

¹María del Carmen Moya de Alvarado, Guía para el Manejo del Recién Nacido (Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica, 1977), pp. 19.

CUADRO N° 10

VALORACION DE APGAR PARA RECIEN NACIDOS

SIGNOS	0	1	2
Color	Azul o pálido.	Cuerpo rosa, extremidades azules.	Completamente rosa.
Frecuencia cardíaca	No hay.	Abajo de 100.	Arriba de 100.
Movimiento respiratorio	No hay.	Irregular, débil.	Llanto normal.
Tono muscular	Débil.	Alguna flexión de las extremidades.	Movimiento activo.
Irritabilidad a los reflejos (sonda en la nariz)	Ninguna.	Mueca.	Tos, estornudo.

FUENTE: Gloria Leifer, Enfermería Pediátrica. Técnicas y Procedimientos. 4ª ed. (México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1984), pp. 30.

El máximo alcanzado es de 10 puntos. Dependiendo de la calificación que se otorgue al niño, así mismo serán las pautas a seguir por parte del personal que atiende el parto. De tal forma que si las calificaciones son de 0-3 puntos, son indicativas de un niño muy grave que amerita maniobras de resucitación. En el caso de 4-6 puntos, el niño puede estar en malas condiciones y debe recibir tratamiento específico urgente. Al utilizar calificaciones de 7-10 puntos se piensa en niños que están en buenas condiciones.

La determinación de los dos momentos más oportunos para hacer la valoración del Método Apgar, se logró después de muchos estudios y experimentos. Tal como se mencionó anteriormente, estos momentos son al minuto y 5 minutos después del nacimiento. En el primero dicha valoración permite identificar aquellos niños que requieren maniobras de resucitación y/o atención urgente. Mientras que en el segundo, la evaluación es útil para el pronóstico en cuanto a mortalidad y determinación de secuelas neurológicas.

2. Escala de Evaluación Conductual de Brazelton:

Esta escala creada por el Dr. T. Berry Brazelton puede ser definida como:

"una valoración de la conducta del neonato (0-30 días) que registra y documenta las respuestas que organizadamente da el niño ante diversos estímulos, los estímulos que él es capaz de despertar en su medio y la

forma en que maneja los estados de conciencia ante ellos".¹

Esta prueba se concentra en aquellas clases de conductas "interactivas" que ayudan a la adaptación del niño en el hogar, además, que se aplica al control de los estados y al funcionamiento sensorial y neurológico.

Su utilidad se centra en que ayuda a

"predecir anormalidades de conducta neuromotora y de interacción en niños de alto riesgo, pero más importante aún es que puede captar riesgo en recién nacidos diagnosticados como normales a través de exámenes pediátricos convencionales, dando la oportunidad de una intervención temprana, evitando los problemas que a menudo se presentan cuando el ambiente no se puede ajustar apropiadamente al infante de alto riesgo".²

Las puntuaciones que se dan se basan en el mejor rendimiento de un niño, más bien que en un promedio. Las mismas permiten una mejor orientación a los padres, acerca de como estimular la emisión de conductas de sus niños y como adaptar sus expectativas al ritmo individual del neonato.

La prueba, que dura de 20 a 30 minutos, presenta unos 27

¹Primer Seminario Nacional de Estimulación Temprana del Niño, Op. Cit.

²Ibid.

items, (Ver Anexo N^o 2, pág. 355) cada uno de los cuales incluye una escala de 9 puntos, además, de 20 reflejos y movimientos provocados en una escala de 3 puntos. Para poder hacer la clasificación, la persona que examina al niño, aplica estimulación e interactúa con el niño utilizando aproximadamente 30 diferentes maniobras.

Habitualmente éste examen se inicia cuando el niño está dormido en un momento que se encuentra entre dos períodos de alimentación, se seguirá un orden en la presentación del estímulo, hasta que el neonato llegue a un estado de alerta despierto.

Como otras pruebas del desarrollo infantil, ésta escala no puede utilizarse para predecir las conductas que presente el niño en la infancia, sino que ofrece un cuadro total del neonato en la actualidad. Hasta el momento la escala se ha adaptado solamente a niños de término completo, aunque se piensa que en el futuro puede haber una modificación para su uso en niños prematuros.

3. Escala de Denver:

La Prueba de Desarrollo Infantil de Denver no intenta medir la inteligencia del bebé,

"ofrece un camino de asesoramiento
sencillo y eficaz sobre el estado

de desarrollo del niño durante los
6 primeros años de vida".¹

Esta valoración se realiza en 4 categorías: personal-so-
cial, adaptación motora fina, lenguaje y adaptación motora
gruesa. Cada una de las preguntas que conforman el examen
son designadas con un trazo convencional localizado por deba-
jo de la escala de la edad, de esta forma se podrá establecer
la comparación con las edades en que el 25 %, el 50 %, el 75 %
y el 90 % de la población estándar, ejecutan estas pruebas sa-
tisfactoriamente (ver Anexo Nº 3, pág. 357). Si un niño no
pasa alguna de las pruebas, en una edad en que normalmente
pasa el 90 % de los niños, es considerado como una evidencia
de "retraso" en el desarrollo. Y en el caso de que el mismo
posea uno o más retrasos en dos o más sectores, se considera
que necesita una atención especial.

Los retrasos en el desarrollo pueden ser debidos a:

- "1. La falta de buena voluntad por parte del niño para valerse de sus habilidades:
 - a. debido a factores tempora-
les, tales como fatiga, en-
fermedad, hospitalización,
separación de los padres,
miedo, etc.
 - b. desgano general para reali-
zar la mayor parte de las
cosas que se le piden.

¹Waldo E. Nelson, Op. Cit., pp. 1,881.

2. Inhabilidad para ejecutar la prueba debido a:
 - a. retraso general.
 - b. factores patológicos, tales como sordera o deterioro neurológico.
 - c. características familiares de desarrollo lento en una o más áreas".¹

En el caso de que se observen retrasos inexplicables del desarrollo en el niño, los cuales son un justo reflejo de las facultades de éste, se repetirá el examen al cabo de un mes. Si persiste el retraso, se utilizarán en adelante estudios diagnósticos más detallados.

4. Escala de Gesell:

Tal como fue expuesto en las Teorías de Desarrollo, la obra realizada por Arnold Gesell, ha sido muy amplia. Sus escalas constituyen un conjunto de pruebas destinadas a demostrar que un determinado niño ha logrado un cierto grado de madurez.

Si se utilizan reactivos adecuados y bien tipificados es posible demostrar que,

"desde el nacimiento hasta la madurez, el ser humano atraviesa una serie de etapas evolutivas traducidas objetivamente, en la aparición de nuevas funciones (conductas) o

¹Ibid.

en el progreso de las ya existentes al momento del examen".¹

Dependiendo de la edad que se explora cambiarán los reactivos.

En la primera época de la vida, la mayoría de las funciones o conductas que se dan en la misma se refieren a adquisiciones en el dominio de la motricidad y los sentidos, de allí que sus mejores expresiones sean conductas psico-sensorio-motrices.

La utilización de reactivos comunes y sencillos, permiten la aplicación de ésta escala en cualquier ambiente. Pero el hallazgo más significativo desde el punto de vista metodológico, lo constituye el fraccionamiento de la conducta humana en 4 campos (motriz, adaptativo, lenguaje, personal-social), los cuales evolucionan con relativa independencia y al mismo tiempo conservan una unidad fundamental. Tal como se puede apreciar en el Anexo Nº 4, pág. 359, en donde se ha indicado el tipo de conducta en el neonato de 4 y 8 semanas según, Gesell. Finalmente, cabe señalar la importancia que conllevan dichas escalas, las cuales han sido adaptadas a nivel del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y el Instituto

¹Arnold Gesell y C. Amatruda, Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Métodos Clínicos y Aplicaciones Prácticas. 2ª ed. (Argentina: Editorial Paidós, S.A., 1976), pp. 16.

Panameño de Habilitación Especial para la valoración del desarrollo en el niño. (Ver Anexo Nº 5, pág. 361)

5. Otras Escalas:

Además, de las escalas mencionadas anteriormente, existen otras que, aunque menos conocidas, abarcan al niño en éste período (0 a 2 meses). Entre ellas encontramos las Escalas de Desarrollo Mental y Motor de Bayley, también conocidas como Escalas Infantiles de California, las cuales son utilizadas para medir el desarrollo mental infantil. Comprenden a los bebés desde el nacimiento hasta los 15 meses.

Según, Honzik (1976), fue

"Originalmente estructurada para un grupo formado por niños de todos los estratos socioeconómicos, pero con mayoría de aquellos cuyos padres eran estudiantes o profesionales, ésta prueba tiene en gran parte puntos de adaptación y de lenguaje, con algunos de tipo motor y personal-social".¹

Por otra parte, basados en las teorías de Piaget, otros investigadores como Corman y Escalona (1969) y Uzgis y Hunt (1975), han preparado escalas para la medición del desarrollo sensoriomotor, éstos últimos observaron niños desde las 4 semanas de edad hasta los 2 años. Todas estas escalas ofrecen

¹Honzik citado por Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds, Op. Cit., pp. 241.

a los investigadores una nueva herramienta para medir el desarrollo intelectual de los niños muy pequeños que aún no han aprendido a hablar.

E. FUNCIONAMIENTO Y APLICABILIDAD DE LA ESTIMULACION PRECOZ EN EL NIÑO DE 0 A 2 MESES.

La Estimulación Precoz, como su nombre lo indica, debe iniciarse lo más pronto posible. Actualmente, es motivo de intensas investigaciones por parte de los médicos, pediatras, psicólogos, enfermeras, maestros y estudiosos del comportamiento, el dilucidar a qué edades y de qué índole debe ser la estimulación.

Es conocido el hecho de que el feto percibe los estados anímicos de su madre. La estimulación por lo tanto, comienza en el momento mismo en que la pareja determina concebir un hijo; dándose inicio así a la misma, al permitir a ese nuevo ser, ocupar un sitio y formar parte de una familia.

El Dr. Frederick Leboyer, en su libro "Por un Nacimiento sin Violencia", nos señala que:

"Al nacer, sometemos al niño a un exceso de estímulos ambientales, que le son completamente nuevos, lo cual debemos evitar en lo posible y facilitarle en cambio aquellos estímulos que le son familiares como el contacto con la piel tibias de la madre, los movimientos mecedores, sus latidos cardíacos, su respiración, su voz, el

contacto con el líquido tibio, la penumbra, el susurro, la posibilidad de succión, de conservar la posición de semiflexión de su columna vertebral y todos aquellos otros estímulos que contribuyan a que el neonato se calme".¹

A medida que el niño crece y se desarrolla, se le proporcionan, en cantidad adecuada, otros estímulos que le permitirán desarrollar sus habilidades al máximo.

En el presente estudio se elaboró un Programa Educativo para madres primíparas, el cual guía a las mismas en la estimulación precoz de sus niños durante las primeras 8 semanas de vida. Este programa comprende además cada una de las áreas a estimular, la actividad a realizar, lo que se quiere lograr con ello, cómo realizarlo, lo que la madre necesitará y en qué momentos brindará la estimulación. (Ver Apéndice de Instrumentos Nº 5 y 6, págs. 279 y 290 respectivamente)

Finalmente, cabe señalar que con una adecuada implementación de éste Programa Educativo, se logrará contribuir en el crecimiento y desarrollo normal del niño de 0 a 2 meses, así como en el entrenamiento de quienes lo pongan en práctica.

¹Dr. Frederick Leboyer citado por el Primer Seminario Nacional de Estimulación Temprana del Niño, Op. Cit.

CAPITULO III

METODOLOGIA

A. DISEÑO.

Se realizó un estudio descriptivo correlacional, en el cual se señalan las características relevantes del grupo a estudiar. Además, se estableció la relación estadística que existe entre el grado de conocimiento de la madre primípara, sobre estimulación precoz y el grado de desarrollo alcanzado en el niño de 0 a 2 meses.

B. TÉCNICAS.

Las técnicas utilizadas para la recolección de los datos fueron de tipo directas e indirectas.

1. Técnicas Directas:

Se utilizaron en la observación de la madre y el niño, durante las visitas domiciliarias, lo cual permitió evaluar la actitud de ésta frente a su niño y los grados de respuesta de éste, ante los estímulos ofrecidos por la madre. Para ello se utilizó una Hoja de Cotejo y un Instrumento basado en los parámetros de crecimiento y desarrollo, con una escala de valoración al mes y a los dos meses de edad del niño.

Además, se brindó orientación a las madres, sobre estimulación precoz, lo cual incluyó una demostración, por parte de las autoras, de la manera en que ésta, puede estimular las diferentes áreas sensoperceptuales del niño. Posterior-

mente, se hizo entrega de un formato que contiene el Programa Educativo para madres primíparas, el cual fue dado en dos tiempos: durante su estancia en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social y durante la visita que se efectuó al hogar en el primer mes.

2 Técnicas Indirectas:

Las utilizadas fueron un pretest, el cual se puso previo al desarrollo del Programa Educativo y que permitió medir el grado de conocimiento de la madre primípara, sobre crecimiento, desarrollo y estimulación precoz.

Una prueba posterior que midió el grado de conocimiento alcanzado por la madre, después de haber recibido el Programa Educativo.

Además, se utilizó un Formato para la Recolección de Datos, cuya finalidad fue la de obtener información relacionada con los factores que intervienen en la relación afectiva del binomio madre-niño.

C. INSTRUMENTOS.

La recolección de los datos necesarios para desarrollar éste estudio se basaron en:

1. Formato para la Recolección de Datos:

Este formato fue aplicado, durante la estancia materna, en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja

de Seguro Social. El mismo consta de dos partes: en la primera se registraron los datos correspondientes a la madre, mientras que en la segunda parte fueron los del niño. La información se obtuvo a través de 31 preguntas cerradas y una pregunta abierta, lo que permitió, en primera instancia, verificar que el grupo seleccionado en realidad reunía los criterios previamente establecidos por las autoras del estudio, con el fin de mantener la homogeneidad del mismo. En segunda instancia nos proporcionó información relacionada con los factores que intervienen en la relación afectiva que se dió entre la madre y el niño.

El formato fue llenado por las autoras del estudio en 15 minutos. (Ver Apéndice de Instrumentos Nº 1, pág. 257)

2. Tabla Maestra para el Control de la Muestra:

El tipo de estudio ameritó controlar la muestra, por lo que se tomaron ciertos datos del expediente los cuales se corroboraron con la madre. Dichos datos fueron: Nº Control, nombre de la madre, nombre del niño, sexo, fecha de nacimiento, dirección, teléfono y observaciones. Todos ellos facilitaron posteriormente la localización de la madre y el niño en las visitas domiciliarias que se realizaron. (Ver Apéndice de Instrumentos Nº 2, pág. 266)

3. Formato para la Prueba de Conocimientos:

El mismo consta de dos partes: en la primera hay 10

preguntas de selección múltiple en donde la madre tenía la oportunidad de elegir, sólo una alternativa. Esta parte comprende preguntas, sobre crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 meses y de la importancia de la estimulación precoz. En la segunda parte, que trata exclusivamente, sobre estimulación precoz, consta de 13 items en donde la madre debía seleccionar aquellas alternativas que consideraba apropiadas para la estimulación del área cuestionada.

Dicho formato fue aplicado en dos tiempos: durante la estancia materna en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social (pretest) y durante la última visita que se le efectuó a la madre en el hogar (prueba posterior). El mismo fue llenado por las madres, se les brindó explicación previa, mas no hubo intervención directa de las autoras.

Este formato consta de una escala de calificación. Los resultados obtenidos en la prueba posterior se midieron con la prueba de diagnóstico (pretest) y de acuerdo a las diferencias entre ambas se formularon conclusiones relacionadas con el valor de la enseñanza impartida. (Ver Apéndice de Instrumentos Nº 3, pág. 267)

4. "Programa Educativo para Madres Primíparas". Estimulación Precoz en el Crecimiento y Desarrollo del Niño de 0 a 2 Meses:

Este formato está compuesto de dos partes: en la primera se hace mención de algunas generalidades, sobre crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 meses de vida, además, se señala la importancia de la estimulación precoz en este período. En su segunda parte, se presenta el programa en sí, en donde se esquematizan las áreas senso-perceptuales a estimular, que es lo que se desea lograr con la estimulación de dichas áreas, la forma en que se logra esto, el recurso necesario y el tiempo requerido. El mismo abarca todos los aspectos contemplados en la prueba de conocimientos.

El Programa Educativo se dio a la madre primípara en dos tiempos: el primero abarcó al niño en sus primeras 4 semanas de vida, fue entregado a la madre, durante su estancia en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social, posterior a la orientación y demostración del mismo. El segundo, se le ofreció a la madre, durante la primera visita al hogar, es decir, cuando el niño cumplió un mes de vida, con el fin, de reforzar los conocimientos y preparar a la madre en aquellos aspectos que se medirían en el niño al cumplir los dos meses. (Ver Apéndice de Instrumentos Nº 5 y Nº 6, págs. 279 y 290 respectivamente)

5. Hoja de Cotejo para la Madre:

La misma ayudó a medir la actitud de la madre frente al niño. Se encuentra dividida en tal forma, que permitió realizar la observación, durante las dos visitas que se efec

tuaron al hogar, al mes y a los dos meses respectivamente.
(Ver Apéndice de Instrumentos Nº 7, pág. 300)

6. Valoración del Crecimiento y Desarrollo del Niño en
los Dos Primeros Meses de Vida:

Este instrumento permitió a las autoras, medir los grados de respuesta alcanzados por el niño al mes y a los dos meses de vida. El mismo contempla todos los parámetros de crecimiento y desarrollo que deberá alcanzar un niño normal en esos períodos. (Ver Apéndice de Instrumentos Nº 8, pág. 306)

Además de los instrumentos mencionados se utilizó cierto equipo que facilitó la valoración y estimulación de los niños por parte de las autoras del estudio. Este equipo consistió en:

1. Maraca.
2. Linterna de mano.
3. Campanita.
4. Objeto móvil llamativo.
5. Recipiente con esencia de canela.
6. Sabanita.
7. Cuna.

D. PROCEDIMIENTOS.

Los procedimientos que se siguieron en esta investigación fueron los siguientes:

1. Entrenamiento de las autoras del estudio sobre las técnicas de estimulación precoz en recién nacidos en la Sala de Neonatología del Hospital General de la Caja de Seguro Social. Dicho entrenamiento fue brindado por la Sra. Laura de Cardoze, Maestra de Estimulación Precoz en junio de 1986.
2. Confección de los instrumentos en junio de 1986.
3. Prueba de los instrumentos en dos madres primíparas para valorar su efectividad en junio de 1986.
4. Corrección de los instrumentos en junio de 1986. Aunque el ensayo realizado demostró la factibilidad de los instrumentos, fue necesario introducirle algunas modificaciones tales como eliminar preguntas de la Prueba de Conocimientos que presentaban algún grado de dificultad en su comprensión al momento de ser contestada por la madre.
5. Selección de las madres primíparas que participaron en el estudio.
6. Aplicación de los instrumentos en la siguiente forma:

- a. Recolección de los datos de la madre y el niño, mediante la aplicación del formato correspondiente, en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.
 - b. Aplicación de la Prueba de Conocimientos (pretest), durante la estancia materna en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.
 - c. Orientación y demostración de las técnicas de estimulación precoz, durante la estancia materna en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.
 - d. Entrega a la madre del Programa Educativo, correspondiente a las primeras 4 semanas de vida del niño, durante su estancia en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.
7. Visita al hogar al cumplir el niño un mes de vida en agosto de 1986. Durante la misma se efectuó lo siguiente:
- a. Observación directa a la madre utilizando la Hoja de Cotejo correspondiente.
 - b. Observación directa del niño aplicando el instru-

- mento de Valoración de Crecimiento y Desarrollo.
- c. Orientación y demostración a la madre de las técnicas de estimulación precoz necesarias en el niño de 4 a 8 semanas de vida.
 - d. Entrega a la madre del Programa Educativo, correspondiente al período comprendido entre las 4 y 8 semanas de vida.
8. Visita al hogar al cumplir el niño dos meses de vida en septiembre de 1986.
- a. Observación directa a la madre durante la utilización de la Hoja de Cotejo correspondiente.
 - b. Observación directa del niño aplicando el instrumento de Valoración de Crecimiento y Desarrollo.
 - c. Aplicación de la Prueba de Conocimientos (prueba posterior).
 - d. Entrega de Certificado de Participación a las madres del estudio. (Ver Apéndice de Varios Nº 29, pág. 350)
9. Tabulación de los datos en octubre de 1986.
10. Confección de cuadros estadísticos en noviembre de 1986.

11. Análisis de los datos para la verificación de las hipótesis formuladas en diciembre de 1986.

E. MUESTREO.

En el mes de julio de 1986 se hizo un diagnóstico preliminar de la afluencia de pacientes primíparas que dieron a luz en un período de 10 días en el Hospital General de la Caja de Seguro Social, con el fin, de establecer un promedio adecuado para el estudio, ya que el censo de estas pacientes presentaba grandes variaciones.

Se revisó un total de 40 expedientes (100 %) de las madres primíparas que ingresaron a la Sala de Puerperio de dicha institución, lo que constituyó el universo, de los cuales se seleccionó un total de 17 (40.2 %) los que constituyeron la muestra no probabilística. Para la selección de la misma se establecieron ciertos criterios con la finalidad de alcanzar la mayor homogeneidad posible.

Dichos criterios fueron los siguientes:

1. Anuencia a participar en el estudio.
2. Edad de la madre comprendida entre 20 a 30 años.
3. Estudios secundarios completos.
4. Estado civil estable.

5. Evidencia de control prenatal no menor a 2 citas.
6. Ausencia de problemas de salud antes y durante el embarazo, que impliquen un riesgo para el futuro desarrollo del niño.
7. Período de labor no mayor de 12 horas.
8. Período de ruptura de membranas no mayor de 12 horas.
9. Que no haya evidencia de sufrimiento fetal, durante la labor.
10. Que el parto sea normal.
11. Apgar del neonato vigoroso a los 5 minutos (8 - 10).
12. Edad gestacional del neonato entre 38 y 42 semanas.
13. Examen neonatal normal.

F. TECNICAS DE ANALISIS DE LOS DATOS.

Siendo el estudio descriptivo correlacional, el análisis estadístico, está sustentado con el marco teórico utilizando la escala nominal para relacionar las variables. Inicialmente se utilizó el método de palotes para ordenar la información recopilada. Se aplicaron, además, las siguientes medidas estadísticas: porcentual, de tendencia central (media), de dispersión (rango, varianza, desviación estandar), de correlación (Coeficiente de Correlación por Rangos de Spearman

- r_s -, distribución Chi Cuadrado $-X^2$ -, distribución "t" de Student $-t$ -). Estas últimas fueron aplicadas para comprobar la hipótesis central del estudio. Los niveles de significación de cada una de las pruebas oscilaron entre 1 - 5 y 10 %, lo cual se encuentra más detallado en el Apéndice Metodológico, pág. 326.

Las autoras, además, han elaborado un Glosario de Términos y Símbolos Estadísticos para facilitar al lector la comprensión de las pruebas estadísticas realizadas. (Ver págs. 241 y 245 respectivamente)

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Posterior a la obtención de los datos del presente estudio, se procedió al análisis e interpretación de los mismos, confrontando dichos resultados con la base teórica.

Es importante señalar que las conclusiones que se derivan del estudio, son válidas sólo para la muestra considerada en la investigación y de ningún modo podrán establecerse como generalizaciones, más sí podría considerarse como un aporte para otros estudios similares en el campo materno-infantil.

El estudio reveló algunas características de la muestra, dentro de las que se destacan las siguientes:

El 65 % de las madres primíparas seleccionadas desempeñaban oficios técnicos y de oficina, el 23 % se dedica a oficios domésticos y el 12 % son estudiantes universitarias. Esto demuestra que el 77 % de las madres desempeñan algún tipo de actividad fuera del hogar, por lo que, la ayuda del resto de la familia jugará un papel importante en la atención posterior de los niños

Desde el punto de vista afectivo, el período de licencia por ¹gravidéz, fue un factor positivo, ya que tanto la madre como el niño pudieron gozar de una relación más estrecha. (Ver Apéndice de Cuadros y Gráficas Nº 9, pág 316)

El ingreso familiar medio en el grupo de madres primíparas seleccionadas fue de B/289.50 (Ver Apéndice de Cuadros y

Gráficas Nº 10, pág. 317)

Las diferencias individuales en la muestra en cuanto a ingreso, no constituyó un impedimento en el grado de respuesta sensoperceptuales que presentaron los niños.

El 76.5 % de las madres programaron con anticipación su embarazo y el 23.5 % no tenían programado el quedar embarazadas.

El planeamiento del embarazo repercute directamente en el grado de aceptación del bebé, la disposición de la madre para cuidarlo y el vínculo afectivo que se establezca entre el binomio madre-hijo.

Por otro lado, la estabilidad en el hogar el cual es uno de los criterios de selección de la muestra, juega un papel importantísimo para que tanto la madre como el padre deseen tener un hijo. (Ver Apéndice de Cuadros y Gráficas Nº 11, pág. 318)

El Apéndice de Cuadros y Gráficas Nº 12, pág. 319, que trata sobre la actitud de la madre y familiares ante la llegada del bebé, reveló que en un 100 % todos los familiares se encontraban contentos con la llegada del nuevo miembro al hogar, fortaleciendo esto los vínculos afectivos familiares, lo cual constituyó un factor positivo para la aceptación e implementación del Programa Educativo.

El 94 % de las madres realizaron preparativos para la llegada del bebé. Estos preparativos consistieron en: canastilla, espacio físico adecuado, cuna, etc.

El 6 % (que corresponde a una madre), no realizó preparativos. Esta madre presentaba problemas económicos, lo que podría estar incidiendo directamente sobre este aspecto. (Ver Apéndice de Cuadros y Gráficas Nº 13, pág. 320)

Un 88 % de las madres primiparas seleccionadas, cuentan con un área física adecuada para la atención del bebé, factor que contribuye en forma positiva en la relación madre-hijo. (Ver Apéndice de Cuadros y Gráficas Nº 14, pág. 321)

El 76.5 % de las madres seleccionadas, mostraron una actitud positiva hacia el sexo del bebé. Esto influye directamente en el grado de afecto y aceptación que muestre la madre hacia su niño (Ver Apéndice de Cuadros y Gráficas Nº 15, pág. 322)

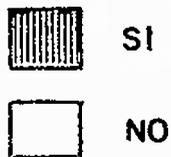
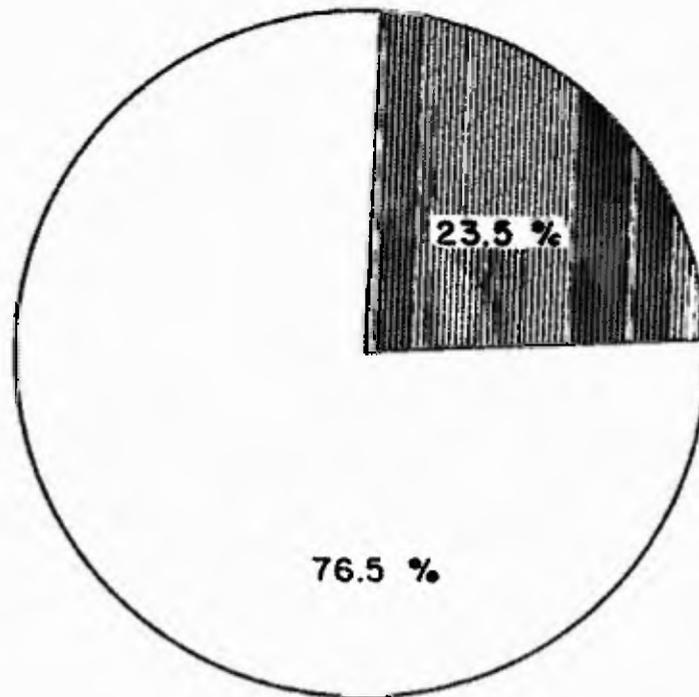
Respecto a la opinión de las madres seleccionadas, sobre la importancia de la estimulación precoz para el crecimiento y desarrollo de su niño, el 100 % de ellas dio una respuesta positiva. Esto refleja de que las madres del estudio se encuentran conscientes de los beneficios que se obtienen para el niño, aumentando esto la receptividad de ellas hacia la orientación brindada a través del Programa Educativo. (Ver Apéndice de Cuadros y Gráficas Nº 16, pág. 323)

El grupo de madres seleccionadas en su totalidad, contaban con algún miembro de la familia que la ayudase en los quehaceres del hogar.

El 94 % de las mismas contaban con la ayuda de su madre. Este factor contribuye a guiar a la madre en los aspectos relacionados con el cuidado del niño. Además, la madre dispone de esta forma de más tiempo para atender al niño fortaleciendo sus lazos afectivos con él y a la vez fortaleciendo la socialización del niño con otros familiares. (Ver Apéndice de Cuadros y Gráficas N° 17, pág. 324)

El resto de los resultados obtenidos se detallan a continuación:

ORIENTACION PREVIA, SOBRE ESTIMULACIÓN PRECOZ
BRINDADA A LAS MADRES PRIMÍPARAS,
DURANTE EL CONTROL PRENATAL
JULIO DE 1986



FUENTE . ENCUESTA APLICADA A MADRES PRIMÍPARAS EN LA
SALA DE PUERPERIO DEL HOSPITAL GENERAL DE
LA CAJA DEL SEGURO SOCIAL EN JULIO DE 1986

Pudo observarse que sólo 4 madres que representan el 23.5 % recibieron durante el control prenatal, orientación relacionada con estimulación precoz, amamantamiento y cuidados generales del bebé (Ver Cuadro Nº 12, pág. 188)

Es significativo que un 76.5 % no haya recibido ninguna orientación, habiendo iniciado su control prenatal en el primer trimestre del embarazo. Estos resultados nos indican que no se está haciendo una educación programada para todas las gestantes, lo que refleja la necesidad de implementar un Programa Educativo que incluya todos los aspectos relacionados con el binomio madre-niño y la importancia de la estimulación precoz.

CUADRO Nº 11

ORIENTACION SOBRE ESTIMULACION PRECOZ, SEGUN PERSONA QUE LA BRINDO A LAS MADRES PRIMIPARAS, DURANTE EL CONTROL PRENATAL. JULIO DE 1986.

PERSONA QUE ORIENTO	MADRES PRIMIPARAS	
	Nº	%
Enfermera Obstetra	3	75
Hermana	1	25
Otros	-	--
TOTAL	4	100

(-) Cantidad nula, cero casos.

Fuente Encuesta aplicada a las madres primíparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

De las cuatro madres antes mencionadas, que si recibieron orientación sobre estimulación precoz, las cuales representaron el 23 5 % de la muestra (ver Gráfica Nº 1, pág 183), el 75 % de las mismas (3 madres), recibieron dicha orientación por la enfermera obstetra y un 25 % (1 madre) recibió la orientación de su hermana

Con frecuencia se observa que el personal de Salud centra la atención prenatal en los aspectos biológicos de la ma-

dre y su niño, restándole importancia a la parte afectiva y de estimulación precoz para el niño, aspectos estos tan importantes desde etapas tempranas del crecimiento y desarrollo integral del niño.

"Skinner, cree que casi toda la conducta humana es producto del reforzamiento operante y que la mayoría de dicho reforzamiento hace mejorar la eficiencia conductual mediante su moldeamiento continuo".¹

En otras palabras podríamos decir, que las personas ante una nueva etapa de su vida, en éste caso la madre, puede encontrarse sin preparación para desempeñar en forma óptima su nuevo rol.

Es significativo el 76.5 % que no recibieron orientación (ver Gráfica Nº 1, pág. 183), ya que por ser primíparas estarían menos preparadas para una intervención más efectiva.

En este estudio se observó que las enfermeras, en su papel de educadoras, tienen una participación muy limitada en una población que requiere grandemente de su orientación, situación que llama la atención, ya que la enfermera es quizás la persona más indicada a través de la Clínica de Control Pre

¹B.F. Skinner citado por Morris I. Bigge, Teorías de Aprendizaje para Maestros. 4ª reimpression (México: Editorial Trillas, S.A., 1979), pp. 307.

natal, para guiar e instruir a esa madre de todos los conocimientos que ella requiere, a fin de que se operen cambios positivos en ella

CUADRO Nº 12

TIPO DE ORIENTACION RECIBIDA, DURANTE EL CONTROL
 PRENATAL POR LAS MADRES PRIMIPARAS. JULIO DE 1986.

TIPO DE ORIENTACION	MADRES PRIMIPARAS
	Frecuencia
Amamantamiento y cuidados del bebé.	4/4
Importancia del afecto y la relación madre-hijo.	3/4
Ejercicios y juguetes apropiados para el bebé.	2/4

FUENTE: Encuesta aplicada a las madres primíparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

El cuadro anterior confirma una vez más de que el tipo de orientación que se le brinda a la gestante, durante su control prenatal va orientada en el caso de la muestra seleccionada, básicamente a los aspectos biológicos y en una menor proporción (75 %) a la importancia del afecto y la relación madre-hijo; mientras que en un 50 % a los ejercicios y juguetes apropiados para el bebé.

Estos resultados nos demuestran que no existe uniformidad en la guía que se le brinda a la gestante en sus citas de control prenatal y podrían justificar la conveniencia de que las autoridades encargadas del Programa Materno Infantil,

normaticen un Programa Educativo secuencial para cada una de las citas del control prenatal, que incluya además de la parte biológica, los aspectos relacionados con la estimulación precoz del niño en las primeras etapas de su vida postnatal.

CUADRO Nº 13

IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION PRECOZ, SEGUN EL
PLANEAMIENTO DEL EMBARAZO EN LAS MADRES PRIMIPARAS.
JULIO DE 1986

PLANEAMIENTO DEL EMBARAZO	IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION PRECOZ				TOTAL	
	IMPORTANTE		CARECE DE IMPORTANCIA		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
SI	13	76.5	--	--	13	76.5
NO	4	23.5	--	--	4	23.5
TOTAL	17	100	--	--	17	100

(-) Cantidad nula, cero casos.

FUENTE: Encuesta aplicada a las madres primíparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

El 76.5 % de las madres planificaron su embarazo y un 23.5 % no había programado con anticipación el mismo.

La planeación del embarazo es un factor que contribuye a facilitar el establecimiento de un vínculo afectivo más sólido entre la madre y su hijo.

Sin embargo, las 17 madres seleccionadas, al considerar importante la estimulación precoz, nos hace pensar de que

el establecimiento de éste vínculo afectivo, no se verá alterado por la falta de planeación del embarazo.

CUADRO Nº 14

CONSIDERACIONES DE LAS MADRES PRIMIPARAS SOBRE LA
 IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION PRECOZ EN SU NIÑO.
 JULIO DE 1986.

IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION PRECOZ	MADRES PRIMIPARAS	
	Nº	%
Influye en el crecimiento y desarrollo del bebé.	9	53
Aprende como cuidar al bebé.	4	23
Ayuda a que al niño le vaya bien.	2	12
Enseña que el bebé necesita afecto.	1	6
Carece de experiencia y le brinda la oportunidad de conocer	1	6
TOTAL	17	100

FUENTE. Encuesta aplicada a las madres primíparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

El 100 % de las madres que conformaron la muestra, opinaron que la estimulación precoz era importante en el niño (Ver Apéndice de Cuadros y Gráficas Nº 16, pág 323)

Basándose en esta respuesta, emitieron las razones por las cuales consideraban valiosa la estimulación precoz y el 53 % de la muestra opinó, que la estimulación precoz influye en el crecimiento y desarrollo del niño

El 47 % señaló que la estimulación precoz, le guía en el cuidado del niño, le ayuda al niño para que le vaya bien y le enseña que el bebé necesita afecto, sobre todo a las ma dres que carecen de experiencia

Estos resultados indican que las madres seleccionadas poseían algún conocimiento sobre estimulación precoz, vinculando el mismo con los beneficios obtenidos en los niños, lo que sustenta la definición que se dio de Hernán Montenegro, sobre estimulación precoz en el aspecto de conceptualización y fundamentos teóricos de la misma (ver pág 21)

CUADRO Nº 15

APRECIACION DE LAS MADRES PRIMIPARAS EN RELACION AL
COMPORTAMIENTO USUAL DE SU BEBE. JULIO DE 1986

COMPORTAMIENTO DEL BEBE	CANTIDAD	
	Nº	%
Tranquilo	13	76.5
Lloroso	4	23.5
Irritable	--	--
TOTAL	17	100

(-) Cantidad nula, cero casos

FUENTE. Encuesta aplicada a las madres primíparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

En el cuadro se aprecia que el 76.5 % de la muestra, considera que su bebé en el postparto mantiene un comportamiento tranquilo.

Esta apreciación de la madre con respecto a su bebé es un factor que influye de una manera positiva hacia un mayor acercamiento de cualquier índole con su bebé y por ende, esto aumenta la receptividad de ella hacia las enseñanzas que el personal de Salud le ofrezca sobre todos los aspectos que se relacionen con el niño.

CUADRO Nº 16

¿COMO CONSIDERA LA MADRE PRIMIPARA EL COMPORTAMIENTO DEL BEBE, SEGUN LA ORIENTACION RECIBIDA, SOBRE ESTIMULACION PRECOZ, DURANTE EL CONTROL PRENATAL?
JULIO DE 1986.

ORIENTACION	COMPORTAMIENTO DEL BEBE			TOTAL
	TRANQUILO	LLOROSO	IRRITABLE	
SI	3	1	-	4
NO	10	3	-	13
TOTAL	13	4	-	17

(-) Cantidad nula, cero casos.

FUENTE: Encuesta aplicada a las madres primiparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

El presente cuadro trata de establecer la relación que existe entre la orientación recibida por la madre sobre estimulación precoz y su apreciación en el comportamiento del niño en el postparto inmediato.

Para la verificación de esta relación empleamos la distribución del Chi-Cuadrado (X^2) y su cálculo dio como resultado, de que a un nivel de significación del 5 % de confianza no podemos rechazar la hipótesis nula (H_0), por lo que es posible que la orientación dada a la madre y su apreciación

sobre el comportamiento de su bebé en el postparto no tengan relación. (Ver cálculo en el Apéndice Metodológico Nº 19, pág. 327)

CUADRO Nº 17

¿COMO CONSIDERA LA MADRE PRIMIPARA EL COMPORTAMIENTO DEL BEBE, SEGUN COMO LLENO EL NIÑO LAS EXPECTATIVAS DEL SEXO? JULIO DE 1986.

EXPECTATIVAS DEL SEXO	COMPORTAMIENTO DEL BEBÉ						TOTAL	
	TRANQUILO		LLOROSO		IRRITABLE		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
SI	9	53	4	23.5	-	-	13	76.5
NO	4	23.5	-	-	-	-	4	23.5
TOTAL	13	76.5	4	23.5	-	-	17	100

(-) Cantidad nula, cero casos.

FUENTE: Encuesta aplicada a las madres primíparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

De un total de 13 madres que representan el 76.5 % de la muestra, las cuales consideraron el comportamiento de su bebé como tranquilo, durante el postparto, 4 madres de éste grupo que constituyen el 23.5 %, no llenaron sus expectativas en cuanto al sexo del bebé.

Este resultado nos indica que a pesar de que el bebé no llenó las expectativas en cuanto al sexo, las madres mantienen un buen concepto en cuanto al comportamiento de su niño. Ya que a través del alojamiento conjunto se fortalece la u-

nión familiar la cual,

"permite a la madre, al niño y al padre, descubrir qué sienten ellos en relación a cada uno, que es, de hecho, el nacimiento de una familia".¹

De igual forma muchas madres, una vez que ha nacido su hijo, comienzan a aceptarlo, aunque el mismo no llene alguna de sus expectativas, ya que las mismas

"desarrollan sentimientos maternales más rápidamente, reasumen sus actividades físicas rápidamente y tienen sentimientos de ser capaces de poder asegurar las necesidades del niño y de su hogar cuando ellas regresen al mismo".²

¹Diony Young, Apego. Cómo los Padres se unen a su Hijo Recién Nacido (Proyecto de Extensión del Programa de Salud Materno Infantil, OPS-OMS, marzo - 1982), pp. 17.

²Ibid.

CUADRO N° 18

¿COMO CONSIDERA LA MADRE PRIMIPARA EL COMPORTAMIENTO
DEL BEBE, SEGUN EL PLANEAMIENTO DEL EMBARAZO?
JULIO DE 1986

PLANEAMIENTO DEL EMBARAZO	COMPORTAMIENTO DEL BEBE			TOTAL
	TRANQUILO	LLOROSO	IRRITABLE	
SI	10	3	-	13
NO	3	1	-	4
TOTAL	13	4	-	17

(-) Cantidad nula, cero casos.

FUENTE: Encuesta aplicada a las madres primíparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

Tratando de establecer la relación que existe entre el planeamiento del embarazo y la apreciación de la madre sobre el comportamiento del bebé, se empleó la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2) y su cálculo dio como resultado de que a un nivel de significación del 5 % de confianza no podemos rechazar la hipótesis nula (H_0), lo cual significa que es muy posible que el planeamiento del embarazo y la apreciación del comportamiento del bebé en este grupo de madres, no estén relacionados. (Ver cálculo en el Apéndice Metodológico N° 20, pág. 329)

CUADRO Nº 19

ACTITUD DE LA MADRE PRIMIPARA EN EL HOGAR CON
RELACION A SU NIÑO POR MES Y Nº CONTROL.
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

MES Y Nº CONTROL DE LA MADRE	TOTAL (puntaje)	ACTITUD DE LA MADRE		
		AFECTO	SEGURIDAD	ACEPTACION
PRIMER MES:				
1	67	42	15	10
2	62	40	12	10
3	66	42	15	9
4	68	42	16	10
5	63	40	14	9
6	69	43	16	10
7	68	42	16	10
8	64	40	14	10
9	63	38	15	10
10	65	41	14	10
11	70	44	16	10
12	64	38	16	10
13	69	43	16	10
14	68	42	16	10
15	61	40	12	9
16	46	29	10	7
17	67	41	16	10
SEGUNDO MES:				
1	70	44	16	10
2	68	44	14	10
3	69	44	16	9
4	70	44	16	10
5	70	44	16	10
6	70	44	16	10

Continuación del Cuadro. Nº 19.

MES Y Nº CONTROL DE LA MADRE	TOTAL (puntaje)	ACTITUD DE LA MADRE		
		AFFECTO	SEGURIDAD	ACEPTACION
7	69	43	16	10
8	68	44	14	10
9	70	44	16	10
10	66	42	14	10
11	70	44	16	10
12	63	37	16	10
13	70	44	16	10
14	70	44	16	10
15	66	42	14	10
16	50	33	10	7
17	67	41	16	10

PUNTAJE: Afecto = 44 puntos.

Seguridad = 16 puntos.

Aceptación = 10 puntos.

TOTAL 70 puntos.

FUENTE: Hoja de Cotejo aplicada a las madres primíparas en el hogar en agosto y septiembre de 1986.

El cuadro nos muestra la actitud de la madre hacia el niño, durante los meses de agosto y septiembre.

La actitud de la madre ha sido medida de acuerdo a tres parámetros globales: afecto, seguridad y aceptación. (Ver desglose en el Apéndice de Instrumentos Nº 7, pág. 300)

Tratándose de una muestra pequeña (17 madres) se utilizó el estadístico de prueba "t" de Student para determinar si la actitud de la madre no ha cambiado (H_0), o la actitud de la madre ha mejorado de un mes con relación al anterior (H_1).

El valor calculado (-1.51) fue mayor que el valor crítico (-1.69) a un nivel de significación del 10 % de confianza, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula (H_0) y queda así comprobado en forma estadística que la actitud de la madre hacia su niño se mantuvo igual en ambos meses. (Ver Apéndice Metodológico N° 21, pág. 331)

Posterior a este cálculo se utilizó la prueba del coeficiente de correlación por rangos de Spearman, tratando de establecer la asociación entre los parámetros de afecto y seguridad en la actitud de la madre, luego entre afecto y aceptación de la madre, ambos en el mes de agosto, ya que por la simililitud de los resultados obtenidos en la valoración del segundo mes, no se hace necesario realizar dichos cálculos, por que el análisis sería similar en el mes de septiembre.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Se observa una alta correlación entre la seguridad y el afecto en la actitud de la madre, durante el mes de agosto (0.67). (Ver cálculos en el Apéndice Metodológico N° 22, pág. 333)

Existe una mediana correlación entre el grado de afecto y el grado de aceptación por parte de la madre (0.52). (Ver cálculos en el Apéndice Metodológico N° 23, pág. 335)

CUADRO Nº 20

ACTITUD DE LA MADRE PRIMIPARA EN EL HOGAR CON RELACION A SU NIÑO POR MES. AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

ACTITUD DE LA MADRE	PRIMER MES				SEGUNDO MES			
	SI		NO		SI		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Afecto	16	94	1	6	16	94	1	6
Seguridad	14	82	3	18	16	94	1	6
Aceptación	16	94	1	6	16	94	1	6

PUNTAJE:

Afecto = SI (37-44 puntos) NO (36 y menos puntos)

Seguridad = SI (14-16 puntos) NO (13 y menos puntos)

Aceptación = SI (9-10 puntos) NO (8 y menos puntos)

FUENTE: Hoja de Cotejo aplicada a las madres primiparas en el hogar en agosto y septiembre de 1986.

Se estableció una escala de calificación para determinar por separado en que parámetro las madres seleccionadas obtuvieron un puntaje adecuado o inadecuado y las diferencias de un mes con relación al otro.

Los resultados obtenidos señalan que el 94 % de las madres, en ambos meses, mostraron afecto hacia sus niños.

La seguridad en el grupo de madres (82 %) fue calificada como adecuada y la misma aumentó a un 94 % en el segundo mes. Es de suponer que la madre en el segundo mes adquiere mayor confianza y mejora sus destrezas en el manejo y cuidado del recién nacido.

En la aceptación de su bebé el 94 % obtuvo una calificación adecuada y una madre que representó el 6 % obtuvo una calificación inadecuada. Este resultado se mantuvo igual en el segundo mes.

En los Cuadros N° 23, pág. 210 y N° 24, pág. 212 se realizaron cálculos de significación estadística "t" de Student para los parámetros de afecto y seguridad relacionando un mes con el otro, respectivamente. Al parámetro aceptación no se le realizó cálculo estadístico, ya que el mismo se mantuvo igual en ambos meses. Sin embargo, se le realizó su desglose en el Cuadro N° 25, pág. 214.

CUADRO Nº 21

TIPO DE COMPORTAMIENTO DE LA MADRE PRIMIPARA EN EL
 HOGAR CON RELACION A SU NIÑO POR MES.
 AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

COMPORTAMIENTO MATERNO	PRIMER MES		SEGUNDO MES	
	Nº	%	Nº	%
Actitud Favorable	16	94	16	94
Actitud Desfavorable	1	6	1	6
TOTAL	17	100	17	100

ESCALA DE CALIFICACION:

60 - 70 puntos = Actitud Favorable.

59 y menos puntos = Actitud Desfavorable.

FUENTE: Hoja de Cotejo aplicada a las madres primíparas en
 el hogar en agosto y septiembre de 1986.

El tipo de comportamiento logrado por la madre, según la escala de calificación dio como resultado, que en ambos meses 16 madres, que representan el 94 % de la muestra, tenían una actitud favorable con sus niños y una madre (6 %) mostró una actitud desfavorable para con su niño.

Es importante que la enfermera a través de las clínicas de crecimiento y desarrollo del niño no sólo se ocupe de valorar los aspectos relacionados con el crecimiento y desarrollo del niño, tales como motricidad, adaptación, vacunas,

etc., sino que a través de la entrevista con la madre pueda detectar oportunamente comportamientos o conductas desfavorables en la madre hacia su niño, los cuales interfieren con el completo desarrollo biopsicosocial del niño, que en etapas posteriores de su desarrollo serían difíciles de corregir y/o remediar.

CUADRO Nº 22

COMPORTAMIENTO DE LAS MADRES PRIMIPARAS, SEGUN
ORIENTACION RECIBIDA SOBRE ESTIMULACION PRECOZ.
JULIO A SEPTIEMBRE DE 1986.

ORIENTACION	TOTAL		COMPORTAMIENTO MATERNO							
			PRIMER MES				SEGUNDO MES			
			Favorable		Desfavorable		Favorable		Desfavorable	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	4	24	4	24	-	-	4	24	-	-
NO	13	76	12	70	1	6	12	70	1	6
TOTAL	17	100	16	94	1	6	16	94	1	6

(-) Cantidad nula, cero casos.

FUENTE: Encuesta y Hoja de Cotejo aplicadas a las madres primíparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social y en el hogar, respectivamente (julio a septiembre de 1986).

El cuadro nos muestra que las 4 madres que recibieron orientación sobre estimulación precoz, mantuvieron un comportamiento favorable con sus niños en ambos meses.

De las 13 madres que no recibieron orientación previa sobre estimulación precoz, solamente una de ellas, que constituye el 6 %, presentó una actitud desfavorable en ambos meses. Sin embargo, es significativo el hecho de que a pesar

de que 12 madres (70 %) no recibieron, durante su control prenatal una orientación adecuada sobre estimulación precoz, hallan mantenido una actitud favorable hacia su niño. Inferimos que uno de los factores positivos en esto fue el Programa Educativo que las autoras del estudio le ofrecieron a las madres, desde el puerperio inmediato y los reforzamientos posteriores a nivel del hogar.

La valoración de la actitud de la madre se efectuó durante la visita al hogar el primer mes y el Programa Educativo, se inició desde el puerperio inmediato.

Se desconocen las causas por las que una madre, a pesar de contar con toda la orientación dada a través del Programa Educativo, mantuvo una actitud desfavorable con su niño. Esto podría hacernos pensar en problemas socioeconómicos, dada sus condiciones de vida u otras razones mucho más profundas.

CUADRO N° 23

ACTITUD DE LA MADRE PRIMIPARA EN EL HOGAR CON
RELACION AL AFECTO BRINDADO A SU NIÑO POR MES.
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

ACTITUD DE LA MADRE	A F E C T O			
	PRIMER MES		SEGUNDO MES	
	Nº	%	Nº	%
Favorable	16	94	16	94
Desfavorable	1	6	1	6
TOTAL	17	100	17	100

ESCALA DE CALIFICACION:

37 - 44 puntos = Actitud Favorable.

36 y menos puntos = Actitud Desfavorable.

FUENTE: Hoja de Cotejo aplicada a las madres primíparas en
el hogar en agosto y septiembre de 1986.

Este cuadro representa un desglose del parámetro afecto
contemplado en el Cuadro N° 20, pág. 204.

Se utilizó el estadístico de prueba "t" de Student para
determinar:

H₀: Si el afecto en la actitud de la madre se ha mante-
nido igual.

H₁: Ha crecido el afecto de la madre hacia su hijo.

El valor calculado (-1.87) fue mayor que el valor crítico (-2.04), a un nivel de significación del 5 % de confianza, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula (H_0).

Queda así comprobado en forma estadística que el afecto en la actitud de la madre se ha mantenido igual en ambos meses. (Ver cálculos en el Apéndice Metodológico N° 24, pág. 337)

CUADRO N° 24

ACTITUD DE LA MADRE PRIMIPARA EN EL HOGAR CON
RELACION A LA SEGURIDAD BRINDADA A SU NIÑO POR MES.
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

ACTITUD DE LA MADRE	S E G U R I D A D			
	PRIMER MES		SEGUNDO MES	
	Nº	%	Nº	%
Favorable	14	82	16	94
Desfavorable	3	18	1	6
TOTAL	17	100	17	100

ESCALA DE CALIFICACION:

14 - 16 puntos = Actitud Favorable.

13 y menos puntos = Actitud Desfavorable.

FUENTE: Hoja de Cotejo aplicada a las madres primíparas en
el hogar en agosto y septiembre de 1986.

El presente cuadro presenta un desglose del parámetro
seguridad contemplado en el Cuadro N° 20, pág. 204.

Se utilizó el estadístico de prueba "t" de Student para
determinar:

H₀: La seguridad en la actitud de la madre se ha mante-
nido.

H₁: La seguridad en la actitud de la madre ha aumentado.

El valor calculado (-0.45) fue mayor que el valor crítico (-2.04), a un nivel de significación del 5 % de confianza, por lo tanto, no existen evidencias significativas para rechazar la hipótesis nula (H_0) y podría pensarse en que el grado de seguridad se ha mantenido al mismo nivel. (Ver Apéndice Metodológico Nº 25, pág. 339)

CUADRO Nº 25

ACTITUD DE LA MADRE PRIMIPARA EN EL HOGAR CON
RELACION A LA ACEPTACION DE SU NIÑO POR MES.
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

ACTITUD DE LA MADRE	A C E P T A C I O N			
	PRIMER MES		SEGUNDO MES	
	Nº	%	Nº	%
Favorable	16	94	16	94
Desfavorable	1	6	1	6
TOTAL	17	100	17	100

ESCALA DE CALIFICACION:

9 - 10 puntos = Actitud Favorable.

8 y menos puntos = Actitud Desfavorable.

FUENTE: Hoja de Cotejo aplicada a las madres primíparas en
el hogar en agosto y septiembre de 1986.

Como puede apreciarse éste cuadro representa un desglose del parámetro aceptación que se enunció con anterioridad en el Cuadro Nº 20, pág. 204.

El grupo de madres en un 94 % mostraron aceptación de su nuevo rol y esto se mantuvo en ambos meses, con excepción de una madre que representa el 6 % de la muestra, quien en ambos meses mantuvo un puntaje bajo en este parámetro.

Estos resultados podrían hacernos pensar en la relación que tiene el hecho de que el 76.5 % de las madres planearon quedar embarazadas, lo que facilita la aceptación del niño una vez que éste ha nacido. (Ver Apéndice de Cuadros y Gráficas N° 11, pág. 318)

Las madres que aceptan su papel desde un inicio tienden generalmente a mantener esta aceptación en etapas posteriores, tal como lo han indicado Klaus y Fanaroff.

"Existen dos lapsos generales durante el embarazo y otro más en el período neonatal, durante los cuales una amplia gama de factores de stress pueden influir profundamente sobre la conducta maternal posterior de una madre y en última instancia, sobre el desarrollo final de su hijo.

Muchas mujeres al principio experimentan pesadumbre y contrariedad cuando quedan embarazadas, por factores que van desde privaciones económicas y problemas de vivienda, hasta dificultades interpersonales. Sin embargo, hacia el final del primer trimestre la mayoría de las mujeres que al principio rechazan el embarazo, se deciden a aceptarlo.

Esta etapa inicial, conduce a la identificación materna del feto que está creciendo como parte integrante de ella misma".

La segunda etapa "es una creciente percepción del feto como individuo aparte, por lo general, al comenzar a percibir los movimientos fetales. Una vez que se inician estos movimientos, la mujer adquiere una sensación de apego y aprecio hacia él.

En este momento se suele observar una mayor aceptación del embarazo y aparecen pronunciados cambios de actitud hacia el feto; niños no esperados y que no querían, pueden resultar aceptados".¹

¹Marshall H. Klaus y Avroy A. Fanaroff, Op. Cit., pp. 168.

CUADRO Nº 26

RESPUESTAS SENSOPERCEPTUALES DEL NIÑO EN EL
HOGAR AL MES Y DOS MESES DE EDAD.
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

MES Y Nº CONTROL DEL NIÑO	TOTAL (puntaje)	PARAMETROS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGUN AREAS SENSOPERCEPTUALES					
		Motor	Sentidos	Lenguaje	Afectivo	Personal Social	Esquema* Corporal
PRIMER MES:							
1	99	42	39	12	3	3	-
2	85	38	31	10	3	3	-
3	97	42	39	10	3	3	-
4	98	41	39	12	3	3	-
5	90	40	36	11	1	2	-
6	96	42	39	10	3	2	-
7	95	42	36	12	3	2	-
8	85	40	31	8	3	3	-
9	95	40	38	12	2	3	-
10	88	38	36	8	3	3	-
11	98	41	39	12	3	3	-
12	91	41	34	10	3	3	-
13	94	41	36	12	3	2	-
14	94	37	39	12	3	3	-

Continuación del Cuadro N° 26.

MES Y N° CONTROL DEL NIÑO	TOTAL (puntaje)	PARAMETROS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGUN AREAS SENSORIOPERCEPTUALES					
		Motor	Sentidos	Lenguaje	Afectivo	Personal Social	Esquema* Corporal
15	89	40	36	8	3	2	-
16	93	40	38	11	2	2	-
17	89	41	35	10	2	1	-
SEGUNDO MES:							
1	144	63	42	12	9	9	9
2	135	58	40	10	9	9	9
3	137	59	42	12	9	9	6
4	137	59	42	12	9	9	6
5	139	59	41	12	9	9	9
6	142	61	42	12	9	9	9
7	134	54	41	12	9	9	9
8	137	56	42	12	9	9	9
9	143	62	42	12	9	9	9
10	137	60	40	10	9	9	9
11	133	55	42	12	9	9	6
12	133	52	42	12	9	9	9
13	139	58	42	12	9	9	9
14	130	52	42	12	9	9	6
15	126	52	40	10	9	9	6

Continuación del Cuadro Nº 26.

MES Y Nº CONTROL DEL NIÑO	TOTAL (puntaje)	PARAMETROS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGUN AREAS SENSORIOPERCEPTUALES					
		Motor	Sentidos	Lenguaje	Afectivo	Personal Social	Esquema* Corporal
16	138	60	42	12	9	9	6
17	126	60	42	10	6	5	3

(-) Cantidad nula, cero casos.

* Sólo se valoró en el segundo mes.

FUENTE: Valoración del Crecimiento y Desarrollo aplicada a los niños en el hogar en los primeros 2 meses de vida (agosto y septiembre de 1986).

Podemos apreciar los puntajes que obtuvieron los 17 niños, durante la valoración en el hogar al mes y dos meses de edad, de cada una de las diferentes áreas sensoperceptuales del niño.

Para el desglose de cada una de las áreas referirse al Apéndice de Instrumentos Nº 8, pág. 306.

Se utilizó el estadístico de prueba "t" de Student para determinar si:

H₀: Las respuestas sensoperceptuales del niño no han cambiado.

H₁: Las respuestas sensoperceptuales del niño han mejorado.

El valor calculado (-26.04) fue menor que el valor crítico (-2.75), a un nivel de significación del 1 % de confianza, por lo que se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se comprueba que las respuestas sensoperceptuales del niño van mejorando al segundo mes. (Ver cálculos en el Apéndice Metodológico Nº 26, pág. 341)

Ubicando a los niños dentro de los criterios de bueno, regular y pobre, de acuerdo a la calificación obtenida en la valoración, el 100 % de los niños demostró un crecimiento y desarrollo bueno en ambos meses. (Ver Cuadro Nº 27, pág. 222)

Relacionando el grado de crecimiento y desarrollo en el niño con el tipo de comportamiento materno, se observó que a pesar de que una madre mantuvo una actitud desfavorable con su niño, éste mantuvo un crecimiento y desarrollo bueno. (Ver Cuadro Nº 28, pág. 223)

Podemos pensar en el hecho de que otros familiares en el hogar juegan un papel importante en el desarrollo de hablidades en el niño. (Ver Apéndice de Cuadros y Gráficas Nº 17, pág. 324)

La prueba estadística del coeficiente de correlación de Pearson al ser aplicada entre el puntaje obtenido por la madre en la prueba posterior y el grado de desarrollo alcanzado en el niño al primero y segundo mes, dió como resultado una relación de 0.21927 y -0 155 respectivamente; como se puede apreciar estos valores están bastante cercanos a cero, por lo que no se puede afirmar categóricamente que existe una relación directa entre el conocimiento de la madre sobre estimulación precoz y el crecimiento y desarrollo alcanzado en el niño de 0 a 2 meses de vida

CUADRO N° 27

GRADO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL NIÑO,
SEGUN RESPUESTAS SENSOPERCEPTUALES EN EL HOGAR,
AL MES Y DOS MESES DE VIDA.
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO	PRIMER MES		SEGUNDO MES	
	Nº	%	Nº	%
Bueno	17	100	17	100
Regular	--	--	--	--
Pobre	--	--	--	--
TOTAL	17	100	17	100

(-) Cantidad nula, cero casos.

FUENTE: Valoración del Crecimiento y Desarrollo aplicada a los niños en el hogar en los primeros 2 meses de vida (agosto y septiembre de 1986).

CUADRO Nº 28

GRADO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL NIÑO,
SEGUN TIPO DE COMPORTAMIENTO DE LAS
MADRES PRIMIPARAS EN EL HOGAR.
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO	TOTAL		COMPORTAMIENTO MATERNO							
			PRIMER MES				SEGUNDO MES			
	Favorable		Desfavorable		Favorable		Desfavorable			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bueno	17	100	16	94	1	6	16	94	1	6
Regular	--	--	--	--	-	-	--	--	-	-
Pobre	--	--	--	--	-	-	--	--	-	-

(-) Cantidad nula, cero casos.

FUENTE: Valoración del Crecimiento, Desarrollo y Hoja de Co-
tejo aplicadas a las madres primiparas y sus niños
en el hogar, en los primeros 2 meses de vida (agos-
to y septiembre de 1986).

El presente cuadro tiene el propósito de hacer un análisis de la Prueba de Conocimientos aplicada a las madres primiparas, seleccionadas en éste estudio (ver Apéndice de Instrumentos Nº 3, pág. 267), según items. En el mismo se observan tanto los items correctos e incorrectos de ambas pruebas.

Los resultados indican que los items Nº 3 y 31 fueron los que presentaron un 100 % de dificultad en las 17 madres en el pretest. Los mismos tratan, sobre aspectos de crecimiento, desarrollo (sueño) y de estimulación precoz (gusto), observándose mejoría en la prueba posterior en un 47 % de las mismas. Sin embargo, hubo otros items que presentaron un menor grado de dificultad en el pretest, el cual fue superado notablemente en la prueba posterior. Por otro lado, 3 de los 60 items que representan el 5 % de los mismos y 19 items que representan el 31.6 % fueron contestados correctamente en el pretest y la prueba posterior respectivamente.

Este aumento en el grado de conocimientos alcanzado por las madres en la prueba posterior, nos hace pensar en la conveniencia de desarrollar un Programa Educativo de este tipo a toda mujer gestante en alguna etapa de su control prenatal.

Posteriormente en los Cuadros Nº 30, 31 y en la Gráfica Nº 2 (ver págs. 226, 229 y 230 respectivamente) se realizará el análisis de los resultados de la Prueba de Conocimientos y del tipo de pregunta correcta, para una mayor ampliación.

CUADRO N° 30

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS APLICADA A LAS MADRES PRIMIPARAS. JULIO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

Nº CONTROL	PRETEST	PRUEBA POSTERIOR
1	69.5	82.5
2	48	79
3	49	72
4	80	88.5
5	73.5	85.5
6	54	83.5
7	72.5	95
8	53	81
9	69	80
10	46.5	82.5
11	75.5	91
12	69	80
13	68	89.5
14	81.5	86
15	56.5	83.5
16	34	72
17	54	84

FUENTE: Prueba de Conocimientos aplicada antes y después de brindado el Programa Educativo, sobre Estimulación Precoz, a las madres primíparas, en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social y en el hogar respectivamente (julio y septiembre de 1986).

Para analizar los resultados de ambas pruebas de conocimientos, se utilizó el estadístico de prueba "t" de Student para determinar si:

H_0 : Los conocimientos de la madre no han mejorado.

H_1 : Los conocimientos de la madre han mejorado.

El valor calculado (-5.91) fue menor que el valor crítico (-2.75) a un nivel de significación del 1 % de confianza, por lo que se rechaza la hipótesis nula (H_0), concluyéndose que los conocimientos de la madre han mejorado, como se desprende de los resultados de la prueba posterior. (Ver cálculos en el Apéndice Metodológico Nº 27, pág. 343)

Relacionando los resultados de la prueba posterior aplicada a las madres con el grado de crecimiento y desarrollo en el niño, observamos que 12 madres, que representan el 71 % de la muestra, obtuvieron una calificación entre buena y excelente, estando también concentrado aquí el mismo número de niños con un grado de crecimiento y desarrollo bueno. (Ver Cuadro Nº 31, pág. 229)

Se confeccionó una escala de calificación para el pre-test y la prueba posterior con el fin de analizar el porcentaje de items correctos en cada uno. (Ver Apéndice de Cuadros y Gráficas Nº 18, pág. 325)

Tal como se planteó en el análisis del Cuadro Nº 26, los valores obtenidos a través de la aplicación de la prueba del coeficiente de correlación de Pearson están muy cercanos a cero. Esto además demostró, en el grupo de madres seleccionadas para el estudio, de que el conocimiento sobre estimulación precoz influyó en un 2.4 % en los grados de respuesta alcanzados por los niños.

Podemos pensar de que además del conocimiento de la madre, existen otros factores en su entorno que juegan un papel importante en las diferentes respuestas que da el niño durante su crecimiento y desarrollo.

CUADRO Nº 31

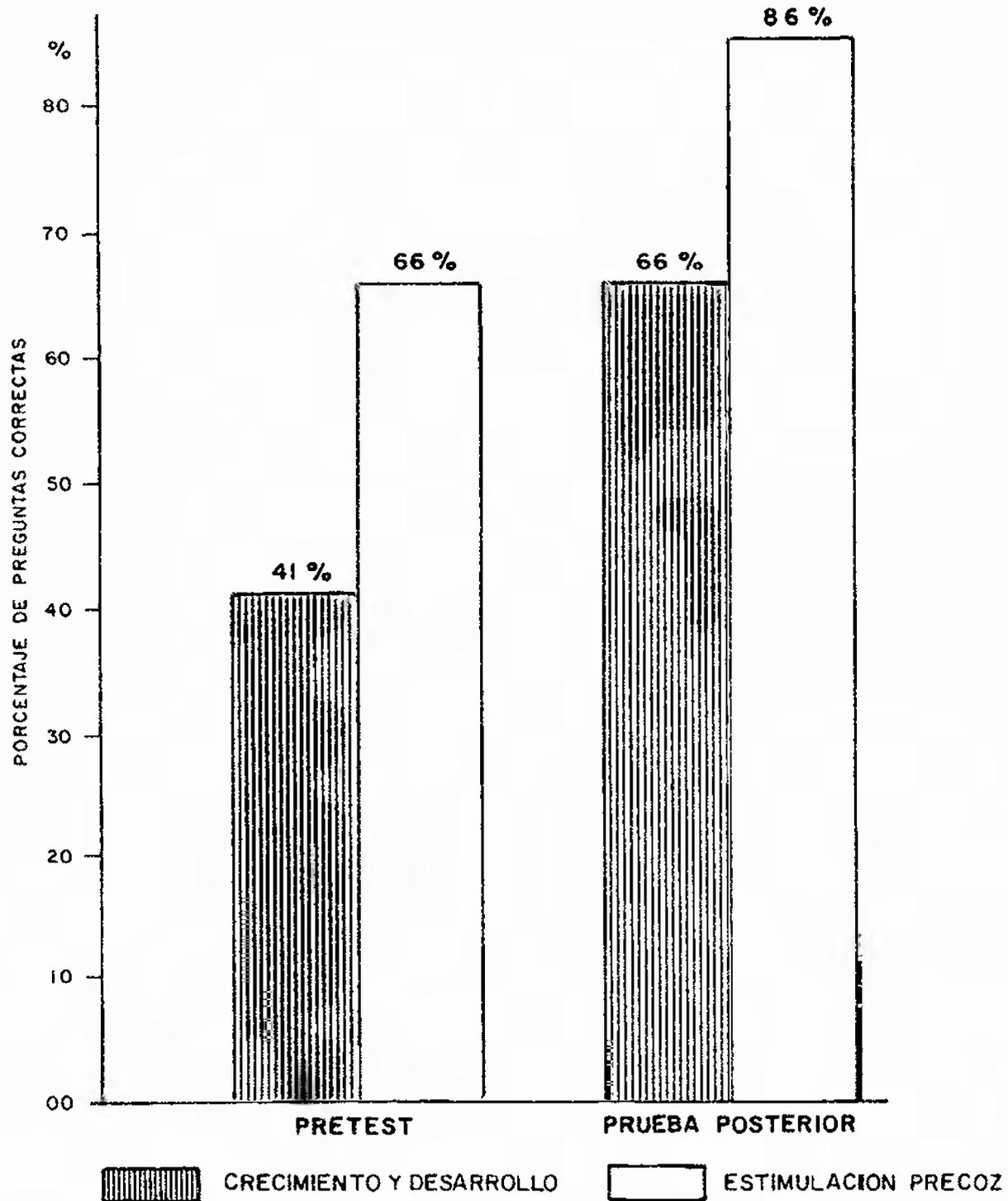
RESULTADOS DE LA PRUEBA POSTERIOR APLICADA A LAS
MADRES PRIMIPARAS, SEGUN GRADO DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO EN EL NIÑO. SEPTIEMBRE DE 1986.

PRUEBA POSTERIOR	CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO					
	BUENO		REGULAR		POBRE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
100 - 91 puntos	2	12	-	-	-	-
90 - 81 puntos	10	59	-	-	-	-
80 - 71 puntos	5	29	-	-	-	-
70 - 61 puntos	-	-	-	-	-	-
60 y menos puntos	-	-	-	-	-	-
TOTAL	17	100	-	-	-	-

(-) Cantidad nula, cero casos.

FUENTE: Prueba de Conocimientos, Valoración del Crecimiento y Desarrollo aplicadas a las madres y a los niños en el hogar en el segundo mes de vida, respectivamente (septiembre de 1986).

PORCENTAJE DE PREGUNTAS CORRECTAS, SOBRE CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ESTIMULACION PRECOZ EN LA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS APLICADA A LAS MADRES PRIMÍPARAS. JULIO Y SEPTIEMBRE DE 1986



FUENTE: PRUEBA DE CONOCIMIENTOS APLICADA ANTES Y DESPUES DE RECIBIDO EL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ESTIMULACION PRECOZ, A LAS MADRES PRIMÍPARAS, EN LA SALA DE PUERPERIO DEL HOSPITAL GENERAL DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL Y EN EL HOGAR RESPECTIVAMENTE..

La Prueba de Conocimientos abarca los siguientes aspectos: crecimiento, desarrollo y actividades que se realizan para estimular cada una de las diferentes áreas sensoriales del niño.

En la gráfica podemos apreciar que el 66 % de las preguntas en el pretest, relacionadas con estimulación precoz, fueron contestadas correctamente, aumentando a un 86 % en la prueba posterior, mientras que un 41 % de aquellas relacionadas con crecimiento y desarrollo en el pretest, fueron contestadas correctamente, aumentando a un 66 % en la prueba posterior. Esto hace pensar en el alto porcentaje de preguntas relacionadas con estimulación precoz, dado el tipo de estudio.

Por otro lado, las experiencias anteriores de la madre facilitan en cierto grado sus conocimientos previos sobre el tema, ya que el contacto de ella con su entorno, el apoyo de familiares, el conocimiento que otros familiares le transmiten y la orientación prenatal son factores que influyen en las respuestas que da la madre.

CONCLUSIONES

Después de haber realizado la revisión bibliográfica relacionada con el tema y el análisis estadístico de los hallazgos encontrados en el estudio, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. Los primeros años de vida del ser humano, constituyen un período crítico desde el punto de vista biológico y emocional, haciéndolo lábil a las influencias del medio ambiente.
2. Mediante el estudio se comprobó que los recién nacidos, aunque considerados seres indefensos y vulnerables, al proporcionárseles estímulos apropiados, responden en forma óptima ante éstos, tal como lo comprueban los Cuadros Nº 26 y 27 de las páginas 217 y 222 respectivamente
3. Las madres seleccionadas mostraron en un 94 % una actitud favorable hacia sus niños, en ambos meses, lo que demuestra la importancia de educar y entrenar a la madre sobre aspectos relacionados con Estimulación Precoz, para que pueda participar activamente en la estimulación de su niño. (Ver Cuadro Nº 21, pág. 206)
4. Mediante la aplicación del estadístico de prueba Chi-Cuadrado, a un nivel de significación del 5 %, se probó que la orientación sobre estimulación precoz, que recibió la madre durante el control prenatal, no guarda ninguna relación con la apreciación posterior de ella acerca del

comportamiento de su bebé en el postparto. (Ver Cuadro N° 16, pág. 195)

5. Los datos evidencian que el planeamiento del embarazo por la madre, no guarda relación con la apreciación de ella acerca del comportamiento de su bebé en el postparto. (Ver Cuadro N° 18, pág. 199)
6. Los resultados obtenidos demostraron que la actitud de las madres hacia sus niños se mantuvo igual en ambos meses. (Ver Cuadro N° 19, pág. 200) Esto nos indica que la preparación de la madre en Estimulación Precoz, jugó un papel importante en el comportamiento que ella mantuvo hacia su niño.
7. Las madres sometidas al Programa de Estimulación Precoz, mostraron una correlación alta, de 0.67, en los parámetros afecto y seguridad, lo que nos indica que las madres preparadas sobre el tópico, muestran un comportamiento positivo ante sus niños, lo cual favorece el desarrollo integral de éste. (Ver Apéndice Metodológico N° 22, pág. 333)
8. Al relacionar los parámetros afecto y aceptación de la madre hacia su niño, se obtuvo una correlación mediana, de 0.52. (Ver Apéndice Metodológico N° 23, pág. 335)
9. El 100 % de los niños sometidos a la Estimulación Pre-

coz, por parte de sus madres, obtuvieron, en ambos meses, buenas respuestas psicomotoras, afectivas y sensoperceptuales. (Ver Cuadro Nº 27, pág. 222)

10. Al aplicar el coeficiente de correlación de Pearson, entre el puntaje obtenido por la madre en la prueba posterior y el grado de desarrollo alcanzado por el niño al primer y segundo mes de vida, dichos valores quedaron cer-
canos a cero, por lo que, no se puede afirmar categóricamente que existe una relación directa entre el conocimien-
to de la madre y el grado de desarrollo alcanzado en el niño de 0 a 2 meses. (Ver Cuadros Nº 26 y Nº 30 de las págs. 217 y 226, respectivamente)
11. Los conocimientos de la madre sobre crecimiento, desarrollo y estimulación precoz mejoraron notablemente en la prueba posterior, lo que comprueba la efectividad de implementar Programas Educativos que aumenten la preparación de la madre. (Ver Cuadros Nº 29 y 30, págs. 224 y 226, respectivamente)
12. El estudio resalta el valor de la enfermera en la preparación de la madre, ya que se logró que el grupo de primi-
paras seleccionadas adquirieran los conocimientos necesarios para tener una participación efectiva en la estimula-
ción de su niño.
13. Es importante el reforzamiento de la madre en el hogar

por parte del personal de enfermería, motivando esto una participación más activa de la madre en todos los aspectos relacionados con el cuidado y estimulación de su niño.

14. El estudio comprueba el valor de la Estimulación Precoz en el desarrollo del niño, ya que ésta le ofrece al niño posibilidades de una mejor adaptación a los diferentes procesos de aprendizaje desarrollando al máximo sus potencialidades.
15. El conocimiento sobre Estimulación Precoz, en el grupo de madres seleccionadas, influyó en un 2.4 % en los grados de respuesta alcanzados en los niños de 0 a 2 meses, lo cual hace pensar en la existencia de otros factores en el entorno familiar que juegan un papel importante en las diferentes respuestas sensoperceptuales que dan los niños en esta etapa.
16. El grupo de madres seleccionadas, mostró receptividad ante la enseñanza impartida, lo que demuestra la necesidad que tiene la madre de que se le brinden nuevos conocimientos en aspectos relacionados con el manejo y estimulación de sus niños.

RECOMENDACIONES

Nuestras recomendaciones al finalizar este estudio son las siguientes:

1. Implementar a nivel de las instituciones de Salud Materno Infantiles, en los diferentes niveles de atención y en todos los rincones del país, Programas Educativos dirigidos a la preparación del núcleo familiar, sobre aspectos relacionados al crecimiento y desarrollo del niño, con énfasis en la Estimulación Temprana, dado el alto porcentaje de madres provenientes de estratos sociales bajos y con niveles de educación deficientes.
2. Estimular al Equipo de Salud para que tenga una participación más activa dentro de lo que es la atención maternoinfantil, desarrollando estrategias tendientes a incentivar la salud de la madre y el niño, principalmente los niños en riesgo, para que éstos puedan desarrollar sus potencialidades al máximo, convirtiéndose en el futuro en individuos útiles para el país que tanto los necesita.
3. Que se incentiven las visitas domiciliarias, con el fin de ayudar a las madres en la adecuada atención de sus niños, principalmente en los dos primeros meses de vida, siendo éste el período de mayor riesgo.
4. Capacitar al personal de enfermería en los aspectos relacionados con la Estimulación Temprana, para que se pueda desenvolver como agente multiplicador dentro de su comu-

nidad.

5. Mantener un sistema de referencia entre el hospital y la comunidad, permitiendo ésto la captación temprana de niños con riesgo menor, que muchas veces se pierden y que ameritan de un seguimiento y tratamiento oportuno.
6. Que exista coordinación entre cada uno de los integrantes del Equipo de Salud, de tal forma que las acciones llevadas a cabo para fomentar el crecimiento y desarrollo del niño sean en forma continua y con criterios unificados.
7. Promover otras investigaciones relacionadas con el crecimiento, desarrollo y estimulación temprana del niño durante el primer año de vida, utilizando una muestra mayor y un grupo control que permita la comprobación de la hipótesis central planteada en el presente estudio.
8. Que el personal de Salud que brinda entrenamiento a las madres, posea conocimientos básicos en el desarrollo infantil, que sea consciente de su responsabilidad ante el futuro intelectual de ellos y que ofrezca guía positiva para alcanzar la estabilidad biopsicosocial del infante.

G L O S A R I O S

GLOSARIO DE TERMINOS ESTADISTICOS

1. Coeficiente de Correlación:

Un instrumento estadístico para describir la relación o asociación existente entre variables. Sirve para expresar el grado hasta el cual se relacionan dos o más factores o fenómenos.

2. Distribución Chi - Cuadrado (X^2):

Es una prueba que mide el significado de las diferencias entre categorías. Se puede utilizar, con ciertas adaptaciones, a un sólo grupo y es especialmente útil en pequeños grupos.

Comprueba la significación de diferencias. La forma para realizarlo consiste en comparar las frecuencias observadas con una frecuencia teórica o esperada. Si no hay diferencias, entonces H_0 es aceptada.

3. Distribución "t" de Student (t):

Es utilizada para muestras pequeñas en donde $N < 30$. Distribución muestral estadística tomada de una población normal.

4. Hipótesis Estadística:

La declaración operacional del pronóstico del investigador.

5. Hipótesis Nula:

Afirma que las diferencias observadas son iguales a cero (0).

6. Niveles de Correlación:

0.00 a 0.30 (positiva o negativa)= Baja correlación.

0.30 a 0.60 (positiva o negativa)= Correlación mediana.

0.60 a 1.00 (positiva o negativa)= Alta correlación.

7. Nivel de Significación:

La decisión de nivel porcentual que se hace al rechazar H_0 en favor de H_1 , cuando la prueba estadística da un valor, cuya probabilidad de incidencia bajo H_0 es menor o igual al nivel establecido.

8. Porcentaje:

La proporción o parte de un todo representado por cualquier número, en relación con 100 unidades.

9. Prueba de Coeficiente de Correlación por Rangos de Spearman (r_s):

Sirve para detectar las similaridades presentes entre grupos y/o variables. Indica la forma en que una variable se "asocia" o es "atraída", hacia o por otra, es decir, como se correlacionan una a otra.

Esta relación entre dos conjuntos de variables tiene que expresarse en términos objetivos y cuantificables. Se

asignan rangos a cada valor, aquellos con puntajes iguales se dividen los rangos presentados y se determina la diferencia entre los rangos y se eleva al cuadrado.

Los resultados se expresan en alta, mediana o baja correlación.

10. Pruebas Estadísticas:

Un mecanismo matemático que interpreta los valores observados para llegar a declaraciones probables sobre la hipótesis.

11. Valores del Coeficiente de Correlación:

Van desde el valor de +1.00, que indica una relación positiva perfecta, pasando por todos los posibles valores decimales hasta el cero (0.00), que indica la ausencia de relación y llegando hasta el valor -1.00, que indica una relación negativa perfecta.

12. Variables:

Son las características que varían de un sujeto a otro dentro de una investigación.

13. Variables Constantes o de Control:

Son características idénticas en todos los miembros del grupo estudiado.

14. Variable Dependiente (Y_i):

Es la variable que mide y establece el criterio para evaluar

luar la variable que se investiga.

15. Variable Independiente (X_1):

Establece la condición que permite apreciar las características variables, y/o el área donde se pueden encontrar tales variantes.

16. Variables Intervinientes:

Son factores que intervienen entre las variables dependiente e independiente. Pueden incluirse en el estudio en forma de variables independientes para estimar sus posibles relaciones con otras independientes.

El papel de estas variables es actuar como puente en la influencia que ejerce la variable independiente sobre la dependiente.

GLOSARIO DE SIMBOLOS ESTADISTICOS

- f_e = Frecuencias esperadas o teóricas.
- f_o = Frecuencias observadas empíricamente.
- gl_t = Equivale al número de observaciones en cada muestra menos el número de estimadores ($n_1 + n_2 - 2$).
- gl_{x^2} = Grados de libertad, viene dado por $(r - 1)(k - 1)$, donde "r" es el número de celdas en las filas y "k" es el número de celdas en las columnas.
- H_1 = Hipótesis alternativa, estadística o de trabajo.
- H_0 = Hipótesis nula.
- χ^2_c = Estadístico de prueba calculado a través de los datos de la muestra.
- χ^2_t = Valor teórico del estadístico Chi - Cuadrado.
- α = Nivel de significación (probabilidad de rechazar la hipótesis nula - H_0).

B I B L I O G R A F I A

LIBROS

- Alvarado, María del Carmen Moya de. Guía para el Manejo del Recién Nacido. Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica, 1977.
- Ander-Egg, Ezequiel. Introducción a las Técnicas de Investigación Social. 3ª ed., Argentina: Editorial Humanitas, S.A., 1981.
- Anderson, Jonathan; Durston, Berry H.; y Poole Millicent. Redacción de Tesis y Trabajos Escolares. 2ª impresión, México: Editorial Diana, S.A., 1973.
- Bee, Helen. El Desarrollo del Niño. México: Editorial Tec-Cien, 1978.
- Bigge, Morris L. Teorías de Aprendizaje para Maestros. 4ª reimpresión, México: Editorial Trillas, S.A., 1979.
- Bleier, I.J. Enfermería Maternoinfantil. 4ª ed., México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1982.
- Briones, Guillermo. Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales. México: Editorial Trillas, S.A., 1982.
- Broadribb, Violet. Enfermería Pediátrica. 3ª ed., México: Editorial Harla, S.A., 1985.
- Butnarescu, Glenda Fregia. Enfermería Perinatal. Salud en la Reproducción. México: Editorial Limusa, S.A., 1982.
- Covo, Milenia. Conceptos Comunes en la Metodología de la Investigación Sociológica. México: Instituto de Investigación Social, 1973.
- Cunningham, Cliff, y Sloper, Patricia. Estimulación Precoz en Casa. España: Editorial Marfil, S.A., 1980.
- Dodson, Fitzhugh. El Arte de ser Padres. 2ª reimpresión, España: Aguilar S.A. de Ediciones, 1975.
- Enciclopedia de la Psicología Océano. El Desarrollo del Niño. España: Ediciones Océano, S.A., Volumen I, 1982.
- Evans, Marilyn, y Hansen, Beverly. Enfermería Pediátrica: Guía Clínica. México: Editorial El Manual Moderno, S.A., 1983.

- Fitzgerald, Hiram E.; Strommen, Ellen A.; y McKinney, John Paul. Psicología del Desarrollo. El Lactante y el Preescolar. 3ª reimpresión, México: Editorial El Manual Moderno, S.A., 1984.
- Friesner, Arline, y Raft, Beverly. Enfermería Materno Infantil. México: Editorial El Manual Moderno, S.A., 1984.
- Gesell, Arnold, y Amatruda, C. Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Métodos Clínicos y Aplicaciones Prácticas. 2ª ed., Argentina: Editorial Paidós, S.A., 1976.
- Hellbrügge, Theodor, y Von Wimpffen, G. Hermann. Los Primeros 365 días de la Vida del Niño. España: Editorial Marfil, S.A., 1976.
- Hilgard, Ernest R., y Bower, Gordon H. Teorías del Aprendizaje. 6ª reimpresión, México: Editorial Trillas, S.A., 1980.
- Keay, A.J., y Morgan, D.M. El Recién Nacido. España: Ediciones Toray, S.A., 1978.
- Kerlinger, Fred N. Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. 2ª ed., México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1983.
- Klaus, Marshall H., y Fanaroff, Avroy A. Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo. 2ª ed., Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A., 1981.
- Klaus, Marshall H., y Kennell, John H. La Relación Madre-Hijo. Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A., 1978.
- Koupernik, Cyrille. Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia. 6ª ed., España: Editorial Luis Miracle, S.A., 1969.
- Leifer, Gloria. Enfermería Pediátrica. Técnicas y Procedimientos. 4ª ed., México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1984.
- Lemke, Donald A. Técnicas de Investigación en Educación. República Dominicana: Editorial Perfil, 1977.
- Levy, Janine. Despertar a la Vida. La "Gimnasia" de tu Bebé. España: Ediciones Daimon, 1977.

- Lewis, Melvin. Desarrollo Psicológico del Niño. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1973.
- McMillan, Julia A.; Stockman III, James A.; y Oski, Frank A. Manual Práctico de Pediatría. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1982.
- Munsinger, Harry. Desarrollo del Niño. 2ª ed., México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1978.
- Mussen, Paul Henry; Conger, John Janeway; y Kagan, Jerome. Desarrollo de la Personalidad en el Niño. 11ª reim-
presión, México: Editorial Trillas, S.A., 1979
- Naranjo, Carmen. Ejercicios y Juegos para mi Niño (de 0 a 3 años). UNICEF-PROCEP, Guatemala: Editorial Piedra Santa, 1980.
- Naranjo, Carmen. Guía de Estimulación Temprana. UNICEF, Guatemala: Editorial Piedra Santa, 1979.
- Naranjo, Carmen. Mi Niño de 0 a 6 años. UNICEF-PROCEP, Guatemala: Editorial Piedra Santa, 1979.
- Nelson, Waldo E.; Vaughan, Víctor C.; y McKay, R. James Tra-
tado de Pediatría. 7ª ed., México: Salvat Mexicana
de Ediciones, S.A., Tomos I y II, 1980.
- Papalia, Diane E., y Wendkos Olds, Sally. Psicología del De-
sarrollo. "De la Infancia a la Adolescencia". 2ª ed.,
Colombia: Editorial McGraw-Hill Latinoamericana,
S.A., 1985.
- Queralt Gimeno, E.; Queralt Gimeno, M.L., y Yague Marinas, A. Educación Maternal Teoría y Práctica. España: Edi-
ciones Toray, S.A., 1985.
- Reeder, Sharon J.; Mastroianni Jr., Luigi; y Martin, Leonide L. Maternity Nursing. 15th ed., Philadelphia. J.B
Lippincott Company, 1983
- Sánchez Hidalgo, Efraín. Psicología Educativa. 9ª ed., Espa-
ña: Editorial Universitaria, 1976.
- Solá Mendoza, Juan. Puericultura. 6ª ed., México. Editorial
Trillas, S.A., 1979.
- Stern, Daniel. La Primera Relación: Madre-Hijo. 2ª ed., Espa-
ña: Ediciones Morata, S.A., 1981.

- Teevan, Richard C., y Birney, Robert C. Teorías sobre Motivación del Aprendizaje. México: Editorial Trillas, S.A., 1972.
- Thompson, E.D. Enfermería Pediátrica. Crecimiento, Desarrollo y Patología del Niño. 4ª ed., México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1984.
- Torroella, Julio Manuel. Pediatría. 2ª ed., México: Editorial Francisco Méndez Oteo, 1982.
- Turabian, Kate L. A Manual for Writers of Term Papers, Theses, and Dissertations. 3rd ed. revised, E.E.U.U.: Foenix Books, 1967.
- UNICEF. Currículum de Estimulación Precoz. Guatemala: Editorial Piedra Santa, 1980.
- Watson, Ernest H., y Lowrey, George H. Crecimiento y Desarrollo del Niño. 10ª reimpresión. México: Editorial Trillas, S.A., 1986.
- Watson, Robert I. Psicología Infantil. 2ª reimpresión. España: Aguilar S.A. de Ediciones, 1979.

REVISTAS

- Anisfeld, Elizabeth, and Lipper, Evelyn. "Early Contact, Social Support, and Mother-Infant Bonding". Pediatrics, Vol. 72 Nº 1 (July, 1983), pp. 79-83.
- Liptak, Gregory S., and others. "Enhancing Infant Development and Parent Practitioner Interaction with the Brazelton Neonatal Assessment Scale". Pediatrics, Vol. 72 Nº 1 (July, 1983), pp. 71-77.
- Ludington-Hoe, Susan M. "¿What can Newborns Really See?". American Journal of Nursing, Vol. 83 Nº 9 (September, 1983), pp. 1286-1289.
- MacCall, Robert B. "Una Revisión Detallada del Estímulo y la Predicción del Desarrollo: Casos de Vínculos Afectivos Tempranos y la Evaluación del Desarrollo". Pediatrics in Review, Vol. 1 Nº 7 (1984), pp. 247-258.
- Muñoz G., Luz Angélica, y otros. "Estimulación Sensorial Programada en Lactantes de Bajo Nivel Socioeconómico". Revista Chilena de Pediatría, Vol. 54 Nº 2 (1983), pp. 117-122.
- Rebolledo A., Annabella, y otros. "Desarrollo Psicomotor del Lactante en Salas Cuna". Revista Chilena de Pediatría, Vol. 54 Nº 2 (1983), pp. 112-116.

TESIS

- Ayarza, Adela Quesada de. "Evaluación del Programa de Interacción Temprana Madre-Hijo en el Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social". Universidad de Panamá, Escuela de Enfermería, 1984.
- Ríos C., Betzaida, y Jiménez, Xenia O. de. "Participación de la Enfermera en la Estimulación Temprana del Niño en la Maternidad María Cantera de Remón, Hospital Santo Tomás. Mayo-1983". Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería, 1985.
- Trejos Pérez, Heriberto. "Estudio Comparativo del Desarrollo de la Percepción Visual entre un Grupo de Niños de Nacimiento a Término y un Grupo de Niños de Nacimiento Prematuro". Universidad de Panamá, Facultad de Filosofía, Letras y Educación, 1975.

OTROS

- Barnard, Kathryn E.; Blackburn, Susan; Kang, Rebecca; y Spietz, Anita L. Las Primeras Relaciones entre los Padres y el Niño. Programa de Formación de Personal de Atención Perinatal de Enfermería. Washington: OPS-OMS, Serie 1, Módulo 3, 1982.
- Lorenzo, Eloisa García E. de. Estimulación Precoz. Acción Preventiva y Remedial. Montevideo: Instituto Interamericano del Niño, 1977. (Folleto)
- Naranjo, Carmen. Juegos y Ejercicios para el Niño en su Primer Año de Vida. UNICEF-PROCEP. Abril, 1979. (Folleto)
- Naranjo, Carmen. Marco Conceptual de la Estimulación Temprana. UNICEF-PROCEP. Abril, 1979. (Folleto)
- Primer Seminario Nacional de Estimulación Temprana del Niño. Medellín, Colombia, agosto 25-26-27, 1981. (Informe)
- Programa Regional de Estimulación Temprana de UNICEF. Guía de Estimulación Motora Temprana. México: Textos de Martín Carrillo R.P.T., 1981. (Folleto)
- Rodríguez, José Gregorio. Guía para la Elaboración y Presentación de Informes de Investigación. Universidad Nacional de Colombia. Sede Manizales.
- Seminario Internacional sobre Estimulación Psico-Social Precoz del Lactante y Preescolar. Santiago de Chile, noviembre 14-15-16, 1977. (Informe)
- UNESCO. El Niño y su Desarrollo desde el Nacimiento hasta los 6 Años. Centro Internacional de la Infancia. París, noviembre, 1978. (Folleto)
- Young, Diony. Apego. Cómo los Padres se unen a su Hijo Recién Nacido. Proyecto de Extensión del Programa de Salud Materno Infantil. OPS-OMS. Marzo, 1982. (Notas bibliográficas)

ENTREVISTAS

Cardoze, Laura F. de. Maestra de Estimulación Precoz del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social.

Escobar, Vielka de. Profesora del Departamento de Administración y Educación. Facultad de Enfermería.

La Motte, Elena de. Profesora del Departamento de Salud Mental. Facultad de Enfermería.

ASESORIAS

Castillo, Margarita de. Profesora del Departamento Materno Infantil. Facultad de Enfermería.

Castro A., Ramón A. Médico General del C.H.M.C.S.S. (Traductor de artículos en inglés).

Chú, Yolanda Sánchez de. Profesora Asistente de la Facultad de Filosofía, Letras y Educación (Correctora de español).

Vega Segura, Carlos. Profesor Estadístico y Matemático de la U.S.M.A. y la Universidad de Panamá.

A P E N D I C E S

APENDICE DE

INSTRUMENTOS

APENDICE Nº 1

UNIVERSIDAD DE PANAMA

FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS CON ESPECIALIZACION
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

FORMATO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Nº _____

FECHA: _____

OBJETIVOS:

1. Recolectar datos generales de la madre primipara y su ni
ño.
2. Identificar los diferentes factores que intervienen en
la relación afectiva del binomio madre-hijo.

Se agradece a todas las madres la colaboración que nos
puedan brindar para el logro de los objetivos trazados.

Atentamente,

Lic. Adela O. de Ayarza

Lic. Sabrina Castro A.

INSTRUCTIVO:

1. El formato no llevará el nombre de la persona que es entrevistada. Llevará un número control para identificar a la persona.
2. Los datos obtenidos serán utilizados con fines educativos.
3. Posterior al análisis de los datos todos los formularios serán destruidos.
4. La información recogida será estrictamente confidencial.
5. El formato será llenado por las autoras del estudio en forma objetiva, plasmando lo que Ud. exprese verbalmente.
6. El formato consta de 2 partes: la primera abarca datos relacionados con la madre y la segunda parte incluye los datos relacionados con el niño.
7. El formato será llenado, durante el tiempo que permanece la madre primípara en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social.

PRIMERA PARTE: Datos de la Madre.

1. Edad:

- a. 20 a 23 años ()
- b. 24 a 27 años ()
- c. 28 a 30 años ()

2. Nivel Educativo:

- a. Primaria completa () Incompleta ()
- b. Secundaria completa () Incompleta ()
- c. Universidad completa () Incompleta ()

3. Estado Civil:

- a. Casada ()
- b. Unida ()
- c. Soltera ()

4. Ocupación:

- a. Secretaria ()
- b. Maestra ()
- c. Oficios domésticos ()
- d. Profesional _____ ()
- e. Otros _____ ()

5. Ingreso Familiar:

- a. 100 a 199 balboas ()
- b. 200 a 299 balboas ()
- c. 300 a 399 balboas ()

- d. 400 a 499 balboas ()
 - e. 500 y más balboas ()
6. ¿El embarazo fue planeado con anticipación?
- a. SI ()
 - b. NO () Si su respuesta es NO:
 - c. ¿Por qué?: _____
7. ¿Ud. se controló el embarazo?
- a. SI ()
 - b. NO () Si su respuesta es NO:
 - c. ¿Por qué?: _____
8. ¿En qué trimestre del embarazo inició su control prenatal?
- a. Primer trimestre ()
 - b. Segundo trimestre ()
 - c. Tercer trimestre ()
9. ¿A cuántas citas de control prenatal acudió Ud.?
- a. 7 a 6 citas ()
 - b. 5 a 4 citas ()
 - c. 3 a 2 citas ()
 - d. 1 cita ()
 - e. Ninguna cita ()
10. ¿Antes de su embarazo presentó Ud. algún problema de salud?

a. SI () Si su respuesta es SI:

b. ¿Cuál?: _____

c. NO ()

11. ¿Qué problemas presentó Ud. durante su embarazo?

TIPO DE PROBLEMA

TRIMESTRE

TIPO DE PROBLEMA	TRIMESTRE
_____	_____
_____	_____
_____	_____

12. ¿Solicitó Ud. ayuda médica para la solución del problema presentado?

a. SI ()

b. NO () Si su respuesta es NO:

c. ¿Por qué?: _____

13. ¿Cómo se siente Ud. con la llegada del bebé?

a. Contenta ()

b. Triste ()

c. Preocupada () Si su respuesta es b o c:

d. ¿Por qué?: _____

14. ¿El bebé llenó sus expectativas en cuanto al sexo?

a. SI ()

b. NO ()

15. ¿Cómo se siente su esposo con la llegada del bebé?

a. Contento ()

- b. Triste ()
- c. Preocupado () Si su respuesta es b o c:
- d. ¿Por qué?: _____
16. ¿Cómo se sienten el resto de los familiares con la llegada del bebé?
- a. Contentos ()
- b. Tristes ()
- c. Preocupados () Si su respuesta es b o c:
- d. ¿Por qué?: _____
17. ¿Realizó Ud. algún preparativo para la llegada del bebé?
- a. SI () Si su respuesta es SI:
- b. ¿Cuáles?: _____
- c. NO () Si su respuesta es NO:
- d. ¿Por qué?: _____
18. ¿Participan otros miembros de la familia en la atención del niño?
- a. SI () Si su respuesta es SI:
- b. ¿Quiénes?: _____
- c. NO () Si su respuesta es NO:
- d. ¿Por qué?: _____
19. ¿Cuenta Ud. con un área física adecuada para atender a su niño?
- a. SI () Si su respuesta es SI:
- b. ¿Cuál?: _____

- c. NO () Si su respuesta es NO:
- d. ¿Por qué?: _____
20. ¿Durante su control prenatal, se le habló de la importancia de la estimulación precoz de su niño?
- a. SI () Si su respuesta es SI:
- b. ¿Por quién?: _____
- c. NO () Si su respuesta es NO:
- d. ¿Por qué?: _____
21. ¿En qué consistió dicha orientación?
- a. Cuidados del bebé ()
- b. Juguetes apropiados para el bebé ()
- c. Ejercicios apropiados para el bebé ()
- d. Importancia del afecto ()
- e. La relación madre-hijo ()
- f. El amamantamiento ()
22. ¿Considera Ud. importante la estimulación precoz durante el crecimiento y desarrollo de su niño?
- a. SI ()
- b. NO () Si su respuesta es SI o NO:
- c. ¿Por qué?: _____
- _____

SEGUNDA PARTE: Datos del Niño.

23. Tiempo de labor de la madre: _____

24. Tiempo de ruptura de membranas: _____
25. Líquido amniótico:
- a. Claro ()
 - b. Meconial ()
 - c. Sanguinolento ()
26. Sexo:
- a. Masculino ()
 - b. Femenino ()
27. Apgar a los 5 minutos:
- a. 10 a 8 ()
 - b. 7 a 5 ()
28. Edad gestacional: _____
29. Peso al nacer: _____
30. ¿El niño ha tenido algún problema de salud desde su nacimiento?
- a. SI () Si su respuesta es SI:
 - b. ¿Cuál?: _____
 - c. NO ()
31. ¿Cómo considera Ud. el comportamiento general de su niño?
- a. Tranquilo ()
 - b. Lloroso ()

c. Irritable ()

32. El examen neonatal de su niño fue:

a. Normal ()

b. Anormal ()

c. Dudoso ()

APENDICE Nº 2

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS CON ESPECIALIZACION
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

TABLA MAESTRA PARA EL CONTROL DE LA MUESTRA

NOMBRE DE LA MADRE	NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCION	TELEFONO	OBSERVACIONES

Elaborado por: Lic. Adela Q. de Ayarza y Lic. Sabrina Castro A.

APENDICE Nº 3

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS CON ESPECIALIZACION
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

FORMATO PARA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

El presente formato fue elaborado por dos enfermeras quienes actualmente están realizando estudios de Maestría en Enfermería Materno Infantil. El mismo forma parte de su trabajo final de graduación.

Esperamos de Ud. toda la cooperación que pueda brindar; ya que los resultados que se obtengan de esta prueba redunderán posteriormente en beneficios, tanto para Ud. como para su niño.

OBJETIVO:

Valorar los conocimientos que tiene la madre primípara sobre el crecimiento, desarrollo del niño y la importancia de la estimulación precoz.

INSTRUCCIONES PREVIAS:

1. Los datos que se obtengan a través de este formato serán de uso estrictamente confidencial.

2. Dependemos de la veracidad en sus respuestas con el fin de lograr resultados de gran validez en esta investigación.
3. Posterior a la utilización de los datos obtenidos, los formularios serán destruidos.
4. Los datos obtenidos serán utilizados con fines educativos.
5. Al contestar este formato no debe colocar su nombre.

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO:

1. Este formato será llenado, durante el tiempo en que permanezca la madre en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social.
2. Léalo detenidamente antes de contestar.
3. La prueba estará dividida en dos secciones:
 - a. La primera constará de 10 preguntas en donde Ud. seleccionará la mejor respuesta, encerrando en un círculo la letra de la alternativa elegida. Seleccione SOLO UNA ALTERNATIVA por pregunta.
 - b. La segunda constará de 2 columnas: la "Columna A" tendrá 10 áreas a estimular y la "Columna B" tendrá una serie de actividades a realizar. Ud. deberá subrayar aquellas actividades que considere apropiadas para el

estímulo de dichas áreas. Podrá elegir MAS DE UNA ALTERNATIVA.

4. Solicite guía en el caso de que una pregunta no esté lo suficientemente clara.
5. No deje preguntas sin contestar.
6. Entregue el formato después de completado a las autoras del presente estudio.

Le agradecemos su colaboración. Atentamente,

Lic. Adela Q. de Ayarza

Lic. Sabrina Castro A.

FORMATO PARA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

Nº _____

FECHA: _____

PRIMERA PARTE: Seleccione la mejor respuesta.

1. Consideras que tu bebé es capaz de:
 - a. Ver y oír.
 - b. Reconocer el ambiente en que se encuentra.
 - c. Reconocer a las personas que lo rodean.
 - d. Todas las anteriores.

2. El aprendizaje en el bebé es:
 - a. Lento.
 - b. Rápido.
 - c. Tardío.

3. Durante las primeras semanas de vida el bebé duerme de:
 - a. 8 a 10 horas.
 - b. 11 a 14 horas.
 - c. 15 a 17 horas.
 - d. 18 a 20 horas.

4. ¿Qué tipo de alimentación consideras que beneficiaría más la relación madre-hijo?
 - a. Leche materna combinada con leche artificial.
 - b. Solamente leche materna.
 - c. Leche artificial.
 - d. Leche artificial con cereal y jugos.

5. ¿Qué necesidades tiene el niño desde que nace?
 - a. Alimentación.
 - b. Afecto.
 - c. Seguridad.
 - d. Eliminación.
 - e. Todas las anteriores.

6. Para Ud. ¿Qué significado tiene la palabra estimulación precoz?
 - a. Actividades que se le realizan al niño en forma oportuna.
 - b. Actividades que ayudan en el desarrollo físico y psicológico del niño.
 - c. Actividades que se realizan solo en un período del crecimiento y desarrollo del niño.
 - d. Tanto a como b.
 - e. Tanto a como c.

7. ¿Quiénes pueden participar en la estimulación de tu bebé?
 - a. Únicamente la madre.
 - b. El padre, hermanos y otros familiares.
 - c. El personal de Salud.
 - d. Todos los anteriores.

8. El niño puede ser estimulado mediante el contacto con:
 - a. Colores y sonidos.

- b. Olores y texturas.
 - c. Ejercicios y afecto.
 - d. Tanto a como c.
 - e. Tanto b como c.
 - f. Todas las anteriores.
9. ¿En qué momentos la madre puede estimular al niño?
- a. Durante la alimentación.
 - b. En los cambios de pañal.
 - c. Durante las horas de descanso.
 - d. Durante el baño.
 - e. Tanto a, b y d.
 - f. Todas las anteriores.
10. ¿Qué beneficios consideras que la estimulación precoz le proporciona al niño?
- a. Contribuye a su crecimiento y desarrollo.
 - b. Se fortalece la armonía y la unidad familiar.
 - c. Se aumentan las capacidades y potencialidades del niño.
 - d. Tanto a como c.
 - e. Todas las anteriores.

SEGUNDA PARTE: Subraye las actividades que Ud. considere necesarias (de la "Columna B"), para estimular cada una de las áreas señaladas (en la "Columna A").

"Columna A"	"Columna B"
AREAS A ESTIMULAR	¿QUE ACTIVIDADES USTED HARIA?
1. Para estimular el TACTO de tu niño.	a. Dejar que el niño manotee. b. Patalee. c. Dejar que agarre objetos de distintas formas. d. Dejar que sienta diferentes texturas.
2. Para estimular la VISTA de tu niño.	a. Colocarle objetos llamativos frente al rostro y moverlos. b. Pasearlo por diferentes ángulos dentro de la casa. c. Mantenerle los ojos cubiertos para que la luz no le moleste. d. Mirarlo al rostro.
3. Para estimular la AUDICION de tu niño.	a. Tocarle una maraquita tratando de que el niño voltee hacia donde proviene el ruido. b. Colocarle un juguete musical. c. Hablarle con frecuencia. d. Mantener la habitación libre de ruidos. e. Mantener la radio a un volumen alto.

"Columna A"	"Columna B"
AREAS A ESTIMULAR	¿QUE ACTIVIDADES USTED HARIA?
4. Para estimular el LENGUAJE de tu niño.	a. Sonreírle y acariciarlo. b. Mostrarle una cara muy expresiva. c. Hablarle suave y cariñosamente frente a su cara. d. Hacerle gestos. e. Hablarle chiquito.
5. Para estimular la SUCCION y el GUSTO de tu niño.	a. Tocarle los labios. b. Amamantarlo. c. Introducirle un dedo limpio en la boca. d. Ayudarlo a reconocer el sabor de la leche, el agua y la miel.
6. Para estimular el área AFECTIVA de tu niño.	a. No cargarlo tan a menudo. b. Abrazarlo y acariciarlo. c. Calmarlo cuando llora. d. Llamarlo por su nombre. e. Darle pequeños masajes de la cabeza a los pies.
7. Para fortalecer los MUSCULOS DE LOS BRAZOS.	a. Se le colocan ambos brazos cruzados sobre el pecho. b. Se levantan los brazos en forma alterna. c. Se le permite que estire los brazos para alcanzar objetos en la cuna.

"Columna A"	"Columna B"
AREAS A ESTIMULAR	¿QUE ACTIVIDADES USTED HARIA?
8. Para estimular el OLFATO de tu niño.	a. Amamantarlo. b. Permitirle que sienta el olor materno. c. Al bañarlo aprovechar para que sienta el olor del jabón. d. Permitirle que sienta el olor de su ropa al cambiarlo.
9. Para estimular sus MOVIMIENTOS CORPO- RALES.	a. Voltear al niño de boca arriba a boca abajo y viceversa. b. Permitirle movimientos libres en la bañera. c. Evitar ropas y pañales apretados. d. Evitar que el niño se mueva colocándole muchas almohadas en la cuna.
10. Para fortalecer los MUSCULOS DE LA NUCA Y ESPALDA.	a. Mantener al niño sentado en las rodillas, durante largos momentos. b. Acostarlo boca abajo la mayor parte del tiempo que está despierto. c. Acostarlo boca arriba la mayor parte del tiempo que está despierto.
11. Para estimular la parte SOCIAL del niño.	a. Darle la oportunidad de que se familiarice con otras personas. b. Hablarle chiquito. c. Cargarlo y permitir que otros lo acaricien.

"Columna A"	"Columna B"
AREAS A ESTIMULAR	¿QUE ACTIVIDADES USTED HARIA?
12. Para fortalecer los MUSCULOS DE LAS PIERNAS.	<ul style="list-style-type: none"> d. Sonreirle. e. Llamarlo por su nombre. a. Darle masajes suaves desde la cadera hasta las piernas. b. Ejercitar ambas piernas hacia arriba y hacia abajo. c. Permitirle que patalee libremente. d. No dejar que movilice las piernas.

¡GRACIAS POR SU COLABORACION!

ESCALA DE CALIFICACION:

- 100 - 91 puntos = A = Excelente.
90 - 81 puntos = B = Bueno.
80 - 71 puntos = C = Regular.
70 y menos pts = D = Deficiente.

INTERPRETACION DE LA ESCALA DE CALIFICACION:**1. Excelente:**

Amplio dominio de los aspectos más relevantes, relacionados con el crecimiento, desarrollo y la estimulación precoz en el niño de 0 a 2 meses de vida.

2. Bueno:

Dominio de los aspectos relevantes, relacionados con el crecimiento, desarrollo y la estimulación precoz en el niño de 0 a 2 meses de vida.

3. Regular:

Dominio limitado de los aspectos relacionados con el crecimiento, desarrollo y la estimulación precoz en el niño de 0 a 2 meses de vida.

4. Deficiente:

Conocimiento muy limitado sobre los aspectos relacionados con el crecimiento, desarrollo y la estimulación precoz en el niño de 0 a 2 meses de vida.

APENDICE Nº 5

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS CON ESPECIALIZACION
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

"PROGRAMA EDUCATIVO PARA MADRES PRIMIPARAS"
ESTIMULACION PRECOZ EN EL CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 MESES
PRIMERA PARTE

OBJETIVO.

Ofrecer a la madre primipara las herramientas necesarias para que pueda estimular en forma adecuada a su niño de 0 a 2 meses

GENERALIDADES SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

Para tí, que experimentas la emoción de ser mamá por vez primera, necesitas conocer algunos aspectos importantes del crecimiento y desarrollo de tu bebé durante las primeras 8 semanas de vida, con el fin, de que puedas valorar los cambios progresivos en él y a la vez detectar en forma oportuna cualquier desviación en su crecimiento y desarrollo esperado.

El niño nace con una estructura física capaz de seguir creciendo y desarrollándose fuera del útero de la madre. Es necesario que Ud. conozca que a pesar de que el recién nacido es un ser indefenso y dependiente, trae consigo todo un

material genético heredado de sus padres, además de una serie de potencialidades que se irán desarrollando a medida que va creciendo.

El recién nacido, al igual que Ud., tiene necesidades básicas como son: la alimentación, la eliminación, el afecto y la seguridad del medio ambiente que lo rodea, siendo éstos los elementos necesarios para que sus capacidades físicas, mentales y sociales se desarrollen en un grado máximo.

El niño cuenta con su cuerpo como única estructura, éste conjuntamente con sus sentidos, van a permitir que él pueda ser capaz de establecer una relación efectiva con su medio ambiente. La cantidad de estímulos que él reciba a través de los sentidos le ayudarán a avanzar en forma óptima hacia su crecimiento y desarrollo.

Es importante que sepas que el recién nacido no es un ser vegetativo, él es capaz de ver, oír e ir reconociendo el ambiente en que se encuentra y las personas que lo rodean. Este aprendizaje es lento, pero con el esfuerzo sostenido y continuo de sus padres, él logrará alcanzarlo.

Durante las primeras semanas de vida, el bebé duerme por largos períodos a excepción de los ratos en que come y se baña, es normal que duerma un promedio de 18 a 20 horas al día, las cuales se irán reduciendo a medida que el niño crezca.

La leche materna es el mejor alimento del niño en este período, un niño amamantado crece en mejores condiciones físicas y mentales. Independientemente del gran valor nutritivo de la leche materna, el ingrediente más importante para que el bebé se sienta seguro y feliz, es la actitud agradable y calmada que Ud. le prodigue al alimentarlo.

Háblele a su bebé cariñosamente y sonríale, para que le de confianza en sí mismo, mientras lo está bañando.

Desde que nace el niño succiona, mantiene la cabeza levantada brevemente mientras está boca abajo. Presenta a veces sobresaltos que irán desapareciendo. Extiende y flexiona brazos y piernas, así como cruza y descruza los pies. Descubre con los ojos el mundo que lo rodea, siguiendo con éstos los objetos, ve caras y sonríe. Reconoce a su madre, también a su padre si tiene oportunidad de compartir mucho tiempo con él. Reacciona ante el sonido. Afina y adapta sus reflejos primarios, especialmente la prensión y conserva involuntariamente en la mano el objeto que se le pone en ella. Balbucea de manera espontánea y también como respuesta. Es capaz de reaccionar ante las reacciones de la madre.

Resaltaremos un aspecto muy importante: la interacción entre los padres y su hijo, la cual es esencial para la formación de los vínculos familiares. Por medio de los sentidos este vínculo puede darse, por lo tanto, es necesario que

Ud. no pierda aquellas oportunidades en que pueda cargar, tocar, acariciar, besar y hablar a su niño, logrando con esto la armonía y la unidad familiar.

IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION PRECOZ:

Es necesario que Ud. conozca que a pesar de que el niño nace con toda una serie de elementos que le permiten adaptarse al medio ambiente exterior, necesita que se le ofrezcan los estímulos necesarios para que todos esos elementos se desarrollen bien y él pueda avanzar en una forma óptima. Permite, además, que se pueda detectar oportunamente cualquier problema que el niño presente en su equipo corporal, sus sentidos, reacciones mentales y sociales.

La estimulación precoz son todas las actividades que se le realizan al niño en forma adecuada y oportuna para lograr su desarrollo físico y psicológico.

Es necesario conocer las etapas del crecimiento y desarrollo para estimular de manera efectiva todo el potencial de que es capaz el niño.

El niño es estimulado mediante el contacto con colores, sonidos, olores, texturas, ejercicios y afecto, los cuales deberán ir acordes con la edad y desarrollo esperado.

La cantidad de estímulos está estrechamente relacionada con la capacidad, interés y actividad del niño. No se debe

forzar, ni cansar. Los ratos que se dedican a la alimentación del niño, a sus cambios de pañal, baño, a conversar con él o a facilitar sus juegos, son ideales para aprovecharlos en su estimulación temprana.

A continuación te brindamos una pequeña guía, la cual te ayudará en la estimulación que puedas brindarle a tu niño en las primeras 8 semanas de vida. Es necesario que sepas que con la ayuda e interés que demuestres al poner en práctica esta guía en beneficio de tu bebé, lograrás que él pueda crecer y desarrollarse en forma óptima.

IA DE ESTIMULACION PRECOZ PARA NIÑOS EN LAS PRIMERAS 4 SEMANAS DE VIDA

AREA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
	Estimular el sentido del TACTO	Que el niño sienta sus manos y todo su cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular sus manos, sus manos, sus pies y todo su cuerpo. * Tocándolos. * Rozándolos. * Haciendo presión sobre ellos (suavemente), con objetos diferentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Objetos de distintas formas, tamaños, consistencia, que no le hagan daño y no sean peligrosos. Ejemplo. juguetes apropiados para su edad. - Tus manos. 	Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen algunas horas entre cada estimulación.
	Estimular la VISION (sus ojos)	Despertar y mantener la atención de sus ojos (atención visual)	<ul style="list-style-type: none"> - Poner un objeto de color llamativo o con luz: * En el centro de su cara, separado como a 3 pulgadas * Ir moviéndolo suavemente del centro hacia un lado, del centro hacia arriba y abajo, en forma ondulada. - Pasear al niño dentro y fuera de la casa. - Colocarle en la cuna objetos móviles llamativos. - Establezca contacto visual con el bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Objetos (juguetes o cosas) con colores brillantes. - Linterna pequeña. - Tu cara expresiva. 	Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen algunas horas entre cada estimulación.

AREA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
	Estimular la AUDICION (sus oídos).	Despertar y mantener la atención de sus oídos (atención auditiva).	<ul style="list-style-type: none"> - Hablarle al niño - Ponerle un juguete musical - Acercarlo al pecho. - Tocarle una maraca o campanita. - Hablarle primero hacia un oído y luego hacia el otro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Voz humana. - Objetos como: maraca, campanita, juguete musical, radio. - Tus manos. 	<p>Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen algunas horas entre cada estimulación.</p> <p>Además al bañarlo, cambiarlo, vestirlo y alimentarlo</p>
	Estimular el sentido del OLFATO.	Que el niño reconozca diferentes olores.	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir que sienta el olor: * De su madre. * De la leche materna. * Del jabón al bañarlo * De sus ropas al cambiarlo 	<ul style="list-style-type: none"> - Sus ropas. - La leche materna - Tus manos. - Tu cuerpo. - El jabón del bebé. 	<p>Durante unos minutos al bañarlo, cambiarlo, vestirlo, alimentarlo.</p>
	Ayudar a que el niño distinga SABORES, CHUPE y TRAGUE con más fuerza	Favorecer al máximo el desarrollo de sus facultades gustativas. Estimular el reflejo de la succión.	<ul style="list-style-type: none"> - Toca sus labios y lengua con tu dedo muy limpio con agua azucarada o miel. - Póngale el pezón o el biberón en los labios y observe cómo succiona el niño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tu dedo bien limpio. - Miel o agua azucarada. - El pecho materno. - Un biberón. 	<p>Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen unas horas entre cada estimulación.</p> <p>También al alimentar al niño.</p>

IDEA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
	Prepararlo para la COMUNICACION VERBAL (de sonidos gutu-palabra).	Estimular la sonrisa, gestos, gritos y sonidos guturales en el niño.	<ul style="list-style-type: none"> - Hablarle suave y cariñosamente frente a su cara. - Sonreírle. - Tener una cara muy expresiva. - Hacerle gestos. - Cantarle. 	<ul style="list-style-type: none"> - La voz humana y expresiones de cualquier persona que conviva con el niño y en especial sus padres. 	Durante unos minutos al bañarlo, cambiarlo, vestirlo, alimentarlo; cuando lllore y antes de dormirlo.
	Fortalecer las RELACIONES entre los padres y el niño.	Establecer vínculos positivos entre los padres y el niño y viceversa.	<ul style="list-style-type: none"> - Abrazarlo y acariciarlo. - Calmarlo cuando llora. - Llamarlo por su nombre. - Darle pequeños masajes de la cabeza a los pies. - Hablarle cariñosamente. - Cantarle y sonreírle. - Besarle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tus manos cariñosas. - La voz suave de sus padres o de quien cuide del niño. - Tus labios. 	Durante unos minutos al bañarlo, cambiarlo, vestirlo, alimentarlo; cuando lllore y antes de dormirlo.
	Proporcionar los medios que ayuden a la ADAPTACION y SOCIALIZACION en el ambiente en que el niño se desenvuelve.	Que el niño crezca en un ambiente seguro.	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir que otras personas le conversen y lo acaricien mientras Ud. lo carga. - Pasearlo. - Llamarlo por su nombre. - Sonreírle. - Cantarle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los miembros de la familia. - Un ambiente agradable. - Voz humana. 	Durante unos minutos al bañarlo, cambiarlo, vestirlo, alimentarlo; cuando lllore y antes de dormirlo.

IDEA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
CUELLO Y ESPALDA	Preparar al niño para que pueda tener DOMINIO de la CABEZA	Reforzar los músculos de la nuca y espalda.	<ul style="list-style-type: none"> - Acostarlo boca abajo la mayor parte del tiempo en que está despierto. - En esta posición darle masajes en cuello y espalda para relajarlo y tonificar los músculos. - Traccionar para sentarlo, mantenerlo de 20 a 30 segundos, luego coloca tu mano detrás de su cuello y suavemente vuélvele a acostar. 	<ul style="list-style-type: none"> - La cuna del niño, el corral u otros - Tus manos 	Varias veces al día cuando el niño está despierto.
	Estimular los MOVIMIENTOS de ambos BRAZOS.	Lograr la relajación y extensión de los brazos. Estimular el reflejo de prensión palmar.	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar ambos brazos al centro y afuera, arriba y abajo. - Cruzar los brazos sobre el pecho del niño. - Tocar con cada mano del niño el hombro opuesto. - Dar masajes y rotaciones en el hombro. - Relajar brazos de hombro a mano dando palmaditas y golpecitos suaves - Permitirle que agarre un objeto con las manos más o menos 30 segundos 	<ul style="list-style-type: none"> - Tus manos. - Una maraca o juguete pequeño que el niño pueda sostener con la mano. 	Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen algunas horas entre cada estimulación.

AREA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
ABDOMEN	Estimular los MUSCULOS ABDOMINALES.	Facilitar las deposiciones en el niño y tonificar los músculos del abdomen.	<ul style="list-style-type: none"> - Con tus dedos realiza una cruz en el abdomen del niño. - Con tus dedos realiza un círculo alrededor del ombligo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tus dedos. - La cuna del niño, corral u otros. 	Durante unos minutos antes del baño. Además, cuando el niño se observe lloroso e irritable por no poder evacuar con facilidad.
MOTRIZ - PIERNAS	Estimular los MOVIMIENTOS de ambas PIERNAS.	Lograr la relajación y extensión de las piernas. Estimular el reflejo de prensión plantar.	<ul style="list-style-type: none"> - Relajar las piernas de cadera a pies con golpecitos y masajes suaves. - Llevar 1 ó 2 piernas arriba y abajo. - Coloca tu dedo índice entre las rodillas del niño, tu otra mano apóyala en las plantas de los pies y sube y baja suavemente sus piernas sin llegar a tocar la mesa. - Ejerce cierta presión en las plantas del pie del niño para ayudarlo a que tome impulso y se arrastre. - Roza las plantas de sus pies con objetos pequeños para favorecer el agarre plantar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tus manos. - Objetos pequeños. - La cuna del niño o alguna superficie apropiada. 	Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen algunas horas entre cada estimulación.

AREA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
CORPORALES	Ayudar al niño a VOLTEARSE.	Facilitar los movimientos voluntarios en el niño.	<ul style="list-style-type: none"> - Estira el brazo y piernas del lado hacia el cual se desea voltear al niño; dobla la rodilla del lado opuesto para facilitarle el impulso. - Permítele movimientos libres en la bañera. - Evítale ropas y pañales apretados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tus manos. - La cuna del niño, el corral u otra superficie apropiada. - La bañera del niño. 	Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen algunas horas entre cada estimulación.
	Hacer que el niño ya reconozca las PARTES de su CUERPO.	Que el niño se familiarice con su cuerpo y el de otras personas.	<ul style="list-style-type: none"> - Tocarle e irlo acariciando por todo el cuerpo, a la vez que le vas nombrando la parte del cuerpo que le vas tocando. - Mantén un orden de la cabeza a los pies. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manos cariñosas de los padres o de quien cuida al niño. - La voz suave de sus padres o de quien cuide del niño. 	Durante unos minutos después del baño, cuando llora mucho y antes de dormirlo.

Elaborado por:

Lic. Adela Q. de Ayarza

Lic. Sabrina Castro A.

APENDICE Nº 6

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS CON ESPECIALIZACION
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

"PROGRAMA EDUCATIVO PARA MADRES PRIMIPARAS"
ESTIMULACION PRECOZ EN EL CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 MESES
SEGUNDA PARTE

OBJETIVO:

Ofrecer a la madre primípara las herramientas necesarias para que pueda estimular en forma adecuada a su niño de 0 a 2 meses.

En la primera parte del Programa Educativo tuvistes la oportunidad de conocer aspectos relacionados con la estimulación del niño en las primeras 4 semanas de vida, ahora entras a un segundo período en donde, además de poner en práctica lo antes aprendido, aplicarás nuevas habilidades para estimular a tu niño.

Algunos ejercicios siguen el patrón anterior, otros tendrás que iniciarlos como nuevos, ya que tu niño tiene un mes de vida y se encuentra en capacidad de recibir otros estímulos que le permitirán seguir desarrollándose en forma óptima.

Te haremos la demostración de los ejercicios con el niño

y luego tendrás la oportunidad de practicarlos con la finalidad de poder reforzarte aquellos que no te hayan quedado muy claros con la demostración.

Recuerda evitar los movimientos bruscos, rápidos o nerviosos. Tu bebé responderá mejor si tú estás relajada y dispuesta.

No hay porque practicar estos ejercicios en un momento determinado, si el bebé o tú no se encuentran dispuestos, espera la ocasión propicia, porque no se trata de un trabajo, sino más bien de un juego placentero que el niño va a compartir contigo u otro familiar.

Elaborado por:

Lic. Adela O. de Ayarza

Lic. Sabrina Castro A.

GUIA DE ESTIMULACION PRECOZ PARA NIÑOS ENTRE 4 A 8 SEMANAS DE VIDA

EA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
	Estimular el sentido del TACTO.	Que el niño sienta sus manos, sus pies y todo su cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular sus manos, sus pies y todo su cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> * Tocándolos. * Rozándolos. * Haciendo presión sobre ellos (suavemente), con objetos diferentes. - Darle la oportunidad de que sienta diferentes temperaturas (frío, tibio). 	<ul style="list-style-type: none"> - Objetos de distintas formas, tamaños, consistencia, que no le hagan daño y no sean peligrosos. Ejemplo: juguetes apropiados para su edad. - Tus manos. 	Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen algunas horas entre cada estimulación.
	Estimular la VISION (sus ojos).	Despertar y mantener la atención de sus ojos (atención visual).	<ul style="list-style-type: none"> - Poner un objeto de color llamativo o con luz: <ul style="list-style-type: none"> * En el centro de su cara, separado como a 3 pulgadas. * Muévalo suavemente de izquierda a derecha y viceversa formando un ángulo de 180°. - Establezca contacto visual con el bebé. - Hágale mímicas para que el niño la mire a la cara. - Pasear al niño dentro y fuera de la casa. - Colocarle en la cuna objetos móviles llamativos. - Permítale que se vea en un espejo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Objetos (juguetes o cosas) con colores brillantes. - Linterna pequeña. - Tu cara expresiva. - Espejo. 	Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen algunas horas entre cada estimulación.

REA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
	Estimular la AUDI-CION (sus oídos).	Despertar y mantener la atención de sus oídos (atención auditiva).	<ul style="list-style-type: none"> - Hablarle al niño. - Ponerle un juguete u objeto musical. - Acercarlo al pecho. - Tocarle una maraca o campanita. - Hablarle primero hacia un oído y luego hacia el otro. - Varie el tono de su voz cuando le hable al bebé. - Cantarle. - Permitirle que escuche otras voces y sonidos ambientales. - Hágale demostraciones de diferentes sonidos corporales: <ul style="list-style-type: none"> * Chasquido de lengua. * Chasquido de los dedos. * Aplausos. * Besos ruidosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Voz humana. - Objetos como: maraca, campanita, juguete musical, radio. - Tus manos. - Tus labios. 	<p>Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen algunas horas entre cada estimulación.</p> <p>Además al bañarlo, cambiarlo, vestirlo y alimentarlo.</p>
	Estimular el sentido del OLFATO.	Que el niño reconozca diferentes olores.	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir que sienta el olor: <ul style="list-style-type: none"> * De su madre. * De la leche materna. * Del jabón al bañarlo. * De sus ropas al cambiarlo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sus ropas. - La leche materna. - Tus manos. - Tu cuerpo. - El jabón del bebé. 	<p>Durante unos minutos al bañarlo, cambiarlo, vestirlo, alimentarlo.</p>

REA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
GUSTO Y SUCCION	Ayudar a que el niño distinga SABORES, CHUPE y TRAGUE con más fuerza.	Favorecer al máximo el desarrollo de sus facultades gustativas. Estimular el reflejo de la succión.	<ul style="list-style-type: none"> - Toca sus labios y lengua con tu dedo muy limpio con agua azucarada o miel. - Póngale el pezón o el biberón en los labios y observe como succiona el niño. - Oprima las comisuras de los labios del bebé como tratando de juntarlos. - Estimule el labio inferior con sus dedos antes de colocarle el chupón o el pezón. - Dele golpecitos suaves con los dedos debajo de la barbilla. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tu dedo bien limpio. - Miel o agua azucarada. - El pecho materno. - Un biberón. - Tus manos. 	Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen unas horas entre cada estimulación. También al alimentar al niño.
	Prepararlo para la COMUNICACION VERBAL (de palabra).	Estimular la sonrisa, gestos, gritos y vocalización en el niño (a-e-u).	<ul style="list-style-type: none"> - Hablarle suave y cariñosamente frente a su cara. - Sonreírle. - Tener una cara muy expresiva. - Hacerle gestos. - Cantarle. - Repetir los sonidos que él emite. 	<ul style="list-style-type: none"> - La voz humana y expresiones de cualquier persona que conviva con el niño y en especial sus padres. 	Durante unos minutos al bañarlo, cambiarlo, vestirlo, alimentarlo; cuando lllore y antes de dormirlo.

REA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
AFECTIVA	Fortalecer las RELACIONES en entre los pa-dres y el niño.	Establecer vínculos positivos entre los pa-dres y el niño y viceversa.	<ul style="list-style-type: none"> - Abrazarlo y acariciarlo. - Calmarlo cuando llora. - Llamarlo por su nombre. - Mantenerlo en una posición cómoda y relajada junto a su cuerpo mientras lo alimenta. - Cambiarlo de ropa cada vez que lo amerite. - Permita que otras personas lo abracen y acaricien. - Cantarle y sonreírle. - Besarlo. - Hablarle cariñosamente. - Darle pequeños masajes de la cabeza a los pies. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tus manos cariñosas. - La voz suave de sus padres o de quien cuida del niño. - Tus labios. 	Durante unos minutos al bañarlo, cambiarlo, vestirlo, alimentarlo; cuando lllore y antes de dormirlo.
	Proporcionar los me-dios que ayuden a la ADAPTACION y SOCIALIZACION en el ambiente en que el niño se desenvuelve.	Que el niño crezca en un ambiente seguro.	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir que otras personas le conversen y lo acaricien mientras Ud. lo carga. - Pasearlo. - Llamarlo por su nombre. - Sonreírle y cantarle. - Alimentelo en un horario establecido, teniendo en cuenta su propio ritmo. - Estableciendo contacto visual con el niño y hablándolo cariñosamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los miembros de la familia. - Un ambiente agradable. - Voz humana. 	Durante unos minutos al bañarlo, cambiarlo, vestirlo, alimentarlo; cuando lllore y antes de dormirlo.

AREA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
	Preparar al niño para que pueda tener DOMINIO de la CABEZA.	Reforzar los músculos de la nuca y espalda. Lograr que el niño levante la cabeza en un ángulo de 45° al estar boca abajo.	<ul style="list-style-type: none"> - Acostarlo boca abajo la mayor parte del tiempo en que está despierto. - En esta posición darle masajes en cuello y espalda para relajarlo y tonificar los músculos. - En esta posición coloque un objeto llamativo al nivel de los ojos, muévalo lentamente hacia arriba, de modo que el niño mueva la cabeza para seguir viendo el objeto. - Traccionar para sentarlo, mantenerlo en posición de sentado de 30 a 45 segundos, luego coloca tu mano detrás de su cuello y suavemente vuélvele a acostar. - Al acostar al niño boca arriba roce suavemente la parte opuesta del cuello hacia donde deje la cabeza, hasta lograr que la voltee. - Cárguelo y sujétele la espalda y cabeza con la mano, reduzca poco a poco este apoyo, de tal manera que el niño pueda sostener su cabeza sólo por unos segundos. 	<ul style="list-style-type: none"> - La cuna del niño, el corral u otros. - Tus manos. - Objetos llamativos. - Tus brazos. 	Varias veces al día cuando el niño está despierto.

IEA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
	Estimular los MOVIMIENTOS de ambos BRAZOS.	Lograr la reja- ción y exten- sión de los bra- zos. Estimular el reflejo de prensión pal- mar.	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar ambos brazos al centro y afuera, arriba y abajo. - Cruzar los brazos sobre el pecho del niño. - Tocar con cada mano del niño el hombro opuesto. - Dar masajes y rotaciones en el hombro. - Relajar brazos de hombro a mano dando palmaditas y golpecitos suaves. - Permitirle que agarre un objeto con las manos más o menos 30 segundos. - Coloque un objeto móvil a una distancia de 15 cms de la cuna, a fin, de que el niño pueda tocarlo y darle manotadas. - Coloque un objeto llamativo en sus manos y luego aléjelo para ver si él trata de cogerlo. - Permitirle que manotee en la bañera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tus manos. - Una maraca o juguete pequeño que pueda sostener el niño con la mano. - La bañera del niño. - Objetos llamativos. 	Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen algunas horas entre cada estimulación.

AREA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
	Estimular los MUSCULOS ABDOMINALES.	Facilitar las deposiciones en el niño y tonificar los músculos del abdomen.	<ul style="list-style-type: none"> - Con tus dedos realiza una cruz en el abdomen del niño. - Con tus dedos realiza un círculo alrededor del ombligo. - Evítale ropas y pañales apretados. - Con tu dedo pulgar e índice realizale pequeños peñizcos en forma de caracol hasta llegar al ombligo. - Besa su abdomen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tus dedos. - La cuna del niño, el corral u otros. - Tus labios. 	Durante unos minutos antes del baño. Además cuando el niño se observe lloroso e irritable por no poder evacuar con facilidad.
	Estimular los MOVIMIENTOS de ambas PIERNAS.	Lograr la relajación y extensión de las piernas.	<ul style="list-style-type: none"> - Relajar las piernas de cadera a pies con golpecitos y masajes suaves. - Llevar 1 ó 2 piernas arriba y abajo. - Coloca tu dedo índice entre las rodillas del niño, tu otra mano apóyala en las plantas de los pies y sube y baja suavemente sus piernas sin llegar a tocar la mesa. - Ejerce cierta presión en las plantas del pie del niño para ayudarlo a que tome impulso y se arrastre. - Permite que patalee en la bañera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tus manos. - Objetos pequeños. - La cuna del niño o alguna superficie apropiada. - La bañera del niño. 	Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen algunas horas entre cada estimulación.

AREA	ACTIVIDAD	¿QUE QUEREMOS?	¿COMO HACERLO?	¿QUE SE NECESITA?	¿CUANDO HACERLO?
MOVIMIENTOS CORPORALES	Ayudar al niño a VOLTEARSE.	Facilitar los movimientos voluntarios en el niño.	<ul style="list-style-type: none"> - Estira el brazo y piernas del lado hacia el cual se desea voltear al niño; dobla la rodilla del lado opuesto para facilitarle el impulso. - Permítele movimientos libres en la bañera. - Evítale pañales y ropas apretados. - Acueste al niño boca arriba sobre una superficie cómoda. - No lo mantenga mucho tiempo arropado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tus manos. - La cuna del niño, el corral u otra superficie apropiada. - La bañera del niño. 	Varias veces al día, por poco tiempo (2 ó 3 minutos) y esperando que pasen algunas horas entre cada estimulación.
	Hacer que el niño ya reconozca PARTES de su CUERPO.	Que el niño se familiarice con su cuerpo y el de otras personas.	<ul style="list-style-type: none"> - Tocarle e irlo acariciando por todo el cuerpo, a la vez que le vas nombrando la parte del cuerpo que le tocas. - Mantén un orden de la cabeza a los pies. - Colóquelo frente a un espejo para que reconozca las diferentes partes de su cuerpo. - Colóquele las manos y los pies a una distancia en la que el niño pueda verlos, juegue Ud. con ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manos cariñosas de los padres o de quien cuida al niño. - Espejo. - Tu cuerpo. - La voz suave de sus padres o de quien cuide del niño. 	Durante unos minutos después del baño, cuando lllore mucho y antes de dormirlo.

APENDICE Nº 7

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS CON ESPECIALIZACION
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

HOJA DE COTEJO PARA LA MADRE

Nº _____

OBJETIVO:

Valorar la actitud que presenta la madre primípara frente a su niño de 1 y 2 meses.

INSTRUCTIVO:

1. El formato no llevará el nombre de la madre que es observada; el mismo tendrá un número control para identificarla.
2. Los datos obtenidos serán utilizados con fines educativos. Posterior al análisis de éstos, todos los formularios serán destruidos.
3. El formato será llenado a lápiz por las autoras del estudio, en forma objetiva mediante la observación directa de la madre junto a su niño, además de preguntas indirectas para medir aquellos aspectos que no se puedan observar.

4. El formato consta de 3 columnas básicas:
 - a. Los comportamientos a evaluar en donde se medirá la actitud de la madre en cuanto a: afecto, seguridad y aceptación.
 - b. La evaluación de la primera visita al hogar.
 - c. La evaluación de la segunda visita al hogar.
5. Las visitas al hogar se realizarán cuando el niño cumpla su primer y segundo mes de vida.
6. La valoración de los comportamientos se hará colocando un gancho (✓):
 - a. Debajo de la casilla SI, cuando el comportamiento a observar esté presente en ese momento en la madre.
 - b. Debajo de la casilla NO, cuando el comportamiento a observar esté ausente en ese momento en la madre.
7. Para catalogar a la madre bajo una actitud favorable o actitud desfavorable, se le asignará valor a las columnas SI y NO de la siguiente forma:
 - a. Columna SI = 2 puntos c/u x 35 items = 70 puntos.
 - b. Columna NO = 1 punto c/u x 35 items = 35 puntos.
8. Al final se realizará la suma de los puntajes obtenidos en los 35 items, separándolos por mes. Aquellas madres que logren un puntaje de 70 a 60, se considerará que man tienen una ACTITUD FAVORABLE con sus niños. Aquellas que logren un puntaje de 59 y menos, se considerará que man-

tienen una ACTITUD DESFAVORABLE con sus niños.

A continuación se presentan los valores por separado de cada aspecto a evaluar en la primera y segunda visita al hogar:

AFECTO = 22 items x 2 puntos = 44 puntos.

SEGURIDAD = 8 items x 2 puntos = 16 puntos.

ACEPTACION = 5 items x 2 puntos = 10 puntos.

TOTAL 70 puntos

HOJA DE COTEJO PARA LA MADRE

COMPORTAMIENTOS A EVALUAR	PRIMERA VISI TA AL HOGAR		SEGUNDA VISI TA AL HOGAR	
	SI	NO	SI	NO
AFECTO:				
- Busca una posición cómoda para ambos al alimentarlo.				
- Lo acurruca al alimentarlo.				
- Evita acuñaar el biberón en la cuna.				
- Tiene un horario de alimentación preestablecido, sin embargo, lo aplica en forma flexible.				
- Pone atención al niño mientras lo alimenta.				
- Evita distraerse en otras actividades mientras lo alimenta.				
- Lo acaricia, lo mira, le habla, lo besa, le sonríe.				
- Se preocupa por sacarle gases al niño después de la alimentación.				
- Valora la importancia de alimentar bien al niño.				
- Le proporciona un ambiente sano al niño.				
- Lo llama por su nombre.				
- El área en donde atiende al niño está libre de riesgos.				
- Mantiene al niño aseado.				
- Ante el llanto del bebé acude a atenderlo con prontitud.				
- Se levanta en las noches para atender al bebé.				
- Se preocupa por dejar a una persona entrenada en el cuidado del niño, cuando ella sale del hogar.				
- Lo llevó ella misma a su primera cita de control en el Centro de Salud o Policlínica.				

COMPORTAMIENTOS A EVALUAR	PRIMERA VISITA AL HOGAR		SEGUNDA VISITA AL HOGAR	
	SI	NO	SI	NO
- Sigue indicaciones dadas sobre su cuidado.				
- Comunica los progresos alcanzados por su niño.				
- Se muestra receptiva e interesada por conocer más sobre el crecimiento y desarrollo del bebé.				
- Ha organizado sus actividades diarias para la atención de ella, el niño y su compañero.				
- Planea sus actividades en base a la atención de su niño.				
SEGURIDAD:				
- Busca una conducta más participativa del padre para la atención del niño.				
- Se siente cómoda y satisfecha con la llegada del niño.				
- Es receptiva ante la enseñanza dada y la pone en práctica.				
- Se observa satisfecha con su nuevo rol materno.				
- Mantiene una buena imagen corporal.				
- Se observa tranquila, relajada y dispuesta.				
- Es capaz de identificar en su niño necesidades de: alimentación, comodidad, amor y afecto, seguridad.				
- Se encarga de atender al bebé el mayor tiempo posible.				
ACEPTACION:				
- Habla con agrado del niño, en forma espontánea y se siente orgullosa de tenerlo como parte de la familia.				
- Ha hecho arreglos para permanecer más tiempo en casa con el niño.				

COMPORTAMIENTOS A EVALUAR	PRIMERA VISI TA AL HOGAR		SEGUNDA VISI TA AL HOGAR	
	SI	NO	SI	NO
- Está planeando con anticipación quién se encargará del cuidado del niño al incorporarse a su trabajo.				
- Está dispuesta a realizar ajustes en su rutina, para poder atender a su niño.				
- Incorpora al niño a sus actividades sociales.				

Elaborada por:

Lic. Adela Q. de Ayarza

Lic. Sabrina Castro A.

APENDICE Nº 8

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS CON ESPECIALIZACION
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

VALORACION DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO
EN LOS PRIMEROS DOS MESES DE VIDA

Nº _____

OBJETIVO:

Valorar el grado de crecimiento y desarrollo alcanzado en el niño de 1 y 2 meses de vida.

INSTRUCTIVO:

1. El formato no llevará el nombre del niño que es observado; el mismo tendrá un número control para identificarlo.
2. Los datos obtenidos serán utilizados con fines educativos; posterior al análisis de éstos, todos los formularios serán destruidos.
3. El formato será llenado a lápiz por las autoras del estudio, en forma objetiva mediante la observación directa de las respuestas del niño ante los estímulos de cada una de las áreas a valorar.
4. El formato consta de 4 columnas básicas:

- a. Las áreas a evaluar.
 - b. Los parámetros de crecimiento y desarrollo.
 - c. La evaluación de la primera visita al hogar.
 - d. La evaluación de la segunda visita al hogar.
5. Las visitas al hogar se realizarán cuando el niño cumpla su primer o segundo mes de vida.
6. Las áreas a evaluar serán aquellas que fueron consideradas en el Programa Educativo.
7. Los parámetros de crecimiento y desarrollo utilizados, es tán fundamentados en el Programa de Crecimiento y Desarrollo del Ministerio de Salud y en el asesoramiento por par te de personal especializado en Estimulación Precoz.
8. La valoración del grado de crecimiento y desarrollo alcanzado por el niño en las diferentes visitas se hará colocando un gancho (✓):
- a. Debajo de la casilla B, cuando el parámetro a evaluar sea BUENO; es decir, cuando el niño dé una respuesta completa del ítem evaluado, con el mínimo estímulo por parte del examinador.
 - b. Debajo de la casilla R, cuando el parámetro a evaluar sea REGULAR; es decir, cuando el niño no responde en su totalidad al estímulo por parte del examinador.
Amerita una estimulación repetitiva.
 - c. Debajo de la casilla P, cuando el parámetro a evaluar

sea POBRE e incluso ausente; es decir, amerita una máxima estimulación por parte del examinador para lograr una respuesta pobre.

9. Cuando el parámetro a evaluar se subdivide en los aspectos a observar en el primer o segundo mes, SOLO será valorado aquel que le corresponda según la edad del niño, mientras que el otro aspecto quedará en blanco.
10. La ponderación se realizará mediante la aplicación de la siguiente escala:
 - a. Bueno = 3 puntos.
 - b. Regular = 2 puntos.
 - c. Pobre = 1 punto.
11. Al final se realizará la suma de los puntajes obtenidos en cada ítem, separándolos por mes, de la siguiente forma:
 - a. El primer mes consta de 33 ítems, con un puntaje máximo de 99 puntos distribuidos así:

Motor = 14	Afectivo = 1
Sentidos = 13	Personal Social = 1
Lenguaje = 4	Esquema Corporal = 0
 - b. El segundo mes consta de 48 ítems, con un puntaje máximo de 144 puntos distribuidos así:

Motor = 21	Afectivo = 3
Sentidos = 14	Personal Social = 3
Lenguaje = 4	Esquema Corporal = 3

E S C A L A

Primer mes:

Segundo mes:

Crecimiento y Desarrollo:

Crecimiento y Desarrollo:

Bueno = 83 - 99 puntos.

Bueno = 120 - 144 puntos.

Regular = 66 - 82 puntos.

Regular = 95 - 119 puntos.

Pobre = 65 y menos puntos.

Pobre = 94 y menos puntos.

CLASIFICACION: _____

CLASIFICACION: _____

INTERPRETACION DE LA ESCALA DE CALIFICACION:

Bueno: Significa que el crecimiento y desarrollo alcanzado es bueno y la estimulación que le ofrece la madre es buena.

Regular: Significa que el niño no ha respondido en su totalidad a los estímulos. En su crecimiento y desarrollo hay algunas áreas que tienen necesidad de una mayor estimulación de su madre.

Pobre: El niño no ha alcanzado su crecimiento y desarrollo normal. Necesita una máxima estimulación en cada una de las áreas sensitivomotoras.

VALORACION DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO
EN LOS DOS PRIMEROS MESES DE VIDA

PARAMETROS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	PRIMERA VISITA AL HOGAR			SEGUNDA VISITA AL HOGAR		
	B	R	P	B	R	P
TACTO:						
- Manifiesta movimientos corporales, llanto o algún gesto:						
* Al ejercer presión sobre las diferentes áreas de su cuerpo.						
* Al ponerlo en contacto con diferentes temperaturas.						
VISTA:						
- Es capaz de establecer contacto visual con un objeto llamativo o la cara del examinador.						
- Es capaz de seguir con la vista un objeto llamativo:						
* Del centro hacia los lados, en un ángulo de 90° (1er mes).						
* De izquierda a derecha y viceversa, en un ángulo de 180° (2do mes).						
- Reacciona cerrando los ojos o con llanto o con gestos al iluminarlos con una linterna.						
- Sigue una persona en movimiento (2do mes).						
AUDICION:						
- Reacciona con llanto, sobresalto o gestos en la cara al sonar una campana o maraca (1er mes).						
- Es capaz de voltear la cabeza hacia el lado de donde proviene el sonido (maraca o voz).						
- Presta atención al sonido deteniendo su mirada y sus movimientos (2do mes).						
- Presta atención al hablarle, cantarle o al emplear diversos sonidos corporales.						

PARAMETROS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	PRIMERA VISITA AL HOGAR			SEGUNDA VISITA AL HOGAR		
	B	R	P	B	R	P
OLFATO:						
- Reacciona con llanto, aumento de los movimientos respiratorios o gestos en la cara, al sentir diferentes olores.						
GUSTO Y SUCCION:						
- El niño succiona al colocársele un dedo con miel sobre los labios y saborea.						
- El niño localiza el pezón de la madre o el chupete del biberón, cuando se le coloca cerca de los labios.						
- El niño responde con el reflejo de búsqueda cuando se le estimula el área peribucal.						
- Al momento en que la madre alimenta al niño, éste es capaz de tragar bien la leche.						
LENGUAJE:						
- El niño es capaz de:						
* Hacer gestos.						
* Gritar o llorar.						
* Emitir sonidos guturales (1er mes).						
* Emitir sonidos vocales (2do mes).						
* Sonreír. cuando la madre o el examinador le habla, le canta, le sonríe o le hace gestos.						
AFFECTIVA:						
- Al llorar el niño y la madre al cargarlo, acariciarlo o hablarle cariñosamente, éste es capaz de calmarse.						
- Es capaz de sonreír al hablarle cariñosamente o mostrarle una cara expresiva (2do mes).						
- Cuando se acerca la madre el niño inicia movimientos bruscos en las extremidades (2do mes).						

PARAMETROS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	PRIMERA VISI TA AL HOGAR			SEGUNDA VISI TA AL HOGAR		
	B	R	P	B	R	P
PERSONAL SOCIAL:						
- El niño responde con agrado cuando otras personas le conversan o le acarician, mientras su madre lo carga.						
- Es capaz de adaptarse a un horario de alimentación establecido (2do mes).						
- Sigue a la madre o al padre en movimiento (2do mes).						
MOTRIZ - CUELLO Y ESPALDA:						
- Al estar boca abajo es capaz de levantar la cabeza: * Momentáneamente (1er mes).						
* En un ángulo de 45º por unos segundos (2do mes).						
- Es capaz de tolerar la posición prona cuando está despierto.						
- Al intentar sentarlo: * Hay caída hacia atrás de la cabeza (1er mes).						
* La cabeza está erecta algunos segundos, balanceándola (2do mes).						
- Al estar en posición supina, es capaz de voltear la cabeza hacia el lado estimulado (2do mes).						
- Al cargarlo en posición vertical, es capaz de mantener la cabeza erecta sin sostén, por unos segundos (2do mes).						
MOTRIZ - BRAZOS:						
- Es capaz de sostener un objeto con las manos más o menos 30" (2do mes).						
- Reflejo de prensión palmar.						
- Reflejo de Moro.						
- Es capaz de manotear: * Librementemente.						
* Un objeto móvil que se encuentra a 15 cms de su cuna (2do mes).						

PARAMETROS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	PRIMERA VISITA AL HOGAR			SEGUNDA VISITA AL HOGAR		
	B	R	P	B	R	P
- Es capaz de retirar con sus brazos el pañal que se le coloca sobre la cara (2do mes).						
- Trata de alcanzar con sus manos un objeto llamativo que se le presenta y luego se le aleja (2do mes).						
- Es capaz de manotear libremente en la bañera (2do mes).						
MOTRIZ - ABDOMEN:						
- Es capaz de contraer los músculos abdominales al estimularle dicha área.						
- Tiene un buen tono muscular a la palpación.						
MOTRIZ - PIERNAS:						
- Reflejo de pataleo recíproco.						
- Reflejo plantar (1er mes).						
- Al colocarlo boca abajo y ejercer presión en ambos pies es capaz de desplazarse hacia adelante.						
- Reflejo de marcha (1er mes).						
- Es capaz de patlear libremente en la bañera (2do mes).						
MOTRIZ - MOVIMIENTOS CORPORALES:						
- Es capaz de realizar movimientos corporales libres mientras permanece en posición supina.						
- Hace intentos por voltearse sólo sin ayuda (2do mes).						
- Al voltearlo hace intentos por sacar el brazo que le queda debajo del cuerpo.						
ESQUEMA CORPORAL:						
- El niño es capaz de enfocar su imagen cuando se le coloca frente a un espejo (2do mes).						

PARAMETROS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	PRIMERA VISITA AL HOGAR			SEGUNDA VISITA AL HOGAR		
	B	R	P	B	R	P
- Comienza el jugueteo de manos y pies (2do mes). - Se mira las manos (2do mes).						

NOTA: Algunos items valorados en el primer mes son valorados nuevamente en el segundo mes.

Para la clasificación de la información las áreas senso perceptuales, motoras y afectivas contempladas en la Hoja de Valoración del Crecimiento y Desarrollo del Niño en los Dos Primeros Meses de Vida se agruparon posteriormente de la siguiente manera:

1. Motor (cuello y espalda, brazos, abdomen, piernas, movimientos corporales).
2. Sentidos (tacto, vista, audición, olfato, gusto y succión).
3. Lenguaje.
4. Afectivo.
5. Personal social.
6. Esquema corporal.

Elaborado por:

Lic. Adela Q. de Ayarza

Lic. Sabrina Castro A.

APENDICE DE
CUADROS Y GRAFICAS

APENDICE Nº 9

MADRES PRIMIPARAS SELECCIONADAS SEGUN OCUPACION.
JULIO DE 1986.

O C U P A C I O N	MADRES PRIMIPARAS	
	Nº	%
Técnicos y de Oficina	11	65
Oficios Domésticos	4	23
Estudiantes Universitarias	2	12
TOTAL	17	100

FUENTE: Encuesta aplicada a las madres primíparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

APENDICE Nº 10

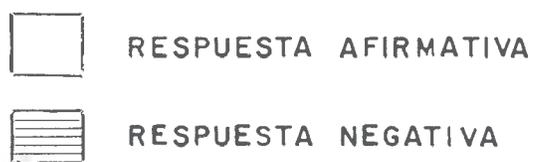
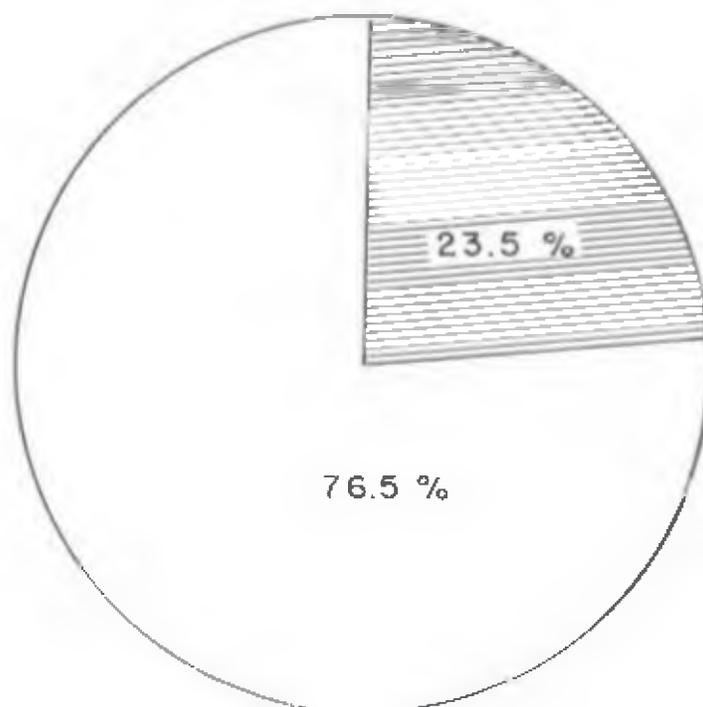
MADRES PRIMIPARAS SELECCIONADAS SEGUN INGRESO FAMILIAR
MENSUAL. JULIO DE 1986.

INGRESO FAMILIAR	MADRES PRIMIPARAS		
	Nº	%	% Acumulado
100 a 199 balboas	4	24	24
200 a 299 balboas	5	29	53
300 a 399 balboas	2	12	65
400 a 499 balboas	1	6	71
500 y más balboas	5	29	100
TOTAL	17	100	

* Ingreso Familiar Medio: 289.5 balboas.

FUENTE: Encuesta aplicada a las madres primíparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

APÉNDICE Nº II

PLANEAMIENTO DEL EMBARAZO EN LAS
MADRES PRIMÍPARAS ENCUESTADAS.
JULIO DE 1986

FUENTE : ENCUESTA APLICADA A MADRES PRIMÍPARAS EN LA
SALA DE PUERPERIO DEL HOSPITAL GENERAL DE
LA CAJA DEL SEGURO SOCIAL EN JULIO DE 1986

APENDICE Nº 12

ACTITUD DE LAS MADRES ENCUESTADAS Y FAMILIARES
ANTE LA LLEGADA DEL BEBE. JULIO DE 1986.

ACTITUD DE LA MADRE Y FAMILIARES	MADRES PRIMIPARAS	
	Nº	%
Contentos	17	100
Tristes	--	--
Preocupados	--	--
TOTAL	17	100

(-) Cantidad nula, cero casos.

FUENTE: Encuesta aplicada a las madres primiparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

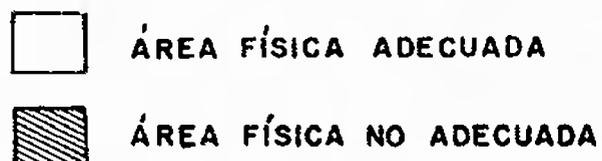
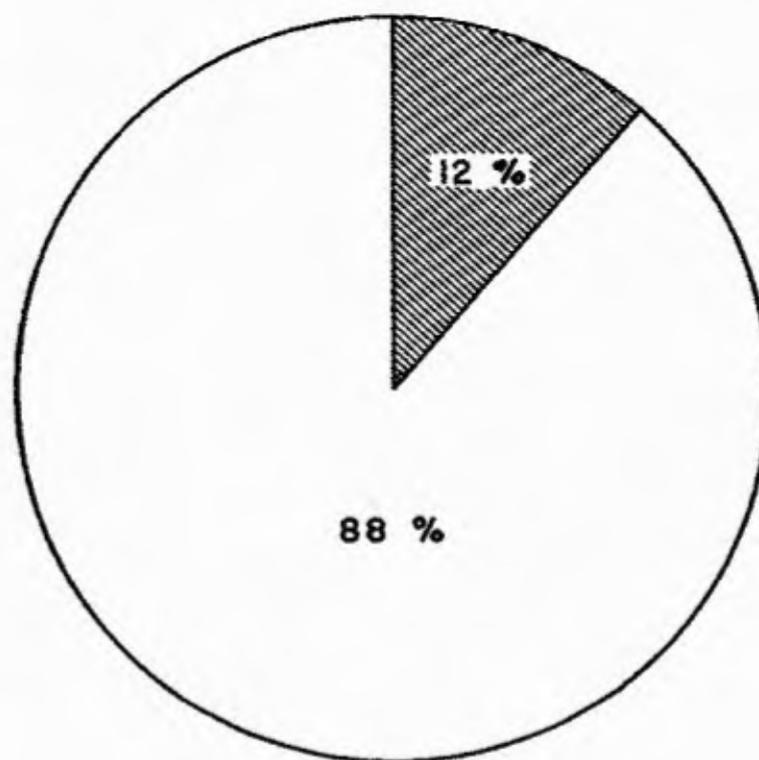
APENDICE Nº 13

PREPARATIVOS PARA LA LLEGADA DEL BEBE EN LAS
MADRES PRIMIPARAS. JULIO DE 1986.

PREPARATIVOS PARA LA LLEGADA DEL BEBE	MADRES PRIMIPARAS	
	Nº	%
Hicieron preparativos	16	94
No hicieron preparativos	1	6
TOTAL	17	100

FUENTE: Encuesta aplicada a las madres primíparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

MADRES PRIMÍPARAS, SEGUN LA PREPARACIÓN DE UN
ÁREA FÍSICA PARA LA ATENCIÓN DEL BEBE
JULIO DE 1986



FUENTE : ENCUESTA APLICADA A MADRES PRIMÍPARAS EN LA
SALA DE PUERPERIO DEL HOSPITAL GENERAL DE
LA CAJA DEL SEGURO SOCIAL EN JULIO DE 1986

APENDICE Nº 15

MADRES PRIMIPARAS, SEGUN ACTITUD HACIA EL SEXO
DEL BEBE, RECIEN NACIDO. JULIO DE 1986.

ACTITUD SEGUN EXPECTATIVAS	MADRES PRIMIPARAS	
	Nº	%
Positiva	13	76.5
Negativa	4	23.5
TOTAL	17	100

FUENTE: Encuesta aplicada a las madres primíparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

APENDICE Nº 16

IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION PRECOZ EN
LAS MADRES PRIMIPARAS. JULIO DE 1986.

IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACION PRECOZ	MADRES PRIMIPARAS	
	Nº	%
Respuesta Positiva	17	100
Respuesta Negativa	--	--
TOTAL	17	100

(-) Cantidad nula, cero casos.

FUENTE: Encuesta aplicada a las madres primiparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

APENDICE Nº 17

MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE PARTICIPARON EN EL
CUIDADO DEL BEBE DE LAS MADRES PRIMIPARAS.
JULIO DE 1986.

MIEMBRO DE LA FAMILIA	MADRES PRIMIPARAS	
	Nº	%
Abuela	16	94
Sobrina	1	6
Otros	--	--
TOTAL	17	100

(-) Cantidad nula, cero casos.

FUENTE: Encuesta aplicada a las madres primíparas en la Sala de Puerperio del Hospital General de la Caja de Seguro Social en julio de 1986.

APENDICE N° 18

PORCENTAJE DE ITEMS CORRECTOS DE LA PRUEBA DE
CONOCIMIENTOS, APLICADA A LAS MADRES PRIMIPARAS.
JULIO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

% ITEMS CORRECTOS	PRETEST		PRUEBA POSTERIOR	
	Nº	%	Nº	%
100 - 91	--	--	2	12
90 - 81	1	6	10	59
80 - 71	4	23.5	5	29
70 - 61	4	23.5	--	--
60 y menos	8	47	--	--
TOTAL	17	100	17	100

(-) Cantidad nula, cero casos.

FUENTE: Prueba de Conocimientos aplicada antes y después de
brindado el Programa Educativo sobre Estimulación
Precoz, a las madres primiparas, en la Sala de Puer-
perio del Hospital General de la Caja de Seguro So-
cial y en el hogar, respectivamente (julio y sep-
tiembre de 1986).

APENDICE
METODOLOGICO

APENDICE Nº 19

¿COMO CONSIDERA LA MADRE PRIMIPARA EL COMPORTAMIENTO DEL BEBE, SEGUN LA ORIENTACION RECIBIDA, SOBRE ESTIMULACION PRECOZ, DURANTE EL CONTROL PRENATAL?
JULIO DE 1986.

A. HIPOTESIS.

H_0 = La orientación dada a la madre sobre estimulación precoz durante el control prenatal y su apreciación, sobre el comportamiento actual del bebé no están relacionados.

H_1 = Existe relación entre la orientación impartida a la madre sobre estimulación precoz durante el control prenatal y su actual apreciación respecto del comportamiento de su bebé.

B. INFORMACION BASICA.

$$\begin{aligned} g_1 &= (r-1)(k-1) & \alpha &= 0.05 \\ &= (2-1)(2-1) & \chi^2_{t, 1} &= \chi^2_{0.05, 1} = 3.84 \\ &= 1 & n &= 17 \end{aligned}$$

C. CALCULO DEL ESTADISTICO DE PRUEBA.

$$\begin{aligned} \chi^2_c &= \frac{n(|ad-bc| - 0.5n)^2}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)} \\ &= \frac{17(|3(3)-1(10)| - 0.5(17))^2}{(13)(4)(4)(13)} \end{aligned}$$

$$= \frac{17(|9-10| - 8.5)^2}{2074}$$

$$= \frac{17(1-8.5)^2}{2074}$$

$$= 0.4611$$

Donde a, b, c, d representan la información en el 1, 2, 3 y 4 cuadrante del cuadro de doble entrada (Cuadro Nº 16, pág. 195)

D. DECISION.

Como $\chi^2_c < \chi^2_t$ no podemos rechazar la hipótesis nula (H_0) a un nivel de significación del 5 %, por lo que es posible que la orientación dada sobre estimulación precoz a la madre durante el control prenatal y su apreciación sobre el comportamiento de su bebé en el postparto no tengan relación.

APENDICE Nº 20

¿COMO CONSIDERA LA MADRE PRIMIPARA EL COMPORTAMIENTO
DEL BEBE, SEGUN EL PLANEAMIENTO DEL EMBARAZO?
JULIO DE 1986.

A. HIPOTESIS.

H_0 = El planeamiento del embarazo y la apreciación del
comportamiento del bebé no están relacionados.

H_1 = El planeamiento del embarazo y la apreciación del
comportamiento del bebé si están relacionados.

B. INFORMACION BASICA.

$$\begin{aligned} g_1 &= (r-1)(k-1) & \alpha &= 0.05 \\ &= (2-1)(2-1) & \chi^2_t &= 3.84 \\ &= 1 \end{aligned}$$

C. CALCULO DEL ESTADISTICO DE PRUEBA.

$$\begin{aligned} \chi^2_c &= \sum \frac{(|f_o - f_e| - 0.5)^2}{f_e} \\ &= \frac{(|10 - 9.94| - 0.5)^2}{9.94} + \frac{(|3 - 3.06| - 0.5)^2}{3.06} + \frac{(|3 - 3.06| - 0.5)^2}{3.06} \\ &\quad + \frac{(|1 - 0.94| - 0.5)^2}{0.94} \\ &= 0.0195 + 0.0633 + 0.0633 + 0.2060 \\ &= 0.3521 \end{aligned}$$

D. DECISION.

Como $\chi^2_t > \chi^2_c$ entonces no podemos rechazar H_0 a un nivel del 5 % de confianza, lo cual significa que es muy posible que el planeamiento del embarazo y la apreciación del comportamiento del bebé en este grupo de madres, no estén relacionados.

APENDICE Nº 21

ACTITUD DE LA MADRE PRIMIPARA EN EL HOGAR
CON RELACION A SU NIÑO POR MES Y Nº CONTROL.
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

A. HIPOTESIS.

H_0 = La actitud de la madre no ha cambiado.

H_1 = La actitud de la madre ha mejorado.

B. INFORMACION BASICA:

Mes de Agosto:

Mes de Septiembre:

$$\bar{X}_1 = 64.71$$

$$\bar{X}_2 = 67.41$$

$$n_1 = 17$$

$$n_2 = 17$$

$$s_1 = 5.52$$

$$s_2 = 4.91$$

$$\alpha = 0.10$$

$$t_{\alpha, n_1+n_2-2} = t_{0.10, 32} = -1.69$$

C. CALCULO DEL ESTADISTICO DE PRUEBA.

$$A_p = \sqrt{\frac{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

$$= \sqrt{\frac{16(5.52)^2 + 16(4.91)^2}{17 + 17 - 2}}$$

$$= \sqrt{\frac{30.47 + 24.11}{32}}$$

$$= 5.22$$

$$\begin{aligned}
 \Delta_{\bar{X}_1 - \bar{X}_2} &= \Delta_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}} \\
 &= 5.22 \sqrt{\frac{2}{17}} \\
 &= 1.79
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 t_c &= \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\Delta_{\bar{X}_2 - \bar{X}_1}} \\
 &= \frac{-2.70}{1.79} \\
 &= -1.51
 \end{aligned}$$

D. DECISION.

A un nivel de $\alpha = 0.10$ de significación se tiene que $t_c < t_t$, por lo tanto, a este nivel no hay evidencias significativas para rechazar la hipótesis nula (H_0) y podría pensarse de que la actitud de la madre no ha cambiado.

APENDICE Nº 22

GRADO DE CORRELACION ENTRE EL AFECTO Y LA
SEGURIDAD EN LA ACTITUD DE LA MADRE PRIMIPARA,
DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1986.

Nº DE CONTROL	AFECTO (Puntaje)	RANGO A	SEGURIDAD (Puntaje)	RANGO S	d_i	d_i^2
1	42	12	15	8	4	16
2	40	5.5	12	2.5	3	9
3	42	12	15	8	4	16
4	42	12	16	13.5	-1.5	2.25
5	40	5.5	14	5	0.5	0.25
6	43	15.5	16	13.5	2	4
7	42	12	16	13.5	-1.5	2.25
8	40	5.5	14	5	0.5	0.25
9	38	2.5	15	8	-5.5	30.25
10	41	8.5	14	5	3.5	12.25
11	44	17	16	13.5	3.5	12.25
12	38	2.5	16	13.5	-11	121
13	43	15.5	16	13.5	2	4
14	42	12	16	13.5	-1.5	2.25
15	40	5.5	12	2.5	3	9
16	29	1	10	1	0	0
17	41	8.5	16	13.5	-5	25

$$\sum d_i^2 = 266$$

COEFICIENTE DE CORRELACION DE SPEARMAN (Correlación por Rangos).

$$\begin{aligned} r_s &= 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2-1)} \\ &= 1 - \frac{6(266)}{17(288)} \\ &= 1 - \frac{1596}{4896} \\ &= 1 - 0.326 \\ &= 0.67 \end{aligned}$$

Se observa una alta correlación entre la seguridad y el afecto en la actitud de la madre, durante el mes de agosto.

APENDICE Nº 23

GRADO DE CORRELACION ENTRE EL AFECTO Y LA
 ACEPTACION EN LA ACTITUD DE LA MADRE PRIMIPARA
 DURANTE EL MES DE AGOSTO DE 1986.

Nº DE CONTROL	AFECTO (Puntaje)	RANGO A	ACEPTACION (Puntaje)	RANGO Ac	d_i	d_i^2
1	42	12	10	11	1	1
2	40	5.5	10	11	-5.5	30.25
3	42	12	9	3	9	81
4	42	12	10	11	1	1
5	40	5.5	9	3	2.5	6.25
6	43	15.5	10	11	4.5	20.25
7	42	12	10	11	1	1
8	40	5.5	10	11	-5.5	30.25
9	38	2.5	10	11	-8.5	72.25
10	41	8.5	10	11	-2.5	6.25
11	44	17	10	11	6	36
12	38	2.5	10	11	-8.5	72.25
13	43	15.5	10	11	4.5	20.25
14	42	12	10	11	1	1
15	40	5.5	9	3	2.5	6.25
16	29	1	7	1	0	0
17	41	8.5	10	11	-2.5	6.25

$$\sum d_i^2 = 391.5$$

COEFICIENTE DE CORRELACION DE SPEARMAN (Correlación por Rangos).

$$\begin{aligned} r_s &= 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2-1)} \\ &= 1 - \frac{6(391.5)}{4896} \\ &= 1 - \frac{2349}{4896} \\ &= 1 - 0.48 \\ &= 0.52 \end{aligned}$$

Se observa una mediana correlación entre el grado de afecto y el grado de aceptación por parte de la madre.

APENDICE Nº 24

ACTITUD DE LA MADRE PRIMIPARA EN EL HOGAR CON
RELACION AL AFECTO BRINDADO A SU NIÑO POR MES.
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

A. HIPOTESIS.

H_0 = El afecto en la actitud de la madre se ha mantenido igual.

H_1 = Ha crecido el afecto de la madre hacia su hijo.

B. INFORMACION BASICA.

Mes de Agosto:

$$\bar{X}_1 = 40.41$$

$$n_1 = 17$$

$$s_1 = 3.37$$

$$g_1 = 32$$

$$\alpha = 0.05$$

$$t_t = t_{0.05, 32} = -2.04$$

Mes de Septiembre:

$$\bar{X}_2 = 42.47$$

$$n_2 = 17$$

$$s_2 = 3.04$$

C. CALCULO DEL ESTADISTICO DE PRUEBA.

$$\begin{aligned} \Delta_p &= \sqrt{\frac{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}} \\ &= \sqrt{\frac{16(3.37)^2 + 16(3.04)^2}{17 + 17 - 2}} \end{aligned}$$

$$= 4 \sqrt{\frac{11.36 + 9.24}{32}}$$

$$= 3.21$$

$$s_{\bar{x}_2 - \bar{x}_1} = s_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}$$

$$= 3.21 \sqrt{\frac{2}{17}}$$

$$= 1.10$$

$$t_c = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s_{\bar{x}_2 - \bar{x}_1}}$$

$$= \frac{-2.06}{1.10}$$

$$= -1.87$$

D. DECISION.

Como $t_c < t_t$ a un nivel de significación del 5 %, no hay evidencias para rechazar la hipótesis nula (H_0), lo que nos indica que el afecto en la actitud de la madre se ha mantenido igual.

APENDICE Nº 25

ACTITUD DE LA MADRE PRIMIPARA EN EL HOGAR CON
RELACION A LA SEGURIDAD BRINDADA A SU NIÑO POR MES.
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

A. HIPOTESIS.

H_0 = La seguridad en la actitud de la madre se ha mante-
nido.

H_1 = La seguridad en la actitud de la madre ha aumenta-
do.

B. INFORMACION BASICA.

Mes de Agosto:

$$\bar{X}_1 = 14.65$$

$$n_1 = 17$$

$$s_1 = 1.80$$

$$g_1 = 32$$

$$\alpha = 0.05$$

$$t_t = t_{0.05, 32} = -2.04$$

Mes de Septiembre:

$$\bar{X}_2 = 15.18$$

$$n_2 = 17$$

$$s_2 = 1.59$$

C. CALCULO DEL ESTADISTICO DE PRUEBA.

$$A_p = \sqrt{\frac{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

$$= \sqrt{\frac{16(1.8)^2 + 16(1.59)^2}{17 + 17 - 2}}$$

$$= 4 \sqrt{\frac{3.24 + 2.53}{32}}$$

$$= 3.40$$

$$\sqrt{s_p^2} (\bar{x}_2 - \bar{x}_1) = A_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}$$

$$= 3.40 \sqrt{\frac{2}{17}}$$

$$= 1.17$$

$$t_c = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{s_p^2} (\bar{x}_2 - \bar{x}_1)}$$

$$= \frac{-0.53}{1.17}$$

$$= -0.45$$

D. DECISION.

Como $t_c < t_t$ no hay evidencias significativas para rechazar la hipótesis nula (H_0) y podría pensarse en que el grado de seguridad, se ha mantenido al mismo nivel.

APENDICE Nº 26

RESPUESTAS SENSORIALES DEL NIÑO EN EL
 HOGAR AL MES Y DOS MESES DE EDAD.
 AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

A. HIPOTESIS.

H_0 = Las respuestas sensoriales del niño no han
 cambiado.

H_1 = Las respuestas sensoriales del niño han mejor
 rado.

B. INFORMACION BASICA.

Mes de Agosto:

$$\bar{X}_1 = 92.65$$

$$n_1 = 17$$

$$s_1 = 4.46$$

$$g_1 = 32$$

$$\alpha = 0.01$$

$$t_t = t_{0.01, 32} = -2.75$$

Mes de Septiembre:

$$\bar{X}_2 = 135.88$$

$$n_2 = 17$$

$$s_2 = 5.21$$

C. CALCULO DEL ESTADISTICO DE PRUEBA.

$$\Delta_p = \sqrt{\frac{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

$$= \sqrt{\frac{16(4.46)^2 + 16(5.21)^2}{17 + 17 - 2}}$$

$$= 4 \sqrt{\frac{19.89 + 27.14}{32}}$$

$$= 4.85$$

$$s_{\bar{X}_2 - \bar{X}_1} = s_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}$$

$$= 4.85 \sqrt{\frac{2}{17}}$$

$$= 1.66$$

$$t_c = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{s_{\bar{X}_2 - \bar{X}_1}}$$

$$= \frac{-43.23}{1.66}$$

$$= -26.04$$

D. DECISION.

Como $t_c > t_t$, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se comprueba que las respuestas sensoriales del niño van mejorando al segundo mes.

APENDICE N° 27

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS APLICADA A LAS MADRES PRIMIPARAS. JULIO Y SEPTIEMBRE DE 1986.

A. HIPOTESIS.

H_0 = Los conocimientos de la madre no han mejorado.

H_1 = Los conocimientos de la madre han mejorado.

B. INFORMACION BASICA.

Mes de Julio:

$$\bar{X}_1 = 61.97$$

$$n_1 = 17$$

$$s_1 = 13.57$$

$$g_1 = 32$$

$$\alpha = 0.01$$

$$t_t = t_{0.01, 32} = -2.75$$

Mes de Septiembre:

$$\bar{X}_2 = 83.26$$

$$n_2 = 17$$

$$s_2 = 6.00$$

C. CALCULO DEL ESTADISTICO DE PRUEBA.

$$\begin{aligned} \Delta_p &= \sqrt{\frac{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}} \\ &= \sqrt{\frac{16(13.57)^2 + 16(6)^2}{17 + 17 - 2}} \\ &= \sqrt{\frac{184.15 + 36}{32}} \end{aligned}$$

$$= 10.49$$

$$\mu_{\bar{X}_2 - \bar{X}_1} = \sigma_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}$$

$$= 10.49 \sqrt{\frac{2}{17}}$$

$$= 3.60$$

$$t_c = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\mu_{\bar{X}_2 - \bar{X}_1}}$$

$$= \frac{-21.29}{3.60}$$

$$= -5.91$$

D. DECISION.

Como se observa $t_c > t_t$, lo que significa que se rechaza la hipótesis nula (H_0), concluyéndose que los conocimientos de la madre han mejorado, como se desprende de los resultados de la prueba posterior.

APENDICE DE

VARIOS

APENDICE Nº 28

CORRESPONDENCIA



Facultad de Enfermería

10 de julio de 1986

Panamá

Doctora
Doris Chorres
Jefa de la Sección
de Neonatología
Complejo Hospitalario
Metropolitano
C.S.S.
E. S. D.

Estimada Dra. Chorres

Sirva la presente para saludarla y a la vez solicitar su aprobación para que las estudiantes del programa de Maestría de la Universidad de Panamá, Lic. Sabrina Castro y Lic. Adela de Ayarza puedan realizar una investigación en el área relacionada con la participación de la madre primipara en la Estimulación Precoz de su neonato, desde que nace hasta los dos meses de edad.

Ellas llenarán un instrumento con los datos generales de la madre y el niño, le aplicarán un instrumento con los datos generales de la madre y el niño, le aplicarán un Pre-test a las madres primiparas para medir su conocimiento sobre estimulación precoz, implementarán un programa educativo al respecto y harán visitas al hogar de las madres seleccionadas al mes y a los 2 meses de edad de los niños, para valorar el desenvolvimiento de la madre con el niño y los grados de respuesta de éste frente a diversos estímulos.

El periodo que utilizarán para la aplicación de los instrumentos intra-hospitalariamente es de 1 semana, la cual se inicia el día viernes 11 de julio hasta el 17 de julio de 1986.

Agradeciendo la colaboración que el servicio de Neonatología brinde a las estudiantes, se despide

Atentamente,

Margarita de Castillo
Lic. Margarita de Castillo
Directora de tesis
Programa de Maestría

"Año 1986, Centenario del Natalicio del Dr. Harmodio Arias"



Facultad de Enfermería

Panamá 10 de julio de 1986

Doctor
Jorge Lasso De la Vega
Jefe del Servicio de
Obstetricia
Complejo Hospitalario
Metropolitano
C.S.S.
E. S. D.

Estimado Dr. De La Vega:

Sirva la presente para saludarla y a la vez solicitar su aprobación para que las estudiantes del Programa de Maestría de la Universidad de Panamá, Lic. Sabrina Castro y Lic. Adela de Ayarza puedan realizar una investigación en el área relacionada con la participación de la madre primípara en la Estimulación Precoz de su neonato, desde que nace hasta los dos meses de edad. Ellas llenarán un instrumento con los datos generales de la madre y el niño, le aplicarán un Pre-test a las madres primíparas para medir su conocimiento sobre estimulación precoz, implementarán un programa educativo al respecto y harán visitas al hogar de las madres seleccionadas, al mes y a los 2 meses de edad de los niños, para valorar el desenvolvimiento de la madre con el niño y los grados de respuesta de éste frente a diversos estímulos. El período que utilizarán para la aplicación de los instrumentos intrahospitalariamente es de 1 semana la cual se inicia el día viernes 11 de julio hasta el 17 de julio de 1986. Agradeciendo la colaboración que el Servicio de obstetricia brinde a las estudiantes, se despide,

Atentamente,

Margarita de Castillo
Lic. Margarita de Castillo
Directora de tesis
Programa de Maestría
Facultad de Enfermería

cc. prof. Gilda Torregroza - Coordinadora del Programa
de "Año 1986, Centenario del Natalicio del Dr. Marmedio Arias"

CIUDAD UNIVERSITARIA OCTAVIO MENDEZ PEREIRA



Facultad de Enfermería

Panamá, 10 de julio de 1986

Licenciada
Aura de Jaén
Enfermera Supervisora
Area de Obstetricia
Complejo Hospitalario
Metropolitana
C.S.S.

Estimada Lic. Jaén

Sirva la presente para saludarla y a la vez solicitar su colaboración para que las estudiantes del Programa de Maestría de la Universidad de Panamá, Lic. Sabrina Castro y Lic. Adela de Ayarza puedan realizar una investigación en el área, relacionada con la Participación de la madre primípara en la Estimulación precoz de su neonato, desde que nace hasta los dos meses de edad. Ellas llenarán un instrumento con los datos generales de la madre y el niño, le aplicarán un Pre-test a las madres primíparas para medir su conocimiento sobre estimulación precoz, implementarán un programa educativo al respecto. Para la realización de todo esto, necesitarán del área destinada dentro de la sala, para charlas a las madres, además llevarán a cabo visitas al hogar de las madres seleccionadas, al mes y a los 2 meses de edad de los niños con el objeto de valorar el desenvolvimiento de las madres con el niño y los grados de respuesta de éste frente a diversos estímulos.

El período que utilizarán para la selección de la muestra y aplicación de los instrumentos intrahospitalariamente es de 1 semana, la cual se inicia el día jueves 11 de julio hasta el 17 de julio de 1986.

Agradeciendo la colaboración que el servicio de obstetricia brinde a las estudiantes, se despido,

Atentamente,

Margarita de Castillo
Lic. Margarita de Castillo
Directora de Tesis
Programa de Maestría
Facultad de Enfermería

cc. Enf. Doris Gutierrez - Jefa de la Sala de Puerperio
Prof. Gilda Torregroza - Coordinadora del Programa
"Año 1986, Centenario del Nacimiento del Dr. Harmodio Arias"

CIUDAD UNIVERSITARIA OCTAVIO MENDEZ PEREIRA

APENDICE N° 29

CERTIFICADO DE PARTICIPACION



*Universidad de Panamá
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Ciencias,
con Especialización en
Enfermería Materno Infantil*

Certificado

*Agradecemos la participación de Usted y su bebé
en el trabajo de investigación.
'Participación Materna en el crecimiento y desarrollo
del neonato de 0 a 2 meses de edad'*

nombre de la madre

nombre del bebé

Lic. Adela de Ayarza

Lic. Sabrina María Castro A.

Panamá _____ del mes de _____ de 1986

A N E X O S

ANEXO Nº 1

EDADES DE APARICION Y DESAPARICION DE LOS SIGNOS
NEUROLOGICOS CARACTERISTICOS DE LOS LACTANTES

R E S P U E S T A	EDAD DE APARICION	EDAD DE DESAPARICION
Reflejos de posición y movimiento:		
Reflejo de Moro	Nacimiento	1 a 3 meses
Reflejo del tono del cuello (sin sostener)*	Nacimiento	5 a 6 meses (es parcial hasta 2 a 4 años.
Reflejo de prensión	Nacimiento	4 meses
Respuesta de Babinski	Nacimiento	Variable+
Reflejos de sonidos:		
Respuesta de parpadeo	Nacimiento	
Respuesta de voltear la cabeza	Nacimiento	
Reflejos de visión:		
Parpadeo ante amenaza	6 a 7 meses	
Seguimiento horizontal	4 a 6 semanas	
Seguimiento vertical	2 a 3 meses	
Nistagmo posrotación	Nacimiento	
Reflejos de alimentación:		
Reflejo de búsqueda - despierto	Nacimiento	3 a 4 meses
- dormido	Nacimiento	7 a 8 meses
Respuesta de succión	Nacimiento	12 meses
Otros signos:		
Empleo de una sola mano	2 a 3 años	
Se para espontáneamente	Nacimiento	
Camina derecho sobre una línea	5 a 6 años	

- * El niño puede dejar la posición del brazo y la pierna a pe sar del estímulo continuo del cuello.
- + Generalmente no tiene importancia diagnóstica hasta des- pués de los dos años.

FUENTE: Eleonor Dumont Thompson, Enfermería Pediátrica. Cre- cimiento, Desarrollo y Patología del Niño. 4ª ed. (México: Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1984), pp. 56.

ANEXO Nº 2

ESCALA DE EVALUACION DE BRAZELTON

-
-
1. Disminución de la respuesta a la luz.
 2. Disminución de la respuesta al ruido de una sonaja.
 3. Disminución de la respuesta al ruido de una campana.
 4. Disminución de la respuesta al pinchazo con un alfiler.
 5. Respuesta de orientación: visual inanimada.
 6. Respuesta de orientación: auditiva inanimada.
 7. Orientación: visual animada.
 8. Orientación: auditiva animada.
 9. Orientación: visual y auditiva animadas.
 10. Alerta.
 11. Tono general.
 12. Madurez motora.
 13. Empuje para sentarse.
 14. Abrazo.
 15. Movimientos defensivos.
 16. Consolable con intervención.
 17. Máximo de excitación.
 18. Rapidez para lograr el máximo de excitación.
 19. Irritabilidad (a los estímulos que le resultan agresivos: descubrirlo, desvestirlo, jalarlo para que se sienta, colocarlo boca abajo, pincharlo con un alfiler, reflejo tónico del cuello, reflejo de Moro, reacción defensiva).

Continuación del Anexo N° 2.

20. Actividad.
 21. Temblores.
 22. Magnitud de su sobresalto, durante el examen.
 23. Labilidad de la coloración de la piel.
 24. Labilidad de su estado.
 25. Actividad que se calma por sí sola.
 26. Facilidad de llevarse la mano a la boca.
 27. Sonrisa.
-

FUENTE: Violet Broadribb, Enfermería Pediátrica. 3ª ed.

(México: Editorial Harla, S.A., 1985), pp. 43.

ANEXO Nº 3

PRUEBA DE DESARROLLO DE DENVER

Prueba de desarrollo de Denver

Primer grupo
 Segundo grupo

Porcentaje de niños con prueba positiva



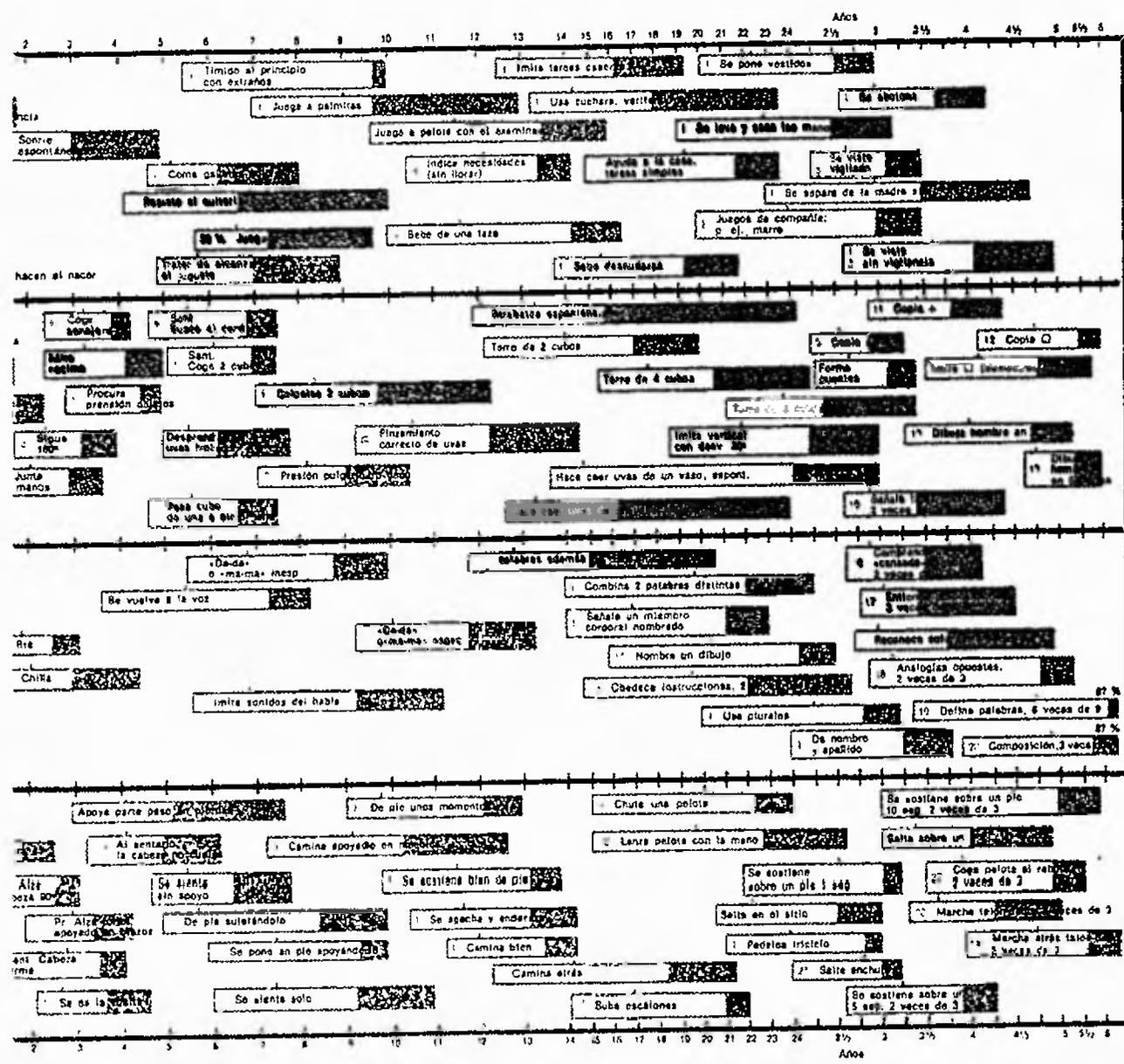
Fecha:
 Nombre:
 Fecha nac:
 Edad: a. *

Personales, sociales

Actividades físicas, deportivas

Lenguaje

Actividad



Continuación del Anexo N° 3.

INSTRUCCIONES

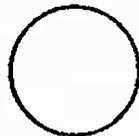
Fecha

Nombre

Nacimiento

Hosp. n.º

1. Se intenta conseguir una sonrisa del niño: riendo, hablándole, haciéndole señales, pero sin tocarlo.
2. Cuando el niño esté jugando con algo se le arrebató. Prueba positiva si resiste.
3. No es preciso que el niño sepa atarse los zapatos ni abrocharse botones en la espalda.
4. Muévase un cordel lentamente en arco de un lado a otro, a unos 15 cm por encima de la cara del niño. Positiva si sus ojos lo siguen desde 90° a la línea media (o hasta más allá de la línea media; -o hasta 180°).
5. Positiva si el niño agarra un sonajero cuando con éste se le tocan las puntas de los dedos.
6. Positiva si el niño sigue mirando hacia donde estaba el cordel o intenta ver dónde fue. El cordel debe dejarse caer con rapidez de la mano del examinador, sin mover el brazo.
7. Positiva si el niño coge granos de uva con cualquier parte del pulgar y de otro dedo.
8. Positiva si el niño coge granos de uva con los extremos del pulgar y otro dedo, poniendo la mano encima del racimo.



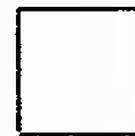
9. Positiva cualquier figura cerrada.
Negativa los movimientos circulares continuos.



10. ¿Qué línea es más larga? (No más grande.) Girar el papel de arriba abajo y repetir. (Positiva 3/3 ó 5/6.)



11. Positiva cualesquiera líneas que se crucen.



12. Primero que el niño las copie. Si negativa, demostrar.

Quando se administren las pruebas 9, 11 y 12 no se nombrarán las formas. No se demostrarán 9 y 11.

13. Cuando se puntúa, las partes simétricas cuentan como una (2 brazos ó 2 ojos sólo como una parte).
14. Señalar las figuras para que el niño las nombre. (Los simples sonidos son negativa.)



15. El examinador pide al niño: «Da la pieza a mamá; pon la pieza sobre la mesa; pon la pieza en el suelo». (Positiva 2 sobre 3.) Advertencia: El examinador no debe indicar nada ni con la cabeza ni con los ojos.
16. Preguntar: «¿Qué haces cuando tienes frío, hambre y cuando estás cansado?». (Positiva 2 sobre 3.)
17. El examinador pide al niño: «Pon la pieza sobre la mesa; debajo de la mesa; en la parte de delante de la silla; detrás de la silla». (Positiva 3 sobre 4.) Advertencia: El examinador no debe indicar nada ni con la cabeza ni con los ojos.
18. El examinador pide al niño: «El fuego es caliente; el hielo es ¿.....? Mamá es una mujer; papá es un ¿.....? Un caballo es grande; un ratón es ¿.....?». (Positiva 2 sobre 3.)
19. Pedir al niño que defina qué es: una pelota, un lago, un pupitre, una casa, un plátano, una cortina, un techo, una valla, un suelo. (Positiva si define, en cuanto al uso, forma, material o categoría general; p. ej., un plátano es una fruta, no simplemente amarillo.)
20. Pregúntese al niño de qué está hecha una cuchara, un zapato, una puerta. No son válidos otros objetos. (Positiva 3 sobre 3.)
21. Si se le pone en decúbito prono, el niño levanta el tórax encima de la mesa, apoyándose en sus manos, antebrazos o ambos.
22. Estando el niño en decúbito supino, tírese de sus manos hasta que quede sentado. Positiva si la cabeza no le cuelga atrás.
23. El niño puede apoyarse en la pared o pasamano, no en una persona. No debe gatear.
24. El niño debe lanzar una pelota alta a 1 m de distancia, hacia el examinador.
25. Estando de pie, el niño saltará en longitud superior a la anchura de la hoja de examen (22 cm).
26. Pedir al niño que ande hacia delante  el talón a unos 2,5 cm de los dedos del pie posterior. El examinador puede hacer demostración. El niño deba dar cuatro pasos consecutivos. Positiva si realiza 2 sobre 3 intentos.
27. El examinador lanza la pelota al niño y éste debe agarrarla con las manos, no los brazos. Positiva 2 sobre 3 intentos.
28. Pedir al niño que ande hacia atrás , los dedos del pie a unos 2,5 cm del talón del pie anterior. El niño debe dar cuatro pasos consecutivos. Positiva, 2 sobre 3 intentos. El examinador puede hacer demostración.

DATOS Y OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA

(La manera cómo el niño experimenta durante el examen, la relación con el examinador, la atención alcanzada, la conducta verbal, la confianza en sí mismo, etc.):

ANEXO Nº 4

TABLA DE MODOS TEMPORARIOS DE CONDUCTA

4 SEMANAS

MOTRIZ:

- Sup: Predomina posición lateral de cabeza.
- Sup: Predomina posición reflejo-tónico-cervical.
- Sup: Rueda parcialmente al costado.
- Tent. Sent: Completa o marcada pendulación de cabeza.
- Sent: Cabeza predominante combada.
- Pro: Suspensión ventral, cabeza cuelga.
- Pro: Ubicación (cabeza girada).
- Pro: Movimientos de arrastre.
- Sup: Ambos puños cerrados.
- Son: Puño se cierra fuerte al contacto.

ADAPTATIVA:

- Arco., Son: Observa, sólo dentro línea de visión.
- Son: Deja caer inmediatamente.
- Camp: Atiende, actividad disminuida.

LENGUAJE:

- Expr: Rostro impasible.
- Expr: Mirada indirecta, vaga.
- Voz: Pequeños ruidos guturales.

Continuación del Anexo Nº 4.

PERSONAL-SOCIAL:

Soc: Observa rostro del examinador; actividad disminuye.

Sup: Mira indefinidamente al contorno.

Ali: Dos comidas nocturnas.

8 SEMANAS

MOTRIZ:

Sent: Cabeza erecta, bamboleante.

Pro: Levanta cabeza a zona II, intermitentemente.

ADAPTATIVA:

Arcg: Mantiene mirada línea media.

Camp: Respuesta facial.

LENGUAJE:

Voz: Sonidos vocales aislados a, e, u.

PERSONAL-SOCIAL:

Ali: Sólo una comida nocturna.

FUENTE: Adaptado de Arnold Gesell y C. Amatruda, Diagnóstico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Métodos Clínicos y Aplicaciones Prácticas. 2ª ed. (Argentina: Editorial Paidós, S.A., 1976), pp. 353.

ANEXO Nº 5

GUIA PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO DE 1 A 8 MESES

REPUBLICA DE PANAMA
 MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL
 PROGRAMA MATERNO INFANTIL

APELLIDOS PATERNO		MATERNO		NOMBRES		SEXO		No. de H.C. o S.S.	
						<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
EDAD APROXIMADA 1 MES									
HABILIDADES ESPERADAS									
MEMBROS SUPERIORES	POSICION ASIMETRICA TONICO-CERVICAL (+)								
	R - DE MIEMBRO (+)								
	R - PRESION PLANTAR (+)								
	LEVANTA LA CABEZA A ZONA I MOMENTANEAMENTE AL INTENTAR SENTARLA CABEZA ENCLATA PERO EN POSICION PRONA LEVANTA LA CABEZA EN ZONA II								
MEMBROS INFERIORES	R - PATALEO RECIPROCO (+)								
	SIGUE OBJETOS A 90º SOBRE LA LINEA MEDIA								
	R - PRESION PALMAR (-)								
	SONAJERO CAE DE LA MANO								
LENGUAJE	R - SUCCION (+) TRABA BIEN								
	PEQUEÑOS RUIDOS BUTURALES								
	FAZ EXPRESION INDEFINIDA								
	AL SONIDO DE LA CAMARA LA ACTIVIDAD DISMINUYE ANTE UNA PERSONA LA ACTIVIDAD DISMINUYE								
OBSERVACIONES Y ORIENTACION:									
FECHA:					FIRMA:				
EDAD APROXIMADA 2 MESES									
HABILIDADES ESPERADAS									
MEMBROS SUPERIORES	LEVANTA LA CABEZA EN SUSPENSION VENTRAL AL INTENTAR SENTARLA CABEZA ENCLATA PERO EN POSICION PRONA LEVANTA LA CABEZA EN ZONA II								
	R - MIEMBRO (+)								
	R - PATALEO RECIPROCO (+)								
	SIGUE UN OBJETO MAS ALTA DE LA CUNA MEDIA (90º)								
MEMBROS INFERIORES	RETIENE BREVEMENTE EL SONAJERO ANTE UN OBJET								
	R - PRESION PALMAR (+)								
	SONRISA SOCIAL								
	EN POSICION DESPIERTA VIVA REFLEXO FACIAL ANTE EL SONIDO DE LA CAMPANA								
LENGUAJE	VOCALIZACION (A-E-U)								
	R - BUSQUEBA Y SUCCION (+)								
	SIGUE UNA PERSONA EN MOVIMIENTO								
	MIRA AL EXAMINADOR								
OBSERVACIONES Y ORIENTACION:									
FECHA:					FIRMA:				
EDAD APROXIMADA 3 MESES									
HABILIDADES ESPERADAS									
MEMBROS SUPERIORES	LEVANTA LA CABEZA AVANZANDO SOBRE LOS BRAZOS								
	CABEZA PREDOMINANTEMENTE A UN LADO								
	SOSTIENE LA CABEZA EN ZONA II (PRONA)								
	R - TONICO-CERVICAL EN POSICION SUPINA								
MEMBROS INFERIORES	R - PATALEO RECIPROCO (+)								
	PERARDO SOSTIENE SU PESO CORPORAL								
	SOSTIENE EL SONAJERO								
	SIGUE OBJETOS A 180º (ARQ)								
LENGUAJE	R - PRESION PALMAR (+)								
	MIRA AL SONAJERO QUE SOSTIENE EN LA MANO								
	RESPUESTA VOCAL SOCIAL ANTE SONIDOS								
	MURMULLO Y CLORUES								
LENGUAJE SOCIAL	R - BUSQUEBA Y SUCCION (+)								
	OBSERVA AL EXAMINADOR								
	OBSERVA SUS MANOS Y JUEGA CON ELLAS								
	TIRA DE LA SOPA								
OBSERVACIONES Y ORIENTACION:									
FECHA:					FIRMA:				
EDAD APROXIMADA 4 MESES									
HABILIDADES ESPERADAS									
MEMBROS SUPERIORES	CABEZA DRECTA Y FIJAS SE MANTIENE SENTADO								
	TENDENCIA A FODAR								
	R - TONICO-CERVICAL (+)								
	R - ENDEZAMIENTO DEL CUELLO 2 ETAPAS (+)								
MEMBROS INFERIORES	PREDOMINA POSTURA SIMETRICA (SUPINA)								
	PIERNAS EXTENDIDAS O SEMI EXTENDIDAS								
	MIRA UNO DE LOS OBJETOS QUE SOSTIENE EN LA MANO								
	LLEVA OBJETOS A LA BOCA (ARQ)								
LENGUAJE	BAJA LA MIRADA A LA MESA O A LAS MANOS								
	OBSERVA LOS OBJETOS EN LA MANO (CON TIRA)								
	RIE ESPONTANEA Y FUERTEMENTE								
	RESPUESTA DE ENTUSIASMO ANTE EL JUEGO DEJANDO FUERTA ENCLATA								
LENGUAJE SOCIAL	R - BUSQUEBA Y SUCCION (+)								
	AL INTENTAR SENTARLO VOCALIZA O SONRIS								
	RESPUESTA ENTUSIASMO A LA VISTA DE ALI								
	JUEGO MANUAL DE BEBOS ENTRE SI								
OBSERVACIONES Y ORIENTACION:									
FECHA:					FIRMA:				