

36
2 y'



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

ESTUDIO DE LOS FACTORES DE IDENTIFICACION TEMPRANA
EN MADRES POTENCIALMENTE MALTRATADORAS

Tesis Profesional

Que para obtener el título de
Licenciado en Psicología

P r e s e n t a n

CECILIA CASTAÑO TOSTADO
ANA MARIA CORDOVA AGUAYO



MEXICO, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION.....	I
CAPITULO I	
PANORAMA GENERAL DEL SINDROME DEL NINO MALTRATADO.....	1
CAPITULO II	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS.....	10
CAPITULO III	
METODO.....	13
a)Planteamiento de las Hipótesis.....	13
b)Escenario de la Investigación.....	13
c)Sujetos.....	14
d)Variables.....	14
e)Diseño de Muestra.....	15
f)Elaboración de los Instrumentos.....	17
g)Procedimiento.....	19
CAPITULO IV	
RESULTADOS.....	20
1.-Estudio Preliminar.....	20
2.-Estudio Formal.....	22
3.-Análisis Estadfstico.....	25
CAPITULO V	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	28
ANEXOS.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	46

"Porque en un mundo tan lleno de desgracias evitables e inevitables, de enfermedades y complicaciones psicológicas, de lucha, pobreza y mala voluntad, el hombre o mujer -- que pretende ser feliz tiene que afrontar los variados y numerosos motivos de desgracia que le acechan. En algunos casos excepcionales no se necesita de un gran esfuerzo... Por todas estas razones, la felicidad para la mayor parte de hombres y mujeres debe ser una conquista más bien que un regalo de los dioses..."

Bertrand Russell.

INTRODUCCION

El interés por abordar este tema surgió al revisar la literatura existente. En ella obtuvimos el conocimiento de la frecuente ocurrencia de niños seriamente maltratados por sus padres, y principalmente conocimos la deficiente acción que - en nuestro país existe para identificar y tratar a los afectados y la todavía -- más pobre para evitar la aparición de este grave problema.

La agresividad del ser humano se ha manifestado en diferentes formas a través de toda su historia. Fromm, en 1980, hace una distinción entre "la agresión de carácter adaptativa, necesaria para la supervivencia, y la no adaptativa, cuyo fin es el de destruir." (1)

Dentro de la agresión no adaptativa se encuentra la dirigida a los niños, agresión que, debido al avance de la civilización, se pensó que iba en disminución y que su aparición se limitaba a casos extremos perpetrados por mentes criminales o enfermas; hasta que, en la década de los sesentas, fue identificada bajo la forma que hoy conocemos como "Síndrome del Niño Maltratado", término acuñado por Kempe en 1962, (2) y utilizado posteriormente por Silverman, Steele, Droegmueller y Silver entre otros, quienes contribuyeron a caracterizarlo y definirlo en términos que más adelante precisaremos.

Se considera como síndrome, porque no existe una causa determinada para que se de al niño el maltrato y, además por presentar una serie de elementos variables en grado y presentación, es decir, no siempre son los mismos.

Se distinguen dos tipos de maltrato al niño: el de tipo físico y el de tipo emocional, aunque se considera que el primero conlleva siempre el maltrato emocional.

La etiología del síndrome del niño maltratado puede encuadrarse dentro de 3 niveles que son:

a) Individual. Sujetos "común y corrientes" en cuanto a su funcionamiento social, con antecedentes y rasgos de personalidad que sólo un estudio propositivo revela.

b) Familiar. Lo habitual es que se trate de madres jóvenes, aisladas y sin apoyo de su pareja y/o familia de origen.

c) Social. En cuanto a lo social, es de destacarse el papel que juega la mater

(1) Fromm, E. Anatomía de la Destructividad Humana, Siglo XXI, México, 1980, p. 18.

(2) Osorio, C. y Nieto. El Niño Maltratado, Trillas, México, 1981, p. 15.

nidad impuesta a la mujer como arma de poder del hombre y de los inevitables resentimientos que facilmente la madre puede canalizar hacia el hijo bajo la forma de maltrato.

Esta separación es válida solo con fines de investigación, pues en realidad los tres niveles se presentan entrelazados.

Para la identificación del síndrome del niño maltratado hay que partir de una buena detección de los aspectos que lo van a definir como: la actitud de los padres o tutores y la del niño, congruencia entre la versión dada -- por los padres del mecanismo de producción de las lesiones y la naturaleza y extensión de éstas.

La experiencia demuestra que las intervenciones medico-sociales ocurren tardíamente cuando las posibilidades de recuperación para el niño y de rehabilitación para el agresor y la familia son muy escasas o insatisfactorias; algunos programas de prevención se han experimentado en otros países como - en E.U.A., pero en México aún son muy incipientes los esfuerzos en esa dirección. Un paso preliminar a la implantación de dichos programas, reside en la posibilidad de identificar sujetos bajo riesgo de convertirse en maltratados; un momento especialmente propicio para ello se da en el período perinatal. Así, la observación de la actitud de los padres hacia su hijo en el momento del nacimiento y/o el examen de la relación padres-hijo durante los - primeros seis meses de edad, puede establecer si es o no hostil.

Es en base a estos indicadores que nos propusimos abordar el problema y fundamentar la presente investigación.

Pensamos que la actitud y conducta de un grupo de madres durante el parto y el amamantamiento y su seguimiento durante los siguientes seis meses - puede permitir el estudio de factores con posibilidad de servir de índices predictivos al identificar en forma temprana a madres potencialmente maltratadoras sobre las cuales aplicar medidas de vigilancia, apoyo y ayuda que, esperamos, eviten la presentación de maltrato.

Así, en el presente trabajo, se establecieron cinco capítulos en los que se aborda lo siguiente:

En el capítulo I se informa al lector acerca de los aspectos que abarca el Síndrome del Niño Maltratado desde su definición y datos históricos hasta los estudios realizados al respecto pero enfocados al factor preventivo.

En el segundo capítulo se establece el problema a investigar y los objetivos que se derivan de éste.

Posteriormente en el capítulo tres se presentan cada uno de los pasos a seguir en una investigación científica, es decir, desde el planteamiento de las hipótesis, hasta el procedimiento que se siguió para su comprobación.

Los dos últimos capítulos (cuatro y cinco) tratan acerca de los resultados obtenidos, así como la discusión de éstos y las conclusiones respectivas.

CAPITULO I

PANORAMA GENERAL DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO.

Para poder entender con mayor claridad el problema que nos ocupó, partimos de la definición del síndrome del niño maltratado. En 1977, el Dr. Kempe lo definió como: "El uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigido a herir, lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de -- sus padres o de otras personas responsables del cuidado del menor." (3)

En virtud de que la definición propuesta por Kempe no cubre aspectos importantes tales como: la temporalidad del fenómeno y las formas en que se da el maltrato, agregamos la definición propuesta por el D.I.F. (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia); "En el síndrome del niño maltratado podemos incluir a todos aquellos menores de edad que se enfrentan, sufren ocasional o habitualmente, actos de violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por omisión o acción, pero siempre en forma intencionada, no accidental, por padres, tutores o personas responsables de éstos." (4)

A esta definición podría agregarse que el término se aplica más característicamente a niños menores de tres años, o sea en la etapa de la vida en que el niño es más dependiente e indefenso y que el grupo de edad más frecuentemente afectado es el menor de 18 meses, o sea durante la etapa pre-verbal.

Con respecto a los actos de violencia física, Coulborn, en 1981, hace una distinción entre abuso y negligencia. Define el abuso del niño como: "el daño hacia el bienestar y salud de éste, por parte de la persona que está a -- cargo de sus cuidados, a través de lesiones físicas y/o abuso sexual." (5)

En cuanto a la negligencia, se refiere igualmente al daño en la salud o bienestar del niño, pero a través del trato negligente, incluyendo el fracaso en proveer el alimento adecuado, así como vestido, vivienda o cuidados médicos.

En cuanto al maltrato emocional, en él el daño no siempre es aparente y

(3) Osorio, C. y Nieto. El Niño Maltratado, Trillas, México, 1981, p. 12.

(4) Dirección de Asuntos Jurídicos del D.I.F., El Síndrome del Niño Maltratado, México, 1981, p. 2.

(5) Coulborn, F.K. Social Work with Abuse and Neglect Children, Collier Macmillan Publishers, London, 1981, p. 5.

a menudo coincide con el maltrato físico. Sin embargo existen casos en los que el cuidado físico del niño es aceptable, mientras que, se le abandona emocionalmente, esto es en procurarle afecto, seguridad y estímulo.

No es posible determinar una relación causa-efecto en el maltrato al niño, sin embargo, enmarcaremos las causas más frecuentes en una situación de agresión hacia los menores de edad, dentro de los siguientes niveles:

1.-Nivel Individual:

- Enfermedades mentales por parte del agresor.
- Enfermedades crónicas de los padres o del niño.
- Transmisión de las formas de crianza (maltrato que recibieron los padres en su niñez)
- Incapacidad de afrontar los problemas de la vida diaria.
- Culpabilizar a los hijos de las secuelas del embarazo.
- Establecer expectativas irreales sobre los hijos.
- Desconocimiento e incompreensión del comportamiento y necesidades de la edad de sus hijos.

2.-Nivel Familiar:

- Temor del padre a perder autoridad sobre los hijos.
- Dificultad en resolver conflictos conyugales.
- Intolerancia ante los defectos físicos y/o emocionales del niño.
- Celos hacia alguno de los hijos.
- Aceptación de la gestación de un hijo por presiones socioculturales.
- Carencias económicas por falta de planificación familiar.

3.-Nivel Social:

- Nivel económico insuficiente para cubrir las necesidades primarias.
- Aprobación de normas sociales, como la de castigo-educación.
- Creencias culturales y religiosas.

En 1980, Osorio afirma que "en las familias en las que hay niños maltratados, la vida es desordenada, existe inestabilidad y desorganización hogareña (...), y por lo tanto, desintegración del núcleo familiar". (6)

Por otra parte, es necesario aceptar que vivimos en una sociedad en don de impera la violencia por lo que no es de extrañar que ésta se manifieste también en la familia.

Datos Históricos y Estadísticos.-El ser humano adulto ha abusado de --

(6) Osorio, C. y Nieto, El Niño Maltratado, Trillas, 1981, p.27.

los niños a través de toda la historia, ya sea por fines religiosos, políticos, sociales, o morales.

"Los motivos aducidos para maltratar a los niños han sido diversos, abarcando desde aquellos cuyo objeto ha sido el mejoramiento de la raza, como en el caso de los romanos y los griegos que eliminaban a los niños débiles y deformes para que solamente los fuertes sobrevivieran, hasta los sacrificios rituales".⁽⁷⁾

Asimismo, existían motivos de planificación familiar (en China al no permitirse tener más de tres hijos, el cuarto tenía que ser arrojado a los animales salvajes) y, motivos de ayuda al sostenimiento económico de los padres (lisar al niño para que mendigase).

En 1860, el médico legista francés Tardeau realizó un informe sobre -- los aspectos médicos y sociales del maltrato infantil.

En 1871, en la ciudad de Nueva York, se estableció la "Society for Prevention of Cruelty to Children".

Pero fue hasta los años cuarenta, cuando Caffey y Silverman encontraron a través de reportes de rayos X de niños con lesiones en el esqueleto y con hematomas subdurales que se estableció por vez primera la asociación de dichas lesiones con ataques físicos ocultados o negados por los padres, la mayoría menores de dos años.

En 1962, Kempe y sus colaboradores, presentaron 749 casos de niños que manifestaban el síndrome del niño maltratado.

Por ello, los psiquiatras y pediatras se empezaron a interesar por tal fenómeno, al igual que los trabajadores sociales, los sociólogos y psicólogos, lo cual llevó al desarrollo de técnicas de tratamiento y diagnóstico.

En México, en 1966, se descubrió el primer caso en el Hospital de Pediatría y se publicó la experiencia acumulada en 1970.

Con referencia a los datos estadísticos, no existen datos sólidos sobre la frecuencia de niños maltratados por sus padres, pues rara vez se sabe de ellos por confesión del agresor o por denuncia de testigos. Se ha intentado integrar estadísticas con base en notas periódicas como lo hizo Aguilar y cols.⁽⁸⁾ y, más tarde Marcovich, pero según Osorio (1981), estos esfuerzos no

(7) Garralda, El Abuso hacia los Niños, en revista de "Salud Mental" del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1980, 3, 13.

(8) Aguilar, A., Kitsu, M. y Foncerrada, M., Síndrome del Niño Maltratado, Revista Mexicana de Pediatría, 1970, 39:621.

reflejan la realidad, pues múltiples casos no son publicados por los medios de información, y otros por diversas razones, no llegan al conocimiento de las autoridades competentes. (9)

En realidad, la gran mayoría de los casos registrados como niños maltratados dentro de hospitales pediátricos en salas de urgencias, lo son más -- bien por sospecha de serlo, con grados variables de certidumbre, en parte debido a la dificultad intrínseca con las labores de un equipo de salud que busca no sólo la protección del menor sino la rehabilitación familiar, sea que se sospeche o que exista certidumbre, la tarea se ve invalidada o interferida si en el proceso dominan factores amenazantes para la familia de naturaleza persecutoria o punitiva.

Es por ello, que podemos afirmar que ni en nuestro país ni en ningún otro se cuenta con información estadística confiable y útil.

En E.U.A. el Dr. Kempe (1979), ha desarrollado investigaciones acerca de la interacción madre-hijo durante los periodos perinatal y postnatal para establecer índices predictivos de maltrato.

Sugiere que en cada clínica obstétrica, exista personal que realice observaciones de los progenitores de un niño en los momentos de su nacimiento y después del mismo, para predecir si lo van a maltratar posteriormente. (10)

En 1981, Monaghan y cols. mencionan que "los practicantes y especialistas en obstetricia son los que usualmente establecen el primer contacto médico con los padres y que tienen la invaluable oportunidad y responsabilidad de reconocer el potencial materno para educar y detectar sus debilidades. (11)

Esta detección debe complementarse con la exploración de las experiencias anteriores al periodo de embarazo de la madre y durante el mismo, ya -- que no se pueden entender las necesidades de una mujer confinando la atención a los eventos ocurridos exclusivamente entre la concepción y el parto. Las experiencias anteriores la dotarán de potencialidades y debilidades, capaces de afectar su conducta durante y después del embarazo, conducta que -- puede tener gran influencia en toda la vida del bebé.

Por otra parte, Brazelton señala, en 1977, que "aunque la madre puede ve-

(9) Op. cit. cita 6, p. 16.

(10) Kempe, C.H. y Kempe, S.R. Niños Maltratados, Ediciones Morata, Madrid, 1979, p. 115.

(11) Kempe, C.H. Child Abuse and Neglect. International Journal, 1981, 5:29.

nir al parto con gran potencial para ser madre, la clase de niño que tenga- determinará poderosamente cómo ella reaccione hacia su hijo." (12)

También Helfer, en 1976, establece una serie de aspectos en la implantación de programas de protección temprana del maltrato hacia los niños, y cita a Frankenburg, en cuanto a la necesidad de considerar cualquier método de protección con las siguientes características: sensibilidad o grado de precisión en la identificación de sujetos con alto riesgo de maltratar al niño y, especificidad o grado de precisión en la identificación de sujetos con bajo riesgo de maltratar al niño. Además, indica aspectos éticos en relación a la detección de padres de alto y bajo riesgo, refiriéndose a la flexibilidad e individualidad de los programas para cada caso familiar. (13)

Hilary Graham, en Neil Frude, 1981, hizo una investigación que proporciona datos importantes para la elaboración de un programa de prevención del maltrato, puesto que hace una descripción de las primeras experiencias de la maternidad en las madres maltratadoras, indicando que son de sentimientos de cólera e irritación comúnmente. Además, añade que estos sentimientos aunados al llanto del niño y al cansancio de la madre desencadenan agresividad por parte de ésta hacia al bebé.

Lynch, en un artículo publicado por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F., México), dice que los componentes que intervienen en el ataque violento al niño son: un cierto tipo de adulto, un tipo especial de niño, una crisis y factores sociológicos y psicológicos. Todos estos factores actúan interactuando y cada uno tiene su efecto para que se de o no, una crisis de violencia en una determinada familia. (14)

Otras investigaciones en especial la de Steele y Polock, citadas en el libro "El Maltrato a los Hijos" editado por Marcovich (1978), establecen igualmente que la agresión hacia los niños es producto de la interacción familiar y que está influenciada por factores personales, sociales y psicológicos.

Dentro de tales factores, Monaghan y cols., en 1981, establecen en una de sus investigaciones que las madres de alto riesgo de maltratar a sus hijos

(12) Brazelton, Implications of Infant Development among the Mayan Indians of Mexico, The Child Psychology Series, Culture and Infancy, 1977, 7.

(13) Helfer, R. Basis Issues Concerning Prediction, Pediatric Annals, 1076, 18:363.

(14) Lynch, M. Teorías de la Agresividad Humana, D.I.F. p.1.

tenían los siguientes factores comunes:

- a) Relaciones pobres con sus padres.
- b) Salida prematura de la escuela con sentimiento de fracaso.
- c) Pérdida de habilidad maternal y motivación básica para aprenderla - después de salir del hospital de maternidad.
- d) Vivienda inadecuada.
- e) Fracaso en el empleo o empleos.
- f) Problemas económicos.
- g) Experiencias de disciplina muy rígida en su niñez.
- h) Expectativas irreales sobre su hijo.
- i) Aislamiento social.
- j) Haberse casado por segunda vez y haber tenido hijos en los dos matrimonios.
- k) Haberse separado de sus padres en su infancia. (15)

Por otra parte, estos mismos autores indican que las familias en desventaja para la mejor interacción familiar tienen ciertas características como ser familias con crisis constantes, que están aisladas socialmente y no utilizan los servicios educativos y preventivos de salud. Además, frecuentemente se establece que los padres fueron niños no queridos, a los cuales se les -- exigía más de lo que podían dar. En consecuencia, son personas que tienen una baja autoestima y, por lo tanto, les resulta difícil brindar afecto a los demás.

El embarazo es un momento de cambio y tiende a ser un período de crisis para muchas familias. No todos los problemas que se presentan son de naturaleza médica, otros, inclusive más importantes, pueden ser económicos, emocionales o sociofamiliares y dificultan la tarea de precisar la etapa más apropiada para la prevención del maltrato.

Lo mejor que se podría hacer sería elaborar registros o listas para registrar y hacer un diagnóstico de dichos problemas, pero eso implica un estudio profundo y sistemático para el cual no existen ni listas de registro -- que ayuden a hacer una detección de padres potencialmente maltratadores.

Justificación de la Investigación. - El problema del maltrato a niños menores de tres años por parte de sus padres, como ya antes se señaló, sólo --- excepcionalmente se llega a conocer por confesión del agresor o por denuncia de algún testigo de la agresión, por lo que cabe suponer que un gran nú-

(15) Op cit cita 11, p. 5:28.

mero de ellos son confundidos con víctimas de accidentes y por tanto,ex--
puestos a nuevas agresiones o a morir como consecuencia de ellas,pues se -
sabe que tienden a repetirse y a ser cada vez más severas.

Por otra parte,los esfuerzos para tratar a los padres de niños maltra-
tados y a estos mismos,han dado resultados pobres.De ahí que se justifique
la búsqueda de medios para evitar que el problema se presente.

"La Dra. Gray y sus colegas estudiaron a los padres con alto riesgo -
que fueron admitidos a un hospital.A dichos padres se les ubicó en un gru-
po de gran riesgo en base a la información obtenida por medio de entrevis-
tas llevadas a cabo por una trabajadora social en una clínica prenatal,los
resultados de un cuestionario de 74 reactivos preparado por Helfer,observa-
ciones efectuadas en la sala de partos y en la sala de maternidad sobre la
interacción madre-hijo.De este estudio,los indicadores más confiables de -
abuso y maltrato de niños fueron los obtenidos a través de las observacio-
nes del comportamiento en la sala de partos y en la sala de maternidad.El
cuestionario de identificación y las entrevistas dieron menos resultado."
(Schmith,1979).⁽¹⁶⁾

Con respecto a la observación de la madre en la sala de partos y en -
la sala de maternidad,no existe aún una gufa validada y confiabilizada de
las conductas y/o indicadores que establezcan el nivel de rechazo de la ma-
dre hacia su hijo.

Se sabe que "durante la estancia en la maternidad los indicadores más
confiables para pronosticar peligro de maltrato son los obtenidos a través
del análisis a las contestaciones a tres preguntas:

¿Qué aspecto tiene la madre? (está triste,enojada,etc.).

¿Qué cosas dice? (comentarios negativos o positivos acerca del bebé).

¿Qué cosas hace? (no lo quiere ver o cargar,etc.)."(Documento sobre -
el Simposio Internacional del Niño Maltratado,1979).⁽¹⁷⁾

"También pueden ser de valor observaciones similares a las antes men-
cionadas pero obtenidas posteriormente en visitas postnatales,a las que se
agregan observaciones de mínima interacción madre-hijo,manejo del bebé en
forma brusca,signos de negligencia en su alimentación e higiene".⁽¹⁸⁾

(16) Schmith,B.D.,La Prevención Primaria del Abuso y Maltrato del Niño,Do-
cumento del Simposio Internacional del Niño Maltratado,México,1979,p.117.

(17) Documento del Simposio Internacional del Niño Maltratado,Méx.,1979,p.167.

(18) *Ibid* cita 17,p.167.

Se requiere por tanto, de esfuerzos para identificar a los padres con riesgo de convertirse en maltratadores, reconociendo en ellos manifestaciones que prueben tener valor predictivo; de aparición temprana y que puedan ser discriminadas de la conducta de las madres hacia sus hijos durante la etapa perinatal y postnatal temprana. Si el procedimiento para discriminar madres potencialmente maltratadoras de las que no presenten este riesgo, resulta útil, será necesario diseñar programas de intervención dirigidos a que en las primeras se evite esa contingencia. Probable efectividad de dichos programas sería el objetivo de un estudio posterior.

Líneas de Investigación Futuras. -Fontana, indica en 1979, que es triste ver que "no existe en ninguna comunidad la preparación para manejar la creciente incidencia del maltrato de niños. Pocas localidades, si es que hay algunas, tienen suficientes servicios, personal o fondos para llevar a cabo la tarea dual de protección del niño y rehabilitación de los padres, ni una sola cuenta con un programa total de acción que empiece con la prevención y termine con la cura". (19)

Se debe actuar lo más pronto posible en el campo de la prevención para no tener que intervenir cuando el niño esté ya dañado.

Según Fontana, "existe una gran proporción de padres maltratadores y negligentes que no causan daño a sus hijos intencionalmente. Ellos saben -- que están causando daño y que son negligentes, y reconocen un llanto de dolor cuando lo escuchan; a muchos, les gustaría detenerse si supieran cómo pero no lo saben. Son personas inadaptadas, miedosas, incapaces de ser padres y a quienes no les gusta lo que son. Asimismo, se piensa que estableciendo leyes de protección al menor se va a resolver el problema de su maltrato, pero las leyes son palabras vacías y nada más que oropel" (20), si no existen los recursos y servicios suficientes para proteger y curar al niño.

Eso tiene que cambiar, pero sólo mediante una planificación cooperativa entre las diversas dependencias responsables de la protección del niño y de un esfuerzo de cooperación por parte de los médicos, dependencias sociales y tribunales, podrá hacerse que los niños en peligro sean adecuadamente asistidos y los padres rehabilitados.

El logro de progresos adicionales hacia la prevención de este fenómeno sólo podrá alcanzarse por medio de programas mixtos, educativos y coope-

(19) Fontana, En Defensa del Niño Maltratado, Pax México, México, 1979, p. 215.

(20) *Ibid* cita 19, p. 219.

rativos, que delimiten las responsabilidades de las disciplinas específicas involucradas y ofrezcan un seguimiento realista de todos los casos, diseñado no solo para garantizar la seguridad del niño, sino también para evaluar la eficacia del sistema.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS.

Numerosos autores plantean que el niño golpeado de hoy, si sobrevive, será el padre golpeador de mañana.

"La intervención de un equipo de salud ante un niño gravemente maltratado, es, por ese solo hecho, tardía, cuando el daño ya se ha causado y éste es grave porque las posibilidades de rehabilitación familiar son escasas, no solo por el daño causado a la víctima niño, sino también por los efectos destructivos que esos hechos provocan en todos los miembros de la familia, especialmente en el agresor." (Foncerrada, 1982).⁽²¹⁾

La intención de evitar el maltrato físico al niño requiere de la investigación profunda de los índices o factores que expliquen el fenómeno - del abuso físico del menor, "considerado como de origen multifactorial."⁽²²⁾

"Los factores o indicadores de alto riesgo de maltratar a sus hijos - no se han investigado lo suficiente dentro de los antecedentes de los padres, sus circunstancias existenciales y la conducta observada durante la - etapa perinatal."⁽²³⁾

"Estudios recientes sugieren que la predicción de los padres de alto riesgo es posible antes o inmediatamente después del nacimiento del niño." (Frude, 1981).⁽²⁴⁾ "Varios estudios se han enfocado a las primeras experiencias de la crianza de los hijos, las relaciones matrimoniales, sentimientos acerca del embarazo y expectativas sobre los hijos. Por ejemplo, se han identificado una serie de índices de peligro de maltrato posterior en las salas de parto, pareciendo ser que el más significativo es el que la madre se --- muestre pasiva hacia su bebé (por ejemplo, no tocarlo, no abrazarlo o examinarlo); o que reaccione hostilmente." (Kellmer, citado en Frude, 1981).⁽²⁵⁾

Otros estudios se han dirigido al estudio del desarrollo de las rela-

(21) Foncerrada, M., Documento no publicado, 1982.

(22) Op cit 17, p.165.

(23) Ibíd 22.

(24) Frude, N. Psychological Approaches to Child Abuse, Rowman and Little-Field, Totowa, New Jersey, 1981, p.211.

(25) Ibíd 24.

ciones entre la madre y el bebé inmediatamente después de su nacimiento y los factores que favorecen el lazo afectivo madre-hijo (Ainsworth y cols., 1974; Brazelton y cols., 1974; Ringler y cols., 1975; Klaus y Kennel, 1976; De Chateau y Wiberg, 1977 y 1978. Citado en Frude, 1981)⁽²⁶⁾, los cuales, proporcionan también evidencias de la importancia del diagnóstico basado en observaciones sobre las interacciones entre el adulto y el niño. (Kellmer, citado en Frude, 1981).⁽²⁷⁾

Aún no se han establecido conclusiones acerca de la significatividad de la relación afectiva madre-hijo en las etapas de parto y postparto con respecto a la evolución de dicha relación en los meses posteriores, en madres que no hayan tenido complicaciones en su parto, a pesar de que "varios estudios han identificado a una gran parte de nuestra población que tiene un gran potencial para dar una crianza normal al niño, dentro de la cual, el maltrato del niño sería el extremo, pero ningún programa de detección ha sido del todo confiable para predecir qué padres están en un alto riesgo de maltratar a sus hijos." (Schmith, 1979).⁽²⁸⁾

Se sabe que la edad que con mayor frecuencia se presenta el maltrato físico al niño es la de la lactancia, es decir, la etapa en la que se encuentra más indefenso el niño (Peón, 1979)⁽²⁹⁾, y dicha agresión frecuentemente es producida por la madre.

"Es necesario entonces que se estudie principalmente a la madre por ser el personaje fundamental y central en el desarrollo temprano del niño, tanto por razones cualitativas, como cuantitativas." (Foncerrada, 1979).⁽³⁰⁾

Así llegamos a plantearnos la siguiente interrogante:

¿Corre mayor riesgo de ser maltratado un niño cuya madre exhibió actitudes y/o conducta rechazante hacia él durante el período perinatal y postnatal temprano?

A partir de esta pregunta, se derivaron los objetivos de la presente investigación, quedando como objetivo general: Identificar factores de valor predictivo durante los períodos perinatal y postnatal inmediato en relación a la posibilidad de futuro maltrato físico de un niño por parte de su madre; y más específicamente: 1.- Determinar si la conducta de la madre hacia su hijo

(26) Op cit 21, p. 211.

(27) Op cit 21, p. 220.

(28) Op cit 16, p. 117.

(29) Peón, H., El Síndrome del Niño Maltratado desde la Perspectiva del Traumatólogo, Op cit 17, p. 89.

(30) Op cit 21.

durante el parto es rechazante o no, 2.-establecer si la actitud de amamantamiento de la madre en el periodo postnatal inmediato es de rechazo hacia el niño, y 3.-correlacionar factores de la vida personal de la madre (relación con su pareja, antecedentes de cuidados maternos, condiciones socioculturales, actitud hacia el embarazo y hacia el producto), que puedan favorecer o producir actitudes de rechazo hacia su hijo durante el parto.

CAPITULO III

METODO

a) Planteamiento de las Hipótesis.

De lo establecido en el programa de investigación, se requiere para su comprobación, el establecer relaciones entre los fenómenos de vinculación afectiva madre-hijo durante el parto y durante el amamantamiento postparto inmediato, con el lazo afectivo madre-hijo en la etapa posterior al nacimiento del bebé (seis meses después), considerando aspectos de la vida personal de la madre.

Así se plantea lo siguiente:

"Si una madre no establece una relación afectiva con su hijo, o ésta es deficiente, durante el período perinatal y postnatal inmediato, el niño corre riesgo de ser objeto de maltrato físico posterior."

En la hipótesis de investigación planteada anteriormente, se encuentran implícitamente tres subhipótesis, que son:

- 1.- Si un niño es rechazado por su madre durante el parto, es probable que sea maltratado físicamente en una etapa posterior.
- 2.- Si una madre rechaza a su hijo durante su amamantamiento, éste niño correrá el riesgo de ser objeto de maltrato físico posterior.
- 3.- Si una madre exhibe una actitud de rechazo hacia su hijo durante el parto, existen factores de su vida personal que lo están favoreciendo -- y/o produciendo.

Asimismo, para fines del estudio se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis de Nulidad: Si una madre establece una relación afectiva -- con su hijo durante el período perinatal y postnatal inmediato, el niño corre el mismo riesgo de ser objeto de maltrato físico posterior.

Hipótesis Alternativa: Si una madre establece una relación afectiva con su hijo durante el período perinatal y postnatal inmediato, el niño no corre riesgo de ser objeto de maltrato físico posterior.

b) Escenario de la Investigación.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional (I.M.S.S.), habiendo sido los escenarios del estudio los siguientes:

- 1.- Las salas de expulsión (8) del área tocoquirúrgica.
- 2.- Las salas de recuperación de puerperas.

3.-El consultorio número 11 del área de consulta externa.

4.-Los domicilios de los sujetos de investigación.

c)Sujetos.

Treinta mujeres embarazadas que recibieron atención de su parto en el hospital citado arriba.El número de casos se limitó a 30 sujetos porque son los que consideramos poder investigar durante los seis meses que duró el estudio,es decir,que no contábamos con más recursos humanos para abordar una muestra mayor.

Estos 30 sujetos son los que se requirieron para el estudio formal;sin embargo,se utilizaron además,79 madres para un estudio preliminar,que tuvo como objetivo el elaborar la guía de observación de las conductas y/o indicadores que presentaron las madres hacia sus hijos durante el parto e inmediatamente después del mismo.En la sección de instrumento se explicará con detalle en qué consistió el estudio preliminar,y a continuación se expondrá el diseño de muestra para el estudio formal.

d)Variables.

Variables Explicativas:

1.-Actitud de la madre durante el parto.

2.-Actitud de la madre hacia su hijo cuando se le mostró después de su nacimiento.

3.-Actitud de la madre durante el amamantamiento postparto.

Variable de Respuesta:

1.-Presencia de maltrato físico atribuible a la madre.

Los criterios a seguir para valorar la variable de respuesta fueron los siguientes:

El solo hecho de descubrirse lesiones inflingidas pero ocultas hablabá ya de un problema real o potencialmente grave,por lo que no se calificó como maltrato físico solo a lesiones médicamente graves,pues se sabe que las agresiones tienden a repetirse y a ser cada vez más violentas.

Cuando nos encontráramos a un lactante traumatizado con:

"1.-Incongruencia de datos en la historia clínica.

2.-Familiares pasivos,hostiles,negligentes.

3.-"Accidentes" frecuentes.

4.-Convulsiones,hematuria,equimosis (sin explicación).

5.-Radiografías con:

a)Fracturas metafisarias.

b)Hematomas subperiósticos calcificados.

c) Lesiones traumáticas óseas de diferente tiempo de evolución, deberíamos de sospechar el síndrome del niño maltratado hasta que no se demostrara lo contrario." (Peón, 1979).⁽³¹⁾

Para valorar la negligencia se consideró lo siguiente:

"1.- Retraso en su crecimiento. Nutrición inadecuada o inapropiada a pesar de que se le indique cuál es la adecuada.

2.- No proporcionar vestimenta adecuada o habitación apropiada, no por falta de recursos económicos.

3.- Abandono y fracaso en proveer una supervisión adecuada. es decir, dejar al niño solo, por espacios de tiempo prolongados o encargárselo a personas no adecuadas (que hayan intentado maltratarlo anteriormente).

4.- No proveer el cuidado adecuado en problemas médicos." (Coulborn, --- 1981).⁽³²⁾

e) Diseño de Muestra.

Se utilizó un muestreo por cuota, en donde se eligió a un grupo de 30 mujeres que cubrieran las características necesarias para el estudio.

Se aplicó un sistema de selección de sujetos en base a los siguientes criterios de inclusión:

1.- Que acudieran a una institución hospitalaria.

2.- Que médicamente el parto no presentara dificultad (eutócico).

3.- Que el niño hubiera nacido en condiciones óptimas de salud (tomando en cuenta las calificaciones de APGAR y Silverman), no se incluyeron niños nacidos prematuramente y/o en quienes se comprobara la existencia de algún tipo de malformación congénita, pues estos niños por ese solo hecho son objeto de vigilancia especial, por constituir factores reconocidos como capaces de interferir con el establecimiento de una adecuada relación afectiva madre-hijo.

4.- Que las madres hubiesen llevado su embarazo a término y tuvieran entre 20 y 35 años de edad, por considerarse la edad óptima para la procreación en la mujer y así eliminar variables extrañas al diseño experimental.

5.- El nivel socioeconómico se controló considerando exclusivamente a madres que asistieron a una institución hospitalaria del Centro Médico Nacional, y por tanto, ser beneficiarias o derechohabientes del I.M.S.S.

(31) Op cit 29, p.92.

(32) Op cit 5, p.26.

6.-La atención del parto no requirió del empleo de anestésicos que alteraran el estado de conciencia de la paciente.

Como se dijo anteriormente, el total de la muestra sería de 30 sujetos, - en un diseño de muestra de 2 X 3 en donde, para ser seleccionado se tomaron en cuenta dos características: por un lado, la educación, que se categorizó - en tres niveles (primaria completa o incompleta; secundaria, estudios técnicos o preparatoria completos o incompletos; carrera técnica o profesional completa o incompleta), y por otro lado, el número de partos previos. La razón de incluir estas variables es porque podrían alterar las actitudes de la madre hacia el niño; es decir, una madre que tuvo varios hijos no va a reaccionar igualmente que una madre que tuvo su primer hijo, y lo mismo podría suceder - con la diferencia en el nivel educativo.

El diseño de la muestra fue el siguiente:

	PRIMIGESTA	MULTIPARA	TOTAL Ss.
PRIMARIA COMPLETA O INCOMPLETA.	5	5	10
SECUNDARIA, ESTUDIOS TECNICOS O PREPARATORIA.	5	5	10
CARRERA PROFESIONAL O TECNICA.	5	5	10
TOTAL SUJETOS (Ss.)	15	15	30

La asignación a grupo fue aleatoria para garantizar que no hubiera ningún elemento de sesgo en la selección de la muestra. Para hacer ésto se siguió el siguiente procedimiento:

Durante dos semanas cada día a las 7 A.M. se pidió la lista numerada - con los nombres de aquellas madres que cubrían los criterios de inclusión - para la muestra. Posteriormente se asignaron en forma aleatoria utilizando - la tabla de números aleatorios (máximo cuatro sujetos por día), hasta cubrir el total de sujetos por cada casilla del cuadro de diseño de muestra.

La observación se inició en el momento en que la madre estuvo en la mesa de expulsión y terminó después de que le hubieron enseñado al niño. Sólo se requirió un observador por cada madre, alternándose en los partos.

f)Elaboración de los Instrumentos.

Para la observación de la relación afectiva madre-hijo durante el parto y el amamantamiento, no se contó con instrumentos elaborados por otros autores, por lo que se diseñaron las guías de observación.

La evaluación se hizo en base a la observación puesto que consideramos que es el medio más directo y confiable para este tipo de estudio. El hacer preguntas a la madre en esos momentos variaría la actitud de la misma.

Dicha observación se complementó con la videofilmación de la conducta de la madre en la sala de expulsión, en el momento en que se le ofreció el contacto con su hijo acabado de nacer.

Previamente se le pidió su consentimiento, pero con el pretexto de filmar al niño y no a ella (la madre), para evitar que se contaminara su actitud.

Por ello, los eventos observados fueron sistematizados a través de un registro de conductas y/o indicadores concretos de la forma siguiente: presencia positiva = +1, presencia negativa = -1 (+1 para aquellas conductas y/o indicadores que sugirieron una relación afectiva favorable, y -1 para aquellas conductas y/o indicadores que sugirieron una relación afectiva desfavorable), que al ser sumados dieron un valor total de conductas positivas y negativas en la relación afectiva madre-hijo.

Estudio Preliminar:

La elaboración de la guía de observación de la relación afectiva madre-hijo durante el parto, se hizo siguiendo las fases que a continuación se explican:

1.- Fase de observación libre, en donde se observó durante tres semanas (dos observadores por separado) a cincuenta madres que tuvieron su parto entre las 7:30 y 12:30 hrs., registrando todas las conductas y/o indicadores que presentaron desde el momento de expulsión, hasta que les mostraron al bebé.

2.- Se enlistaron todas las conductas y/o indicadores observados en las 50 madres anteriores (fase 1), haciendo una cotejación entre las dos observaciones (2 observadores).

3.- Se evaluó dicha lista con el juicio clínico de 20 especialistas en gineco-obstetricia o personas relacionadas con la atención de partos (médicos, enfermeras, comadronas, instructores de parto psicoprofiláctico) con el objetivo de ampliar el contenido de dicha lista.

4.- Validación de la guía de observación.- Para validar el instrumento

se realizó el siguiente tipo de análisis:

a) Análisis de contenido cualitativo.-Por medio del contrastamiento del registro de las observaciones de 10 partos con el juicio clínico del médico o enfermera que haya atendido el parto, en relación a cómo observaron la relación madre-hijo.

b) Concordancia interjueces.-Consistió en que cada observador (2 observadores) hiciera registros de las conductas y/o indicadores de la misma madre simultáneamente pero en forma separada, esto es, sin consultarse, para -- después valorar la concordancia de las observaciones a través de la aplicación de la medida estadística conocida como KAPPA de Cohen (Cohen, 1960)⁽³³⁾, la cual, indicó la concordancia de acuerdos y desacuerdos en cada una de las conductas y/o indicadores registrados. Como resultado de ello, se afinó la -- gafa de observación eliminando o definiéndolas con mayor precisión, o en su defecto, aumentando más conductas.

El objetivo del análisis del instrumento en un estudio preliminar es -- el de evitar errores en el estudio formal.

Otro instrumento a elaborar fue la gafa de observación del amamantamiento postparto, para lo cual, se hizo una revisión teórica de varios autores que analizaron las actitudes de la madre al amamantar.

Asimismo, se utilizó otro instrumento elaborado por Horsley y Cohen⁽³⁴⁾, el cual, proporciona datos acerca de la historia familiar, planeación del embarazo y apoyos psicosociales. Se amplió la información con un cuestionario sobre actitudes maternas elaborado por Gardner⁽³⁵⁾, y un cuestionario elaborado por Foncerrada⁽³⁶⁾, para calificar la vida conyugal y sexual de la pareja. (Ver anexos A, B. y C).

Por último el instrumento de seguimiento que evaluó la relación madre hijo en el hogar, fue el Inventario de Estimulación en el Hogar para Familias con Niños de Edad Preescolar (0 a 3 años), de Caldwell y cols.⁽³⁷⁾ (Ver anexo D).

(33) Cohen, J., Weighted KAPPA, Psychological Bulletin, American Psychological Association, Inc., 1960, 4:213.

(34) Horsley y Cohen, documento proporcionado por Foncerrada, M.

(35) Ibid 34.

(36) Ibid 34.

(37) Caldwell y cols., Rationale and Development of the Home Observation for Measurement of the Environment Inventorie, Child Development Research Unit, University of Arkansas at Little Rock, 1968, p.1.

El objetivo del seguimiento fue corroborar la hipótesis predictiva - del estudio, al asegurar que fuera consistente el criterio de rechazo (relación madre-hijo desfavorable) hasta los seis meses y poder intervenir para proteger al bebé y a la relación madre-hijo en caso de verificarse signos o manifestaciones de maltrato, ya sea activo o pasivo. Con esto se quiere decir que si durante el seguimiento observábamos maltrato físico, se canalizaría inmediatamente al niño y a los padres al Departamento de Higiene Mental del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional para hacer una exploración más precisa de lo que estaba sucediendo con ellos y con su hijo. Además se incrementarían las visitas domiciliarias y las citas con el pediatra a fin de proteger al niño. Si las lesiones hubieran sido frecuentes, se hospitalizaría al niño para alejarlo temporalmente de los padres, mientras se explorara más el caso.

g) Procedimiento.

Primera Fase.- Se hizo lo planteado en el diseño de muestra.

Segunda Fase.- Se observó la actitud de amamantamiento 24 horas después del parto (en el hospital), lo cual fue realizado por una observadora durante 15 minutos con cada madre.

Tercera Fase.- Se entrevistó a la madre aplicando los cuestionarios de Horsley y Cohen, y Gardner inmediatamente después de los 15 minutos de amamantamiento.

Cuarta Fase.- Se pidió el consentimiento a la madre para realizar el estudio de seguimiento (seis meses), con el pretexto de estar realizando una investigación sobre el desarrollo del niño.

Quinta Fase.- Procedimiento para el seguimiento de 6 meses:

a) Se hicieron visitas domiciliarias cada mes para registrar la relación madre-hijo (se hicieron observaciones durante una hora en la mañana).

b) Se citó a la madre con el niño a la primera semana después del parto y posteriormente cada mes con el pediatra, para registrar aspectos de maltrato físico.

Sexta Fase.- Al finalizar el seguimiento de seis meses se realizó una exploración radiológica de las extremidades superiores e inferiores y del cráneo del niño, esto se hizo en la última cita con el pediatra.

CAPITULO IV

RESULTADOS

1.-Estudio Preliminar.

A)Elaboración de la gufa de observación del parto.

Para la obtención de la gufa de onservación del parto,se llevó a efec to lo determinado en la parte de método.Especificaremos lo que se hizo en cada uno de los pasos,a continuación:

1.-Observación libre.-En esta fase,se observaron un total de 50 partos, de lo cual,se elaboró una lista de conductas y/o indicadores de las madres (ver lista 1).

2.-Validación y juicio clínico.-Se consultaron a 25 especialistas de gineco-obstetricia,integrados por:10 médicos gineco-obstetras y 10 enferme ras del Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional,3 especia listas en parto psicoprofiláctico del Hospital Dalinde y dos "comadronas" -- del pueblo de Tepoztlán Morelos,con el objeto de obtener su juicio clínico sobre la lista de conductas del parto (lista 1).

Los especialistas de parto psicoprofiláctico indicaron que la mayoría de las madres que han atendido,no lloran ni gritan,aunque sucede lo contra rio si pierden el control de la situación.

Los gineco-obstetras,enfermeras y comadronas concordaron en todo lo de terminado en la lista 1.

3.-Análisis de Contenido Cualitativo.-Se contrastaron las observacio nes de 10 partos con el juicio clínico de los médicos y enfermeras que los atendieron,teniendo como resultado la eliminación de las conductas del mo mento del alumbramiento (ver lista 1) y se aumentaron algunas en los perfo dos de expulsión y de presentación del bebé a la madre,quedando una nueva gufa de conductas del parto (ver lista 2).

4.-Concordancia interjueces.-De los 20 partos observados en forma inde pendiente,se obtuvo la medida de concordancia KAPPA (Cohen,1960)⁽³⁸⁾ por cada uno de los indicadores y/o conductas de la lista 2.

En el cuadro 1) aparecen los porcentajes de acuerdo apar cada reactivo. De los 36 reactivos,18 tuvieron un 100% de acuerdo mientras que los restan tes oscilaron entre un 66.6% y un 88.8% de acuerdo.Todo lo cual,nos llevó a redefinir las conductas de la gufa de observación del parto (lista 2) de la

(38) Op cit 33.

LISTA 1

GUIA DE OBSERVACION DE LAS ACTITUDES DE LA MADRE DURANTE EL PARTO.

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de indicadores y conductas que manifiestan las madres en la sala de expulsión en los siguientes momentos: A) Período expulsivo, B) período de alumbramiento, y C) período en que le muestran al bebé. Indique colocando una paloma () al lado de cada actitud, si ésta se presenta, y una cruz (X) si no se presenta.

CONDUCTAS DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO:

- Habla
- Se queja
- Sonríe
- Coopera
- Llora
- Grita
- Está alerta
- Está ansiosa
- Pregunta
- Dice cosas agradables
- Dice cosas desagradables

CONDUCTAS DURANTE EL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO:

- Sonríe
- Se interesa por el estado de salud del bebé
- Se interesa por el sexo
- Se interesa por el peso
- Se interesa por la hora de nacimiento
- Se interesa por rasgos físicos
- Está alerta cuando asean al bebé
- Está satisfecha con el sexo del niño
- Se conmueve
- Dice cosas agradables
- Dice cosas desagradables
- Pide verlo
- Está alerta a la salida del bebé

CONDUCTAS DURANTE EL MOMENTO EN QUE LE MUESTRAN AL BEBE:

- Sonríe
- Está indiferente
- Tiene contacto visual con el bebé
- Ve con agrado al niño
- Lo observa
- Lo toca
- Lo besa
- Pide que se lo dejen
- Se interesa por lo que le van a hacer
- Dice cosas agradables
- Dice cosas desagradables
- Sigue con la mirada al bebé cuando se lo llevan
- Se levanta para verlo
- Pregunta por el estado físico del niño
- Está tranquila
- Se conmueve

LISTA 2

GUIA DE OBSERVACION DE LAS ACTITUDES DE LA MADRE DURANTE EL PARTO.

NOMBRE: _____ EDAD: _____

NIVEL EDUCATIVO: _____

NO. DE PARTOS: _____ FECHA: _____

Conductas y/o indicadores observados en la madre durante el parto. (Presente=1, ausente=0).

- 1.-Habla.....
- 2.-Se queja.....
- 3.-Sonrfe.....
- 4.-Coopera.....
- 5.-Llora.....
- 6.-Grita.....
- 7.-Está alerta.....
- 8.-Está ansiosa.....
- 9.-Pregunta.....
- 10.-Dice cosas agradables.....
- 11.-Dice cosas desagradables.....
- 12.-Se interesa por el estado de salud del niño.....
- 13.-Se interesa por el sexo del niño.....
- 14.-Se interesa por el peso del niño.....
- 15.-Se interesa por la hora del nacimiento.....
- 16.-Se interesa por rasgos físicos.....
- 17.-Está alerta cuando asean al niño.....
- 18.-Está satisfecha con el sexo del bebé.....
- 19.-Se conmueve.....
- 20.-Pide verlo.....
- 21.-Está indiferente con el sexo del bebé.....

Conductas y/o indicadores de la madre cuando le enseñan al bebé.

- 1.-Sonrfe.....
- 2.-Indiferente.....
- 3.-Contacto visual con el niño.....
- 4.-Ve con agrado al niño.....
- 5.-Lo observa.....
- 6.-Lo toca.....
- 7.-Lo besa.....
- 8.-Pide que se lo dejen.....
- 9.-Se levanta para verlo.....
- 10.-Se interesa por lo que le van a hacer.....
- 11.-Pregunta cuándo lo va a volver a ver.....
- 12.-Pregunta acerca del estado físico del bebé.....
- 13.-Está tranquila después del parto.....
- 14.-Se conmueve.....
- 15.-Lo mira.....

CUADRO 1)
 CONCORDANCIA INTERJUECES
 KAPPA (COHEN, 1960).

REACTIVO	% ACUERDO	KAPPA (K)	Z
1	88.88%	.725	2.820
2	77.77%	.525	1.785
3	77.77%	0	0
4	66.66%	-.124	.234
5	100%	0	0
6	100%	0	0
7	100%	1	0
8	100%	0	0
9	100%	0	0
10	100%	0	0
11	77.77%	0	0
12	100%	0	0
13	100%	1	0
14	100%	0	0
15	100%	0	0
16	100%	0	0
17	66.66%	0	0
18	77.77%	.549	1.96
19	88.88%	.607	1.649
20	100%	0	0
21	77.77%	.570	2.134
1	66.66%	.789	4.005
2	77.77%	.398	1.067
3	66.66%	.270	.789
4	88.88%	.725	2.820
5	66.66%	.372	4.275
6	88.88%	.607	1.649
7	100%	0	0
8	100%	0	0
9	88.88%	0	0
10	100%	0	0
11	100%	0	0
12	100%	0	0
13	77.77%	0	0
14	100%	1	0
15	77.77%	.398	1.067

siguiente manera:

- 1.-Habla.-Decir palabras sin que implique una queja o pregunta.
- 2.-Se queja.-Expresar oralmente molestia o incomodidad mínimo 5 veces.
- 3.-Sonríe.-Dibujar en el rostro una sonrisa mínimo tres veces.
- 4.-Coopera.-Realizar las indicaciones del médico de cómo pujar, respirar, y en concreto ayudar a que nazca el bebé.
- 5.-Llora.-Expresar llanto franco mínimo tres veces.
- 6.-Grita.-Elevar la voz expresando signos de interjección mínimo 3 veces antes de la salida del bebé.
- 7.-Está alerta.-Que se incorpore para tratar de ver la salida del bebé.
- 8.-Está ansiosa.-Que demuestre inquietud constante con desesperación o fastidio.
- 9.-Pregunta.-Que haga 3 preguntas o más mientras nace el bebé.
- 10.-Dice cosas agradables.
- 11.-Dice cosas desagradables.
- 12.-Pregunta por el estado de salud del niño.
- 13.-Pregunta por el sexo del niño.
- 14.-Pregunta por el peso del niño.
- 15.-Pregunta por la hora de nacimiento del niño.
- 16.-Pregunta por rasgos físicos del niño.
- 17.-Está alerta cuando asean al niño.-Que se incorpore para ver a su hijo cuando lo asean en la mesa.
- 18.-Observa al bebé cuando lo están aseando.-Que mantenga la mirada hacia al niño durante su aseo con breves interrupciones.
- 19.-Se conmueve.-Expresión de alegría y satisfacción llena de emoción.
- 20.-Pide verlo.
- 21.-Está indiferente.-No mostrar ninguna expresión de emoción o interés.
- 22.-Establece contacto visual con el niño.-Que busque la mirada del niño.
- 23.-Ve con agrado al niño.-Que exprese alegría al ver al niño, ya sea con una sonrisa leve o muy notoria.
- 24.-Lo mira.-No verlo con detenimiento.
- 25.-Lo observa.-Recorrer su cuerpo con la mirada con detenimiento.
- 26.-Está satisfecha con el sexo del niño.-Se determina a través de la pregunta que hace el médico acerca del sexo del niño.
- 27.-Muestra indiferencia hacia el sexo del niño.-Que no muestre ni alegría ni tristeza por el sexo del niño.

- 28.-Lo toca espontáneamente.-Que no le indiquen tocarlo.
- 29.-Lo besa espontáneamente.-Que no le indiquen besarlo.
- 30.-Pide que se lo dejen.
- 31.-Se levanta para verlo.
- 32.-Pregunta qué le van a hacer al niño.
- 33.-Pregunta cuándo lo va a volver a ver.
- 34.-Pregunta acerca del estado físico del bebé.
- 35.-Lo sigue con la mirada cuando se lo llevan.
- 36.-Ve con desagrado al niño.-Que marque el seño de la frente con expresión de asco o enfado.
- 37.-Está molesta.-Que se centre en su dolor,sin importarle el bebé.
- 38.-Está tranquila.
- 39.-Pide que se lo enseñen.
- 40.-Se voltea cuando se lo enseñan para no verlo.
- 41.-Presta atención cuando dicen los datos del nacimiento.
- 42.-Lee nuevamente los datos.

Después de definidas tales conductas y/o indicadores de la madre durante el parto,se reorganizó la guía de observación quedando en la forma que se presenta en la lista 3.Esta presentación es la definitiva para su utilización en el estudio formal.

B)Elaboración de la guía de observación del amamantamiento postparto.

Se consultaron a los siguientes autores:Tracy y Ainsworth (1981),Whitten (1981),Bernal Dunn y Richards (1981),Whitt y Casey (1982),con lo que se elaboró la guía de observación del amamantamiento (ver lista 4).

2.-Estudio Formal.

1a. Fase.-La muestra obtenida fue de 25 madres quedando distribuida,de acuerdo a los criterios de selección,de la siguiente manera:

NIVEL EDUCATIVO	PRIMIPARAS	MULTIPARAS	TOTAL
PRIMARIA COMPLETA O INCOMPLETA	4	3	7
SECUNDARIA,ESTUDIOS TÉCNICOS O PREPARATORIA COM. O INCOM.	4	5	9
CARRERA TECNICA O PROFESIONAL COMPLETA O INCOMPLETA.	6	3	9
TOTAL	14	11	25

LISTA 3

GUIA DE OBSERVACION DE LAS ACTITUDES DE LA MADRE DURANTE EL PARTO.

Nombre: _____ Edad: _____
Nivel Educativo: _____ No.Partos: _____ Fecha: _____

Conductas y/o indicadores de la madre durante el parto. (Conducta y/o indicador positivo= +1, conducta y/o indicador negativo= -1).

- 1.-Habla _____
- 2.-Se queja _____
- 3.-Sonríe _____
- 4.-Coopera _____
- 5.-Llora _____
- 6.-Grita _____
- 7.-Está alerta _____
- 8.-Está ansiosa _____
- 9.-Pregunta _____
- 10.-Dice cosas agradables _____
- 11.-Dice cosas desagradables _____
- 12.-Pregunta por estado de salud del niño _____
- 13.-Pregunta por el sexo del niño _____
- 14.-Pregunta por el peso del niño _____
- 15.-Pregunta por la hora de nacimiento _____
- 16.-Pregunta por rasgos físicos del niño _____
- 17.-Está alerta cuando asean al niño _____
- 18.-Observa al bebé cuando lo asean _____
- 19.-Se conmueve _____
- 20.-Pide verlo _____

Conductas y/o indicadores de la madre cuando le enseñan al niño.

- 1.-Sonríe _____
- 2.-Está indiferente _____
- 3.-Establece contacto visual con el niño _____
- 4.-Ve con agrado al niño _____
- 5.-Lo mira _____
- 6.-Lo observa _____
- 7.-Está satisfecha con el sexo del niño _____
- 8.-Muestra indiferencia hacia el sexo del niño _____
- 9.-Lo toca espontáneamente _____
- 10.-Lo besa espontáneamente _____
- 11.-Pide que se lo dejen _____
- 12.-Se levanta para verlo _____
- 13.-Pregunta qué le van a hacer al niño _____
- 14.-Pregunta cuándo lo va a volver a ver _____
- 15.-Pregunta acerca del estado físico del bebé _____
- 16.-Se conmueve _____
- 17.-Lo sigue con la mirada cuando se lo llevan _____
- 18.-Ve con desagrado al niño _____
- 19.-Dice cosas agradables _____
- 20.-Dice cosas desagradables _____
- 21.-Está molesta _____
- 22.-Está tranquila _____
- 23.-Pide que no se lo enseñen _____
- 24.-Se voltea cuando se lo enseñan para no verlo _____
- 25.-Presta atención cuando le dicen los datos del nacimiento _____
- 26.-Lee nuevamente los datos _____

LISTA 4

GUIA DE OBSERVACION DE LAS ACTITUDES DE LA MADRE DURANTE EL AMAMANTAMIENTO.

Nombre: _____ Fecha: _____
Conductas y/o indicadores de la madre durante el amamantamiento. (Conduc
ta y/o indicador positivo= +1, conducta y/o indicador negativo= -1).

- 1.-Mirar _____)
- 2.-Besar _____)
- 3.-Sonreir _____)
- 4.-Reir _____)
- 5.-Tocar _____)
- 6.-Está paciente _____)
- 7.-Está impaciente _____)
- 8.-Imitar al bebé en forma positiva _____)
- 9.-Imitar al bebé en forma negativa _____)
- 10.-Frotar una parte de su cuerpo _____)
- 11.-Contacto visual con el niño _____)
- 12.-Manipula la mano del bebé _____)
- 13.-Cambiar la posición del bebé _____)
- 14.-Insistir en el ofrecimiento sin forzar _____)
- 15.-Insistir en el ofrecimiento forzando _____)
- 16.-Estar atenta _____)
- 17.-Estar indiferente _____)
- 18.-Palmeaar al bebé _____)
- 19.-Mecerlo _____)
- 20.-Estimular la succión (con frotamiento en
la mejilla o los pies) _____)
- 21.-Sostener al bebé en forma relajada _____)
- 22.-Sostenerlo con los brazos tensos _____)
- 23.-Decirle cosas agradables _____)
- 24.-Decirle cosas desagradables _____)

Para ver una descripción más específica ver el anexo F.

El muestreo duró del 27 de noviembre de 1984 al 8 de febrero de 1985.

Se grabaron las facies de todas las madres en videocassettes de Beta 3/4, abarcando 7 horas aproximadamente. Se hizo una edición más corta (1 hora con 20 minutos) en donde se muestran las conductas más importantes de cada una de las madres. Asimismo, se editó nuevamente esta última edición - con el objeto de utilizarla para su exposición, mostrando los casos más típicos, es decir, aparece la madre más afectiva, la más rechazante y la que se encuentra en un punto medio.

La edición con fines de exposición dura 8 minutos, lo cual, es práctico y ameno.

Los puntajes de la gufa de observación del parto en cada madre, aparecen en orden descendente en el cuadro 2) dividiéndose tal puntaje en la -- frecuencia de conductas positivas y la frecuencia de conductas negativas.

2a. Fase.-En la observación del amamantamiento 24 horas después del -- parto, se realizó algunas veces registrando la conducta de dos madres en -- forma simultánea, por las reglas del cunero en cuanto a las salidas de los bebés.

En el cuadro 2) aparecen las frecuencias de las conductas positivas y las conductas negativas, de acuerdo al orden en que aparecen los sujetos por el puntaje del parto.

3a. Fase.-Los cuestionarios se aplicaron a todas las madres, aunque al -- gunas lo hicieron sin nuestra participación, porque se traslapaban los hora -- rios de salida del hospital.

En el cuadro 3) se muestran los datos resultantes del cuestionario de Horsley y Cohen⁽³⁹⁾ (ver anexo A), presentándose a los sujetos en orden -- descendente por el puntaje del parto.

En este cuestionario, la regla es que cada punto obtenido significa un punto desfavorable, y, por lo tanto, cero puntos quiere decir que la madre no tiene problemas en los aspectos que abarca el cuestionario (actitud hacia el embarazo, apoyos psicosociales e historia familiar).

Se observan pocas diferencias, siendo que la muestra se encontraba e -- quibrada en los aspectos de actitud hacia el embarazo, historia familiar y apoyos psicosociales. No obstante los sujetos 2, 14, 17 y 21 son los que -- presentan más puntos desfavorables.

También se contempló el aspecto de planeación del bebé, indicado en la (39) Op cit 34.

CUADRO 2)

SUJETO	'PARTO (46 react.)		'AMAMANTAMIENTO (24r)'		I. HOME (65 react.)	
	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)
1.-Margl	38	8	11	13	63	2
2.-Mildr	29	17	15	9	51	14
3.-Lilia	28	18	15	9	59	6
4.-Esper	27	19	22	2	46	19
5.-RosaB	25	21	7	17	41	24
6.-Anton	25	21	21	3	53	12
7.-Lucin	24	22	19	5	54	11
8.-Silvi	24	22	22	2	53	12
9.-Celin	24	22	14	10	48	17
10.-Felis	24	22	20	4	43	22
11.-Graci	23	23	14	10	50	13
12.-RosaA	23	23	18	6	46	19
13.-Nélid	23	23	12	12	42	23
14.-Arace	22	24	14	10	31	34
15.-Beatr	21	25	12	12	42	23
16.-Rafae	21	25	11	13	39	26
17.-Marg2	20	26	18	6	46	19
18.-MaEle	19	27	16	18	37	28
19.-Olivi	18	28	19	5	45	20
20.-Evang	17	29	12	12	47	18
21.-MaLuz	16	30	9	15	42	23
22.-Marta	14	32	11	13	44	21
23.-Marfa	13	33	15	9	43	22
24.-Agris	13	33	8	16	31	34
25.-Yolan	10	36	13	11	49	16

CUADRO 3)
CUESTIONARIO DE HORSLEY Y COHEN.

SUJETOS	ACTITUD EN EMBARAZO.	HISTORIA FAMILIAR	APOYOS PSICOSOCIALES	TOTAL	PLANEA HIJO
1	0	0	1	1	NO
2	2	1	1	4	SI
3	0	0	0	0	NO
4	0	0	1	1	NO
5	1	0	1	2	NO
6	1	0	1	2	NO
7	0	0	0	0	SI
8	0	0	0	0	SI
9	0	0	0	0	SI
10	0	0	0	0	SI
11	1	0	2	3	SI
12	0	0	0	0	NO
13	2	0	0	2	SI
14	0	2	2	4	NO
15	0	0	2	2	NO
16	0	0	0	0	NO
17	0	1	3	4	NO
18	0	1	0	1	NO
19	0	1	2	3	NO
20	0	0	0	0	SI
21	2	0	2	4	NO
22	0	1	0	1	SI
23	1	0	1	2	SI
24	0	1	0	1	NO
25	0	1	1	2	SI
TOTAL	10	9	20	39	

última columna del cuadro 3). Se puede notar que la mayoría no lo planeó.

Los datos del cuestionario de Foncerrada ⁽⁴⁰⁾ (ver anexo B) se muestran en cuadro 4) estableciéndose la frecuencia en todo el cuestionario de cada puntaje de la escala de calificación de cada sujeto.

El criterio para constestar era el de poner una cruz en cada pregunta en el número que correspondiera a su contestación (ver anexo B). Igualmente se presentan los sujetos en orden descendente por el puntaje del parto.

Se puede observar que no existían problemas graves de relación de pareja, siendo que el sujeto que tiende a contestar más en los números 6, 7 y 8, se equilibra con las frecuencias dadas en los demás números (del 0 al 5). - La mayor parte de la muestra carga sus contestaciones en el número 0 y en el 2, lo que indica una relación sin problemas.

En cuanto al cuestionario de Gardner ⁽⁴¹⁾ (ver anexo C) las preguntas son de tipo abierto y se califican en forma cualitativa. Se establece que todas las madres tienen una actitud favorable hacia la maternidad y hacia el bebé que acaban de tener. Sólo las madres 14 y 16 tienen preferencia por los niños, porque dicen que las niñas sufren más que ellos, también la madre 14 expresa rechazo en su infancia por el cuidado de niños y la madre 23, al respecto de tener otro hijo, por no desvelarse.

4a. Fase.- Todas las señoras aceptaron participar en la investigación, solo una de las madres tenía miedo de que le quitáramos a su hijo por rumores obtenidos. Con el tiempo nos tomó confianza y participó adecuadamente en el estudio.

5a. Fase.- Seguimiento de las madres durante seis meses. Las visitas domiciliarias se hicieron cada mes, no pudiendo realizar la visita después de la segunda semana de nacido el bebé.

Para disimular el objetivo de nuestra investigación, en cada visita se aplicaba la escala de Gesell para explorar el desarrollo del bebé. No se hacía mucho incapié en reportar a la madre lo de la exploración.

En la entrevista se escribían los aspectos que abarcaba después de salir del domicilio. Además se obtenía las conductas positivas o negativas de la interacción madre-hijo, en base al inventario Home de Caldwell y cols. ⁽⁴²⁾

(40) Op cit 21.

(41) Op cit 34.

(42) Op cit 37.

CUADRO 4)

CUESTIONARIO DE LA RELACION CON LA PAREJA (FONCERRADA).
 (18 REACTIVOS EN TOTAL. CADA UNO SE CALIFICA POR UNA ESCALA DE 0 a 8 PUNTOS,
 ES DECIR, A MENOR PUNTAJE MEJOR RELACION, Y, A MAYOR PUNTAJE PEOR RELACION).

ESCALA DE PUNTOS

SUJETOS	0	1	2	3	4	5	6	7	8			
1	3	1	8	3	3	0	0	0	0			
2	15	0	3	0	0	0	0	0	0			
3	6	6	5	0	1	0	0	0	0			
4	9	0	9	0	0	0	0	0	0			
5	14	0	0	0	0	0	2	0	2			
6	M	A	D	R	E	S	O	L	T	E	R	A
7	14	1	3	0	0	0	0	0	0			
8	10	6	2	0	0	0	0	0	0			
9	5	8	4	0	0	0	1	0	0			
10	4	1	8	0	4	0	1	0	0			
11	10	0	6	0	2	0	0	0	0			
12	15	3	0	0	0	0	0	0	0			
13	14	0	4	0	0	0	0	0	0			
14	3	0	2	0	3	0	4	2	4			
15	12	0	3	0	2	0	1	0	0			
16	4	0	8	0	5	0	1	0	0			
17	9	0	3	0	2	0	2	2	0			
18	15	0	2	0	1	0	0	0	0			
19	12	0	5	0	0	0	1	0	0			
20	14	0	0	0	0	0	2	0	2			
21	9	0	2	0	3	0	2	2	0			
22	11	2	3	0	2	0	0	0	0			
23	12	1	0	0	3	0	2	0	0			
24	15	0	2	1	0	0	0	0	0			
25	11	0	1	0	0	0	0	0	0			
TOTAL	246	24	83	4	31	0	19	6	14			

En el cuadro 2) se presentan las frecuencias de tales conductas. (El inventario Home se puede ver en el anexo D).

Ninguna madre maltrató a su hijo físicamente, sólo dos madres fueron negligentes (la número 4 y la número 14), lo cual, era producto de su situación económica y de su relación con la pareja que estaba muy deteriorada, -- principalmente en la número 14.

Las consultas pediátricas se llevaron a cabo cada mes hasta cumplir los seis meses. Todas las madres acudieron a las citas, en donde se observaron los aspectos de talla, peso, perímetro cefálico, perímetro torácico, perímetro abdominal, además de las enfermedades que se presentaban, tipo de alimentación y, aseo de la ropa y cuerpo. (Ver anexo E).

Todos los niños tuvieron problemas normales de salud, tales como estreñimiento, salpullido (prurito), catarros y diarreas.

6a. Fase.-Estudio radiológico.-Las radiografías tomadas al final del seguimiento no mostraron ningún daño en el sistema óseo o muscular.

3.-Análisis Estadístico.

Se aplicó el paquete de computación S.P.S.S. para Ciencias Sociales y un programa de clasificación jerárquica.

En el programa S.P.S.S. se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas de las conductas positivas de cada madre, en cada una de las guías de observación (parto, amamantamiento, y Home). Tales frecuencias se dan en intervalos arbitrarios abarcando el número total de reactivos (ver cuadros 5, 6 y 7) que corresponden a: parto=46, amamantamiento=24 y Home=65.

De tales medidas se interpreta que en la guía del parto, la mayor parte de las madres (11 madres que corresponden al 44%), se encuentran dentro del intervalo 21-25, es decir, que tales señoras obtuvieron una frecuencia de conductas positivas entre 21 y 25; y la minoría de ellas (1 madre =4%), se encuentra en el último intervalo (31 a 46). (Ver cuadro 5).

En la guía de observación del amamantamiento, la mayor parte de las madres (10 madres=40%) se ubica en el intervalo 2 (11 a 15 conductas positivas), y la menor parte (3 madres=11%) está dentro del intervalo 1 (1 a 10 conductas positivas). (Ver cuadro 6).

En la guía o inventario Home no existe un máximo ni un mínimo en los intervalos señalados, puesto que se dan frecuencias iguales en dos o tres intervalos.

La frecuencia mayor (7 madres=28%) está en los intervalos 3 y 4 (41 a

**CUADRO 5)
PUNTAJE PARTO**

CODIGO	INTERVALO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA (%)
1	1 - 15	4	16.0
2	16- 20	4	16.0
3	21- 25	11	44.0
4	26- 30	5	20.0
5	31- 46	1	4.0
TOTAL		25	100.0

**CUADRO 6)
PUNTAJE AMAMANTAMIENTO**

CODIGO	INTERVALO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA (%)
1	1 - 10	3	12.0
2	11- 15	10	40.0
3	16- 20	8	32.0
4	21- 24	4	16.0
TOTAL		25	100.0

**CUADRO 7)
PUNTAJE HOME**

CODIGO	INTERVALO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA (%)
1	1 - 35	2	8.0
2	36- 40	2	8.0
3	41- 45	7	28.0
4	46- 50	7	28.0
5	51- 55	5	20.0
6	56- 65	2	8.0
TOTAL		25	100.0

45 y 46 a 50 conductas positivas, respectivamente), y la frecuencia menor (2 madres=8%) se presenta en los intervalos 1, 2 y 6 que corresponden a: 1 a 35 conductas positivas, 36 a 40 conductas positivas y 56 a 65 conductas positivas, respectivamente.

Graficando los puntajes positivos del parto con los puntajes del inventario Home (ver gráfica A) se observa cierta tendencia no definida de correlación de puntajes. La correlación (R) obtenida es de .57 con un nivel de significancia (α) de .001. La R es baja, pero si se compara con las correlaciones obtenidas entre los puntajes positivos del amamantamiento y Home (ver gráfica B) que es de .33 con $\alpha = .05$; y los puntajes positivos de parto y amamantamiento (ver gráfica C) que tienen una $R = .23$ con $\alpha = .13$; se ve que es más alta, lo que indica que la conducta de la madre durante el parto es más predictiva que la relación madre-hijo en el hogar durante los seis meses posteriores al nacimiento, que la conducta durante el amamantamiento postparto.

El tipo de correlación que se da es de tipo positivo, que quiere decir, que a mayor número de conductas positivas en el parto, mayor será la frecuencia de conductas positivas en el inventario Home. Así es en cada una de las relaciones presentadas en las gráficas.

Por otra parte, en cuanto al programa de clasificación jerárquica se utilizó como una metodología estadística para intentar determinar una clasificación de las madres en base a los tres puntajes positivos (actitudes positivas) que corresponden a la gufa del parto, a la gufa del amamantamiento y al inventario Home.

Este método, a partir de definir una distancia entre cada par de madres, construye un árbol (llamado dendograma) que muestre los agrupamientos más relevantes entre las madres sujetos a estudio.

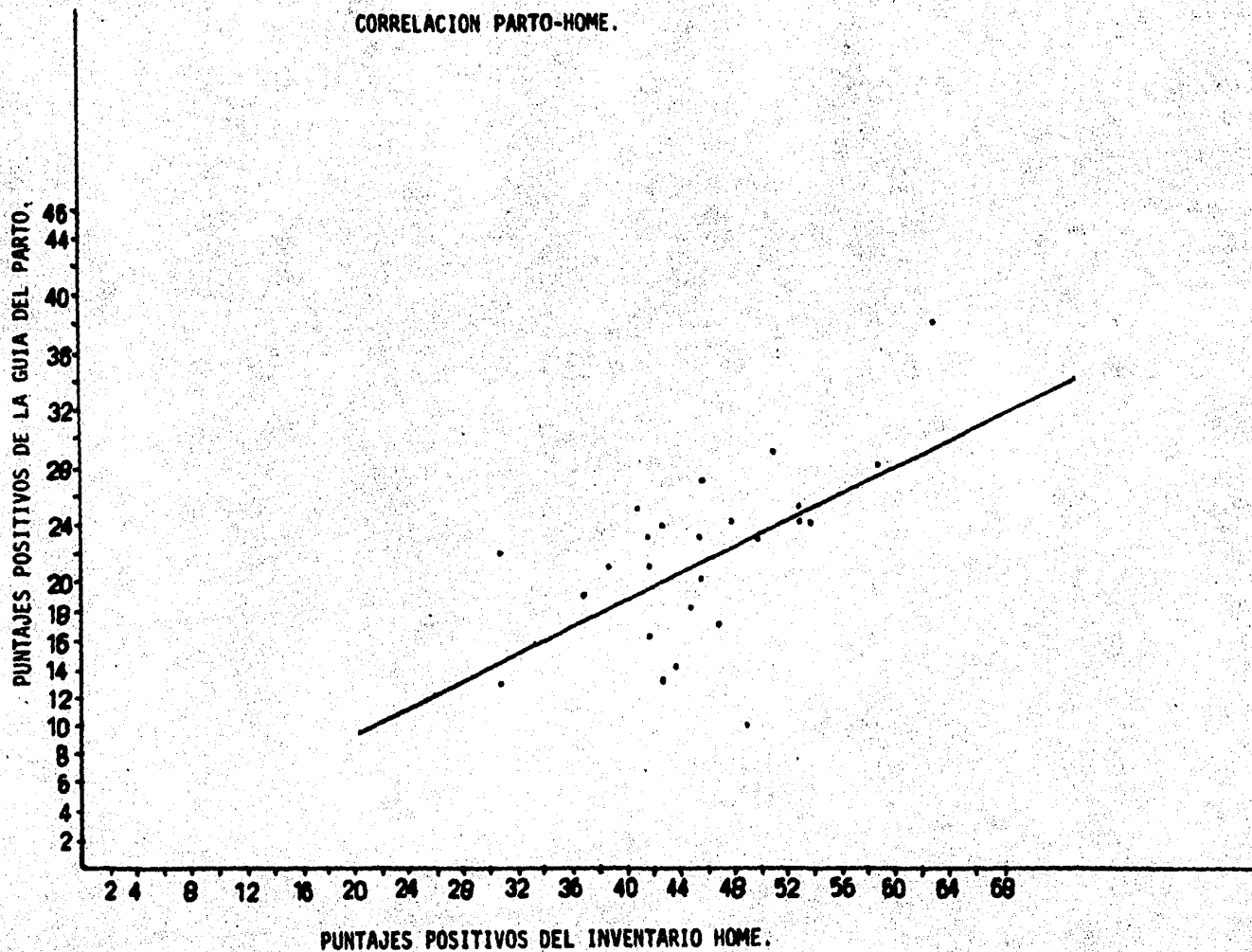
Para la construcción de estos árboles se utilizaron dos métodos: Liga simple y Liga completa, para confirmar si existe o no una agrupación. Los resultados fueron los siguientes:

En el dendograma 1 aparecen las agrupaciones de las madres por las distancias entre sus puntajes de la gufa de parto y el inventario Home.

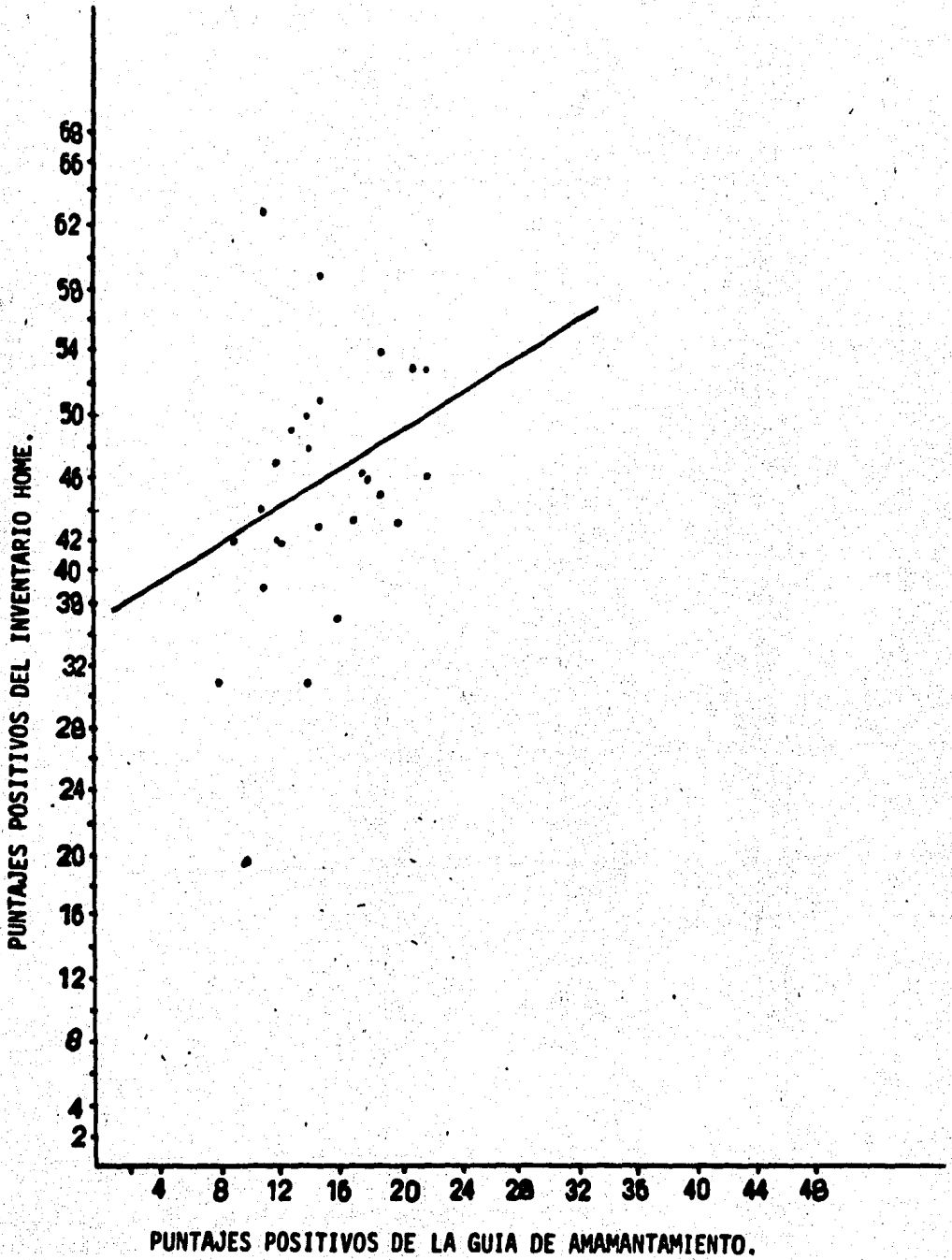
Se puede observar que no se formaron grupos definidos en un primer nivel (los niveles van de izquierda a derecha de acuerdo a las uniones por las líneas verticales), siendo que se van uniendo las madres en niveles más altos, lo que quiere decir, que no existen muchas diferencias entre las dis-

GRAFICA A

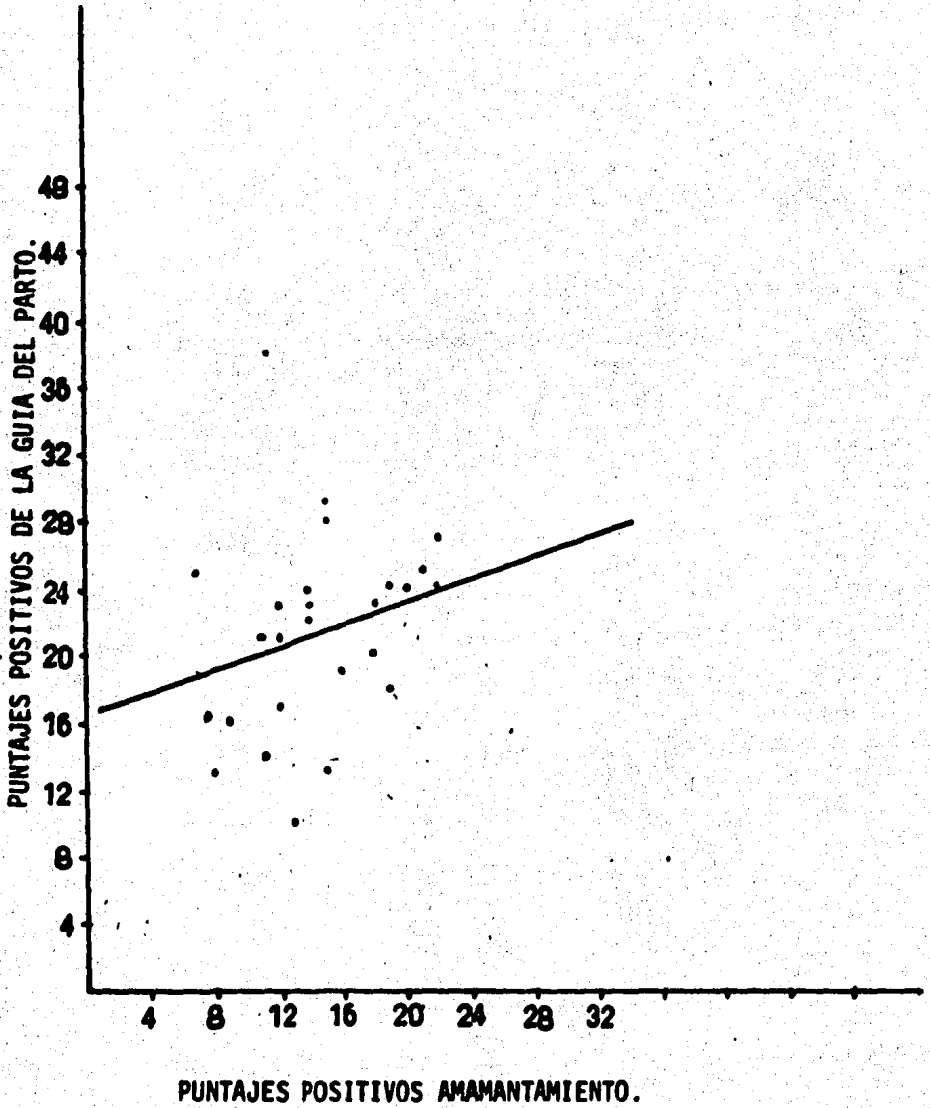
CORRELACION PARTO-HOME.



GRAFICA B
CORRELACION HOME-AMAMANTAMIENTO.

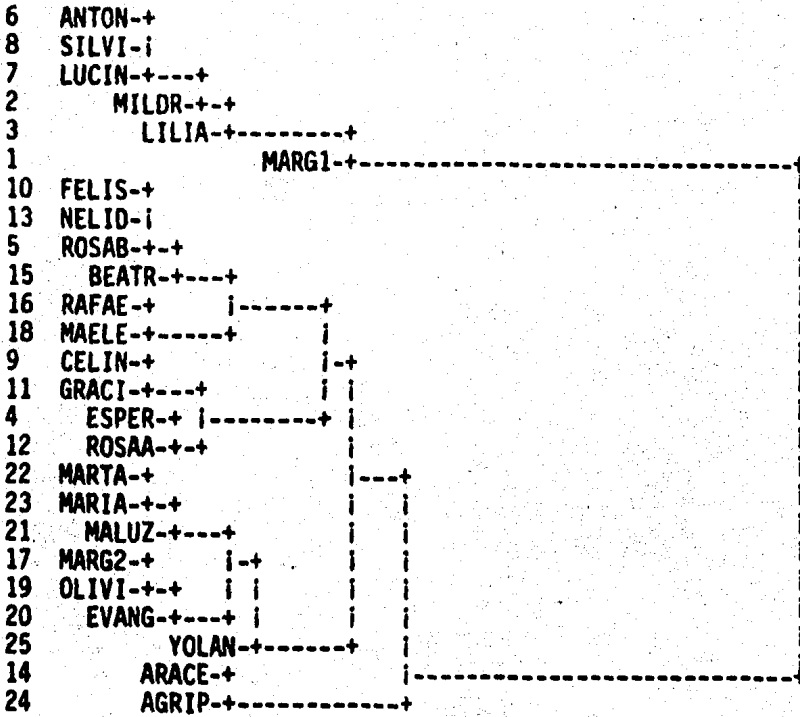


GRAFICA C
CORRELACION PARTO-AMAMANTAMIENTO.

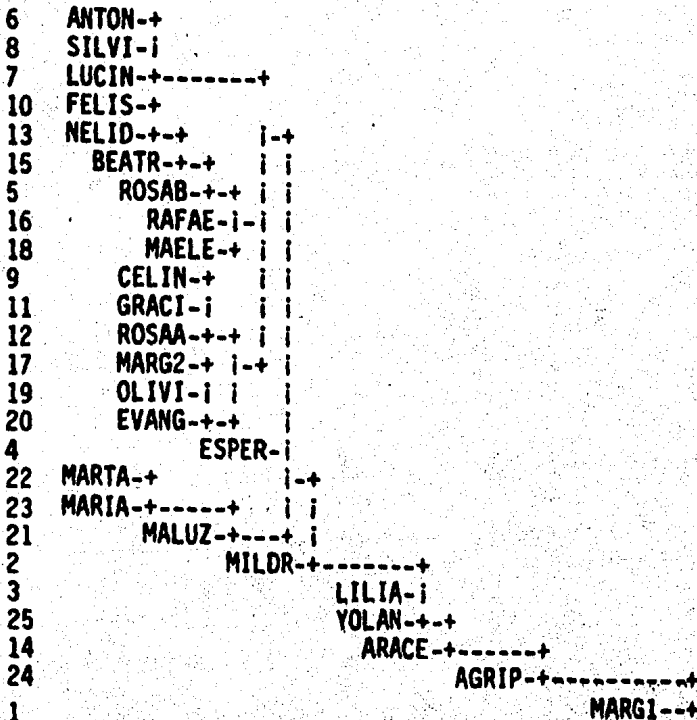


DENODOGRAMA 1
 CONEXION SIMPLE
 PARTO-HOME

SUJETO



CONEXION COMPLETA



tancias de los puntajes de las madres, por lo que se concluye que no difieren mucho entre sus características del parto y características del inventario Home.

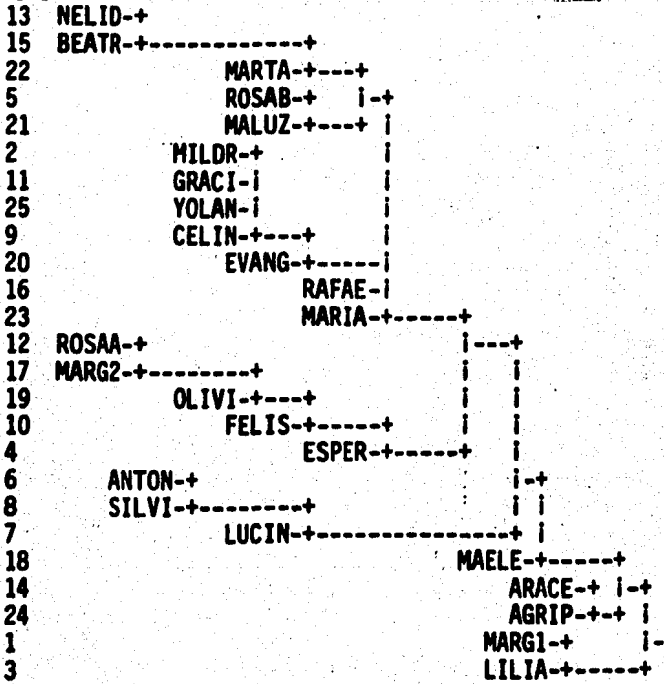
Comparando el dendograma 1 con el dendograma 2 (puntajes de amamantamiento con puntajes Home), se observan mayor número de agrupaciones en el segundo que en el primero, lo cual quiere decir, que hay mayor diferencia en la distancia de los puntajes de amamantamiento y home que en los puntajes de parto y Home. Se puede interpretar esto, como que el puntaje de amamantamiento es mucho más desacorde que el puntaje de parto con respecto al puntaje Home.

En el dendograma 3 se aprecian las agrupaciones de las madres de acuerdo a las similitudes de las distancias entre los puntos de parto y de amamantamiento. Aquí se da un mayor número de grupos definidos en el nivel más bajo (el más pegado a las etiquetas o nombres de las madres) que las agrupaciones dadas en el dendograma 2.

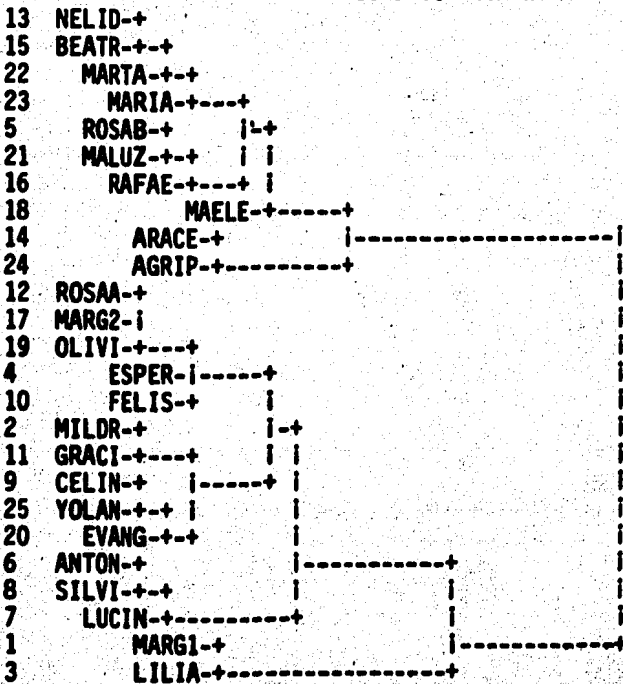
Por ello se determina que de acuerdo a las distancias entre los puntajes positivos de la gafa de parto y la gafa del amamantamiento existen más disimilitudes que en las comparaciones de los dendogramas 2 y 3. Por eso, se indica que existen menos igualdades entre las distancias de los puntajes de parto y amamantamiento.

DENDOGRAMA 2
AMAMANTAMIENTO-HOME
CONEXION SIMPLE

SUJETO

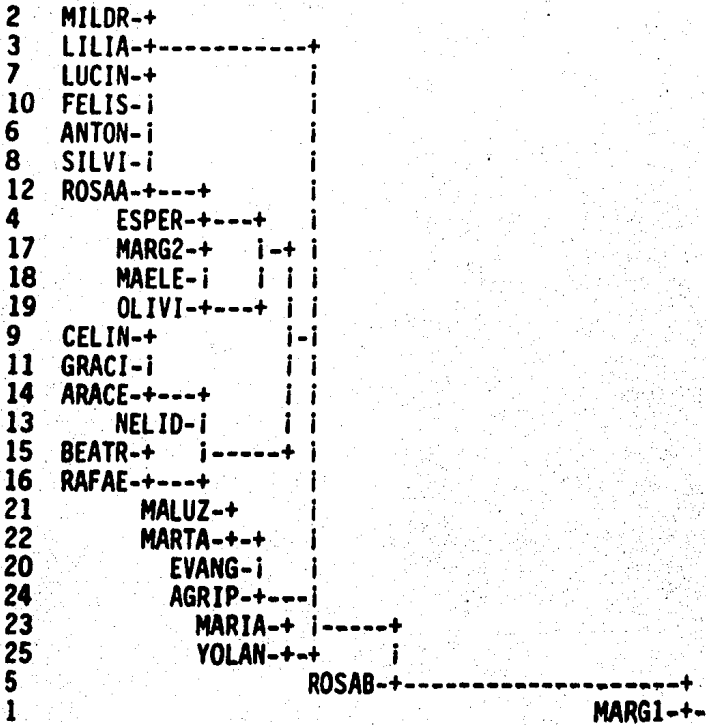


CONEXION COMPLETA

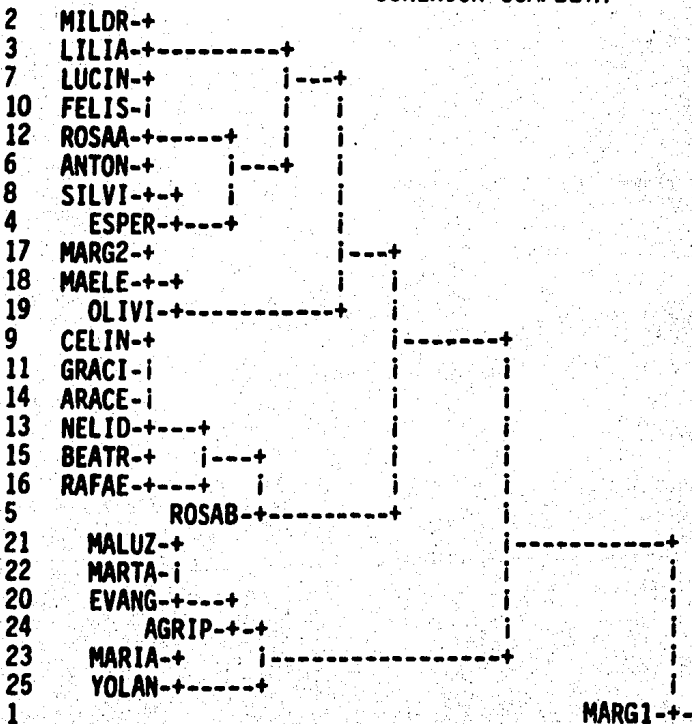


DENODOGRAMA 3
 CONEXION SIMPLE
 PARTO-AMAMANTAMIENTO

SUJETO



CONEXION COMPLETA



CAPITULO V

DISCUSION Y CONCLUSIONES

1.-Discusión.

Con base en los resultados obtenidos podemos establecer que la hipótesis planteada en nuestro estudio es aceptada. No obstante, la correlación de las actitudes en el parto con el inventario Home, no es muy significativa, pero como se indicó en los resultados, las correlaciones entre las conductas del amamantamiento con el inventario Home y a su vez con las conductas del parto, son mucho menos significativas que la primera.

Podemos atribuir a estos datos que la muestra era muy pequeña, pero - que por motivos de recursos tanto humanos, como económicos, no era imposible abarcar un número de madres mayor. Así, por ejemplo, Kempe (1979)⁽⁴³⁾ en su estudio acerca de los momentos que pudieran predecir la relación madre-hijo posterior al nacimiento de éste, utilizó 350 madres, obteniendo con ello una gama más amplia de datos para su comparación. También la Dra. Gray y cols., (1979)⁽⁴⁴⁾ en un estudio similar, utilizó a 50 madres resultando más provechosas sus conclusiones.

Por otra parte, aún, la guía de observación del parto utilizada no es definitiva, puede tener algunas carencias, ya que la validación hecha en el estudio preliminar no es determinante, es decir, se requiere de estudios que amplíen la precisión de las conductas y/o indicadores de la madre durante ese momento (parto) así como darle peso a cada una de esas actitudes, puesto que es obvio que no es tan importante la conducta de hablar, como la de cooperar, por ejemplo.

Así también, el inventario Home quizás no arroje datos de actitudes más específicas acerca de la relación madre-hijo en los primeros seis meses después de su nacimiento. Desafortunadamente no pudimos hacer una guía propia, pues el tiempo fue un factor limitante.

Por otra parte, el no poder haber aplicado el inventario Home durante la primera y segunda semana después del parto, evitó el obtener dos observa

(43) Op cit 10.

(44) Op cit 17.

ciones más por madre, las cuales son muy importantes en la relación madre-hijo posterior.⁽⁴⁵⁾

En relación a la validación de la gufa del parto utilizada, no se pudo hacer un tipo de clasificación de sus reactivos para darles peso e indicar además cuáles son los que más se presentan en las madres más afectivas con sus hijos, y cuáles en las madres menos afectivas con ellos, porque como se observó en los resultados, tanto de las gufas como de los dendogramas y los cuestionarios, los sujetos variaron muy poco en todos los aspectos medidos. Se observa que no se esperaba maltrato físico por parte de las madres hacia los niños de nuestro estudio, puesto que el registro de las gufas del parto arrojaban un tipo de conductas que fueron poco riesgosas tanto en calidad, como en cantidad.

Sin embargo, más adelante, como se mencionó en los resultados, se podrán establecer puntos de corte en la gufa de observación del parto para determinar rangos de riesgo de maltrato.

Solamente se presentó negligencia en dos de las madres (sujeto 4 y sujeto 14). Se podría atribuir dicha negligencia a que no planearon ambas su embarazo, pero no creemos que haya sido el factor determinante, puesto que una de ellas (la 14) tenía muchos problemas con su pareja (era alcohólico e irresponsable), y por lo tanto, económicos, pues el marido se gastaba el dinero en juegos y bebidas. La otra madre (número 4) vivía en un cuarto de la azotea de un edificio del centro de la ciudad en condiciones paupérrimas y con hacinamiento (vivían nueve personas), además de que para bañar a sus hijos tenía que ir por agua a las 5 A.M. pues después se la cortaban. Todas estas condiciones conllevaban un gran esfuerzo de la madre para asear a sus hijos.

Finalmente, un análisis global de los resultados del estudio, arroja un sinnúmero de datos que sería difícil de manejar, pues esto requeriría hacer una descripción de cada una de las madres en cada uno de los instrumentos utilizados, lo cual, nos llevaría muchas páginas.

Lo escrito es lo más importante pero si se desea ahondar en todos los aspectos de cada sujeto, invitamos al lector a que lo haga para futuros estudios.

(45) Op cit 24.

2.-Conclusiones.

1.Podemos afirmar que los resultados de este estudio muestran claramente que el hecho de detectar factores de identificación temprana en madres potencialmente maltratadoras si es posible,tanto,que se puede aplicar el instrumento como un método estrictamente reglamentario en los hospitales de maternidad.

2.Dentro de los aspectos observados en esta investigación se concluye que las actitudes de la madre durante el parto es lo más predictivo de la relación madre-hijo en los seis meses posteriores a su nacimiento.

3.El aspecto preventivo del maltrato infantil,abarca tal cantidad de factores,desde los personales y familiares,hasta los sociales,que es necesario realizar un sinnúmero de estudios para llegar a plantear un muy buen instrumento de predicción.

4.Por otra parte,somos conscientes de las limitaciones que por motivos de tamaño de la muestra (ésto debido a la falta de recursos económicos y humanos) se presentaron,aunque cabe la posibilidad de continuar este estudio y precisar datos.

5.Consideramos que el contribuir a iniciar líneas de investigación es una tarea de todo científico y que ésta se cumple a través del presente estudio.

6.Pensamos que el detectar problemas antes de que éstos se den como tales debe de ser un objetivo primordial en todo tipo de investigación,por lo que creemos firmemente en este tipo de estudios cuyo objetivo más que a tacar el problema es detectarlo desde su origen.

ANEXOS

ANEXO A

NOMBRE: _____.

CUESTIONARIO DE HORSLEY Y COHEN.

ACTITUD HACIA EL EMBARAZO.

- | | | |
|---|---|-----|
| Fecha de matrimonio _____ | 1.-No casado | () |
| Fecha calculada del parto _____ | 2.-Boda precipitada | () |
| Planeado/no planeado _____ | 3.-Intento de aborto | () |
| Si planeado, durante cuánto tiempo se buscó el embarazo _____ | 4.-Amenaza de aborto | () |
| | 5.-Infertilidad prolongada o presente en la familia | () |

HISTORIA FAMILIAR.

- | | | |
|---|---|-----|
| Edad de sus padres _____ | 6.-Cualquier enfermedad seria o anomalía | () |
| Salud física y mental de sus padres _____ | 7.-Complicaciones obstétricas previas o en su madre o en las hermanas | () |
| Edad de sus hermanos e hijos _____ | 8.-Antecedentes de provenir de hogar desintegrado | () |
| Salud de hermanos e hijos _____ | | |
| Antecedentes personales o familiares de problemas obstétricos _____ | | |
| Muerte, divorcio o segundas nupcias de los padres _____ | | |

APOYOS PSICOSOCIALES.

- | | | |
|--|--|-----|
| Edad del marido _____ | 9.-Experiencias doloras durante el presente embarazo | () |
| Salud del marido _____ | 10.-Inestabilidad económica | () |
| Ocupación _____ | 11.-Falta de apoyo o de comunicación | () |
| Actitudes del marido antes y durante el embarazo _____ | | |
| Ausencia del marido y causas _____ | | |
| Frecuencia de visitas de su madre u otros familiares _____ | | |
| Enfermedades psiquiátricas de cualquiera de los dos _____ | | |

ANEXO B
CUESTIONARIO DE FONCERRADA.

RELACION CON LA PAREJA.

Recuerde que todas las preguntas se refieren sólo al último mes.

CONYUGAL.

1¿QUE TAN FRECUENTEMENTE PIENSA EN SEPARARSE DE SU PAREJA?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Casi nunca Rara vez A veces A menudo A punto de separarme

2¿QUE TAN SATISFACTORIA ES SU VIDA AL LADO DE SU CONYUGE?(SEXO APARTE)

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Completamente satisfactoria Bastante satisfactoria la mayoría del tiempo. Moderadamente satisfactoria. Bastante insatisfactoria la mayoría del tiempo. Totalmente insatisfactoria.

3¿CREE USTED QUE SU CONYUGE ES UN (A) ESPOSO (A) BUENO (A) O MALO (A)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy bueno (a) Mejor que el promedio. Promedio Peor que el promedio. Muy malo. (a)

4¿ESTA USTED SATISFECHO (A) CON LA CANTIDAD DE ACTIVIDADES EN SU TIEMPO LIBRE QUE COMPARTE CON SU ESPOSO (A).POR EJ: DIVERSIONES,VIAJES,ETC.

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Satisfecho (a) Preferiría algo más de actividad compartida. Preferiría más actividad compartida. Preferiría mucha más actividad compartida. Totalmente insatisfecho (a).

5¿QUE TANTAS PELEAS INUTILES,TENSIONES,FRIALDAD Y VIOLENCIA HAY EN SU MATRIMONIO?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Una relación razonablemente cálida y agradable. Algunas tensiones y ocasionales pleitos o frialdad. Bastantes pleitos o frialdad. Muchos -- pleitos o desacuerdos crónicos. Pleitos intolerables y/o violentos.

6¿CUANDO TIENE UD. DISCUSIONES,SON UDS. CAPACES DE ENCONTRAR UN ARREGLO?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Acuerdos razonables o arreglos casi siempre. Encontramos un arreglo pero con algo de trabajo. Muchos pleitos antes de encontrar un arreglo. Abundantes pleitos inútiles;el arreglo resulta insatisfactorio. Nunca llegamos a ningún arreglo.

7¿PUEDE USTED CONFIAR EN SU CONYUGE TANTO COMO UD. DESEA?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Todo lo franco (a) y abierto (a) que de seo.	En general abierto -- pero a veces oculto más de lo que desearía.			Definitiva mente oculto más de lo que desearía.		Oculto mucho más de lo que desearía la mayor parte del tiempo.		Prácticamente nunca confío como me gustaría hacerlo.

8¿OBTIENE UD. SUFICIENTE CARIÑO Y COMPRENSIÓN DE SU PAREJA?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Satisfecho	Me falta un poco.			Me falta		Me falta - mucho		Profunda carencia.

9¿TOMA SU PAREJA TODA LA RESPONSABILIDAD QUE LE CORRESPONDE EN EL MATRIMONIO?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Mi conyuge es habitualmente muy responsable.	Razonablemente responsable - pero con algunas deficiencias.			A veces - más bien irresponsable.		A menudo irresponsable.		Es muy irresponsable la mayoría del tiempo.

10¿ES SU CONYUGE ATRACTIVO (A) PARA UD. COMO PERSONA (SIN CONTAR EL ATRACTIVO FISICO).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Muy atractivo.	Atractivo			Bastante atractivo.		No muy atractivo.		Sin atractivo.

SEXUAL.

11¿QUE TAN FRECUENTE HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON SU CONYUGE?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
2 veces/semana o más.	Promedio 1 vez a la semana.			Promedio 1 vez c/15 días.		1 vez/mes		Ninguna.

12¿ESTA USTED SATISFECHO (A) CON LA ACTUAL FRECUENCIA DE SUS RELACIONES SEXUALES CON SU CONYUGE?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Satisfecho	Podrían ser más frecuentes.			Tolerable.		Insatisfactoria.		Totalmente insatisfactoria.

13¿QUE TANTO DISFRUTA EL SEXO CON SU CONYUGE?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Profundamente.	Moderadamente satisfactoria; podría mejorar			Neutral; no mucha satisfacción.		Moderadamente desagradables.		Muy desagradables.

14¿QUE TAN FRECUENTEMENTE DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES ALCANZA EL ORGASMO?(SI NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES MARQUE 8).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Casi siempre	En la mayoría			La mitad		Rara vez		Nunca

15¿QUE TAN SATISFECHO (A) ESTA UD. CON LA CANTIDAD DE BESOS Y CARICIAS QUE SE DAN EL UNO AL OTRO?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Satisfecho (a) Podría ser más. Tolerable Insatisfecho (a) Totalmente insatisfecho (a).

LABORAL Y SOCIAL.

16¿ES UD. COMPETENTE Y TIENE EXITO EN SU TRABAJO Y/O LABORES DOMESTICAS?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Me las arreglo bien bajo prácticamente todas las circunstancias. Satisfecho (a) salvo raras crisis. Bastante ineficiente. Debiera de tener ocupaciones más sencillas, no puedo con mi trabajo actual. Incapaz del todo.

17¿ES SU TRABAJO Y/O LABORES DOMESTICAS SATISFACTORIAS EN LA ACTUALIDAD?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Casi completamente satisfecho (a). Bastante agradable pero podría mejorar. Más o menos agradables pero definitivos. Muy poca satisfacción y placer en el trabajo. Casi nada de satisfacción y placer.

18¿TIENE USTED PLEITOS,FRICCIONES O RECIBE FRIALDAD CON O DE GENTE QUE NO SEA SU CONYUGE?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy buenas relaciones Sin problema Algunos problemas Frecuentes dificultades Muy malas relaciones.

19¿TIENE UD. UNA VIDA SOCIAL SATISFACTORIA (AMIGOS,ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE,ETC.).

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy satisfactoria. Bastante bien pero podría ser mejorada. Más o menos bien; me siento un poco aislado(a) o con carencias. No muy buena; definitivamente me siento aislado(a) y con carencias. Totalmente insatisfactoria.

20¿QUE TAN FRECUENTEMENTE VE UD. A AMIGOS O TIENE UD. ACTIVIDADES PLACENTERAS EN SU TIEMPO LIBRE?

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Un promedio de 2 veces/semana. Un promedio de 1 vez/sem. Un promedio de 1 vez cada 15 días. Un promedio de 1 vez por mes. Nunca.

ANEXO C

CUESTIONARIO DE GARDNER.

- 1.-De chica,cuando estaba creciendo;¿Cuántos hermanos eran en su familia? ¿Qué lugar ocupa en relación a los otros? ¿Qué cree usted acerca de ese número de hermanos?
- 2.-¿Cuáles eran sus juegos favoritos cuando era niña? ¿Jugaba a la casita?
- 3.-¿Le gustaba jugar a las muñecas? ¿Qué edad tenía cuando dejó de jugar con ellas o hasta qué edad jugó con muñecas?
- 4.-¿Le gustaba ayudar a su mamá en las labores domésticas?
- 5.-Cuando era jovencita le gustaba ayudar a cuidar a sus hermanos menores o encargarse de vigilar a otros niños pequeños o cuidar bebés?
- 6.-¿Cómo se sintió cuando tuvo su primera regla?
- 7.-Antes de casarse,¿Cuántos hijos esperaba tener?¿Por qué ese número?
- 8.-Al casarse,¿Cuánto tiempo planeaba esperar antes de tener a su primer hijo?¿Por qué?
- 9.-¿Cuánto tiempo después de casada empezó de hecho a tratar de tener un hijo?¿Por qué?
- 10.-¿Cuánto tiempo después de su matrimonio tuvo usted a su primer hijo? ¿Fue un embarazo planeado?
- 11.-¿Cuántos hijos tiene usted actualmente? ¿Cuántos de esos embarazos fueron planeados? ¿Qué lugar ocupa el niño en relación a los hermanos?
- 12.-¿Trae usted fotografías de sus hijos? ¿Podría verlas?
- 13.-¿Planea usted tener más hijos? ¿Por qué? ¿El haber tenido a su hijo le ha hecho cambiar sus planes de tener más hijos?
- 14.-Si bien muchas madres cuando están esperando niegan tener preferencia hacia el sexo del niño, en su fuero interno sí tienen una preferencia secreta. ¿Cuál sería la suya y qué nombre escogería? ¿Por qué?
- 15.-Empezando por el mayor, dígame si le dio el pecho a cada uno de sus hijos y ¿Cuáles fueron las razones de su decisión?
- 16.-Le dará el pecho al niño? ¿Durante cuánto tiempo?
- 17.-La mayoría de los padres tienen algún problema en la crianza y educación de sus hijos.¿Qué problemas ha tenido usted con ellos?
- 18.-¿Por qué cosas ha tenido que castigar a sus hijos? ¿Con que frecuencia?
- 19.-¿Qué es lo que más le gustaría hacer con su niño(a)?
- 20.-¿Qué es lo que menos le gustaría hacer con su niño(a)?
- 21.-Yendo del mayor al menor, descríbame a cada uno de sus hijos, diciéndome a cada uno de ellos sus aspectos positivos y negativos.
- 22.-¿Qué tipo de metas e ilusiones ha soñado para el hijo(a) que acaba de tener?
- 23.-¿Qué se ha imaginado o soñado acerca de él (ella) específicamente.

24.-¿Ha estado usted alguna vez preocupada en forma persistente por pensamientos de que él (ella) pudiese resultar dañado, lastimado o que se pusiese enfermo(a)? Si es así, ¿En qué forma y bajo qué circunstancias?

25.-¿Cuáles son sus sentimientos cuando usted ve a un bebé recién nacido?

26.-¿Con qué frecuencia visita a su bebé en los cuñeros (para verlo a través del cristal) y cuánto tiempo duran sus visitas?

27.-¿Es usted una de las personas que gustan de cargar y apapachar bebecitos?

28.-¿Es usted alguien que gusta de contemplar bebecitos en sus cunas o cochecitos?

29.-¿Cuida o vigila usted a los hijos de otras personas? ¿Le gusta hacerlo?

30.-¿Qué tal le va en su matrimonio? Cuando discute con su esposo, ¿Cuáles son los motivos más frecuentes de fricción? ¿Son motivos relacionados con los niños? Si es así, ¿Qué tipo de conflicto? ¿Se llega a quejar su esposo de la forma en que maneja usted a los niños? ¿Cuáles son sus quejas?

31.-Algunas mujeres se sienten más agusto que de ninguna otra forma hablando de niños y de asuntos hogareños y domésticos con otras mujeres, mientras que otras prefieren hablar con hombres y de cualquier otra cosa menos de niños y de asuntos del hogar. ¿A qué categoría pertenece usted?

ANEXO D
INVENTARIO HOME
(Caldwell y cols.)

- 1.-La madre es la principal cuidadora del niño?
- 2.-Cuando la madre está afuera,el niño es cuidado por uno de tres sustitutos regulares?
- 3.-El niño ha quedado con su familia principal toda su vida.
- 4.-El niño ve o está algún tiempo con su Padre o figura paterna 4 días a la semana?
- 5.-La madre organiza horario diario predecible y regular para el niño?
- 6.-El niño come una vez por día, en la mayoría de los días con Madre y Padre.
- 7.-La madre no da cachetadas o pega al niño por tirar alimentos o bebidas.
- 8.-La madre hace que el niño espere un momento cuando hay solicitud alimenticia?
- 9.-Se preocupa la familia que el niño esté callado cuando los padres estén mirando la T.V. o hablando (mandar al niño fuera del cuarto)?
- 10.-Uno de los padres ocasionalmente le canta al niño o canta en presencia del niño?
- 11.-Tiene juguete para abrazar?
- 12.-Tiene un lugar especial para guardar sus juguetes?
- 13.-La madre tolera la interferencia y participación del niño mientras hace sus quehaceres domésticos?
- 14.-La madre lo mantiene abrazado 10 a 15 minutos al día?
- 15.-Durante la mayor parte del tiempo (1 año) el niño sale de la casa cuando menos una vez al día,excepto si el tiempo está muy malo?
- 16.-La familia visita o es visitada por parientes o amigos cuando menos una vez cada dos semanas?
- 17.-3 o más adultos han visitado la casa durante la semana anterior estando el niño despierto?
- 18.-Existe cuando menos un adulto,que no es miembro del grupo nuclear,con el cual el niño tiene una relación significativa?
- 19.-Un miembro de la familia ha llevado al niño de excursión (al campo por lo menos cada 15 días)?
- 20.-Cuando dos adultos que viven en la casa son responsables del cuidado del niño en el hogar,existe acuerdo mutuo respecto a la disciplina?

21.-La madre informa que durante la semana anterior no se ha castigado físicamente al niño en más de una ocasión?

22.-Algunas veces el familiar hace lo que quiere el niño,cuando tiene miedo,la conducta es debida a una situación de ritual.

23.-Se usa regularmente un sólo lenguaje en casa?

24.-La familia tiene una mascota cuando menos,incluyendo aves?

25.-La familia tiene una suscripción o compra regularmente cuando menos una revista?

26.-Los padres compran el periódico diario y lo leen?

27.-Todas las cosas peligrosas están almacenadas lejos del alcance del niño?

28.-La madre inicia intercambios verbales con la entrevistadora,hace preguntas y comentarios espontáneos?

29.-La madre organiza la situación de la entrevista a manera de permitir que el niño se luzca?

30.-La madre no interfiere con las acciones del niño o restringe los movimientos de éste más de tres veces durante la visita,excepto si la seguridad del niño se ve amenazada?

31.-La madre usa pronunciación y gramática correctas?

32.-La madre usa estructura compleja en su lenguaje?

33.-El hablar de la madre es audible,claro y bien distinto?

34.-La madre generalmente responde de manera verbal hacia el niño?

35.-La madre usa algún término cariñoso o un diminutivo para el nombre del niño?

36.-Cuando habla del niño o se dirige a él,la voz de la madre lleva un sentimiento positivo?

37.-Al niño se le viste habitualmente con ropa que permita libertad de movimiento y actividad?

38.-La madre le da al niño juguetes o actividades interesantes?

39.-La madre está enfocada en el niño y no en sus propios problemas durante la visita?

40.-La madre presenta a la entrevistadora con el niño?

41.-La madre contesta verbalmente las preguntas o las demandas del niño?

42.-La madre conserva su relación con el lugar en que el niño anda,con verificaciones físicas breves cuando el niño está jugando en otro cuarto?

43.-La madre muestra una respuesta emocional positiva cuando la entrevistadora alaba al niño?

44.-La madre acaricia, besa o abraza al niño cuando menos una vez durante la visita?

45.-La madre no expresa abiertamente hostilidad o enfado hacia el niño?

46.-La madre no le grita al niño durante la visita?

47.-La madre no da órdenes intensas, ni hace amenazas durante la visita?

48.-La madre no regaña, ni menosprecia al niño más de una vez durante la visita?

49.-La madre no usa restricción física, sacude, pellisca al niño en la visita?

50.-La madre no amenaza al niño con quitarle su cariño como castigo?

51.-La madre espontáneamente alaba las cualidades o la conducta del niño dos veces durante la visita?

52.-La madre expresa admiración espontánea por la apariencia del niño?

53.-La casa no es extremadamente ruidosa?

54.-El interior de la casa no es obscuro, ni perceptualmente monótono?

55.-En términos del piso disponible las habitaciones no están recargadas de muebles u otras cosas?

56.-Todos los cuartos visibles de la casa están razonablemente limpios mínimamente sobrecargados?

57.-Existen aproximadamente unos tres metros de espacio por persona en la casa?

58.-La construcción no tiene defectos estructurales peligrosos?

59.-El área de juego del niño parece segura y fuera de peligros?

60.-El cuarto del niño tiene una pintura o paredes decoradas?

61.-La casa tiene cuando menos dos pinturas o trabajos artísticos en las paredes?

62.-Cuando menos 10 libros están presentes en la casa, visibles?

63.-El barrio tiene árboles, pasto pájaros, es decir, es estéticamente agradable?

64.-La familia tiene T.V. y esta es usada juiciosamente, no es usada continuamente?

65.-Uno de los padres (madre) participa en juegos con el niño?

**SINTOMAS
GENERALES**

EXAMENES PREVIOS

**TERAPEUTICA
EMPLEADA**

**DIAGNOSTICOS
PREVIOS**

EXPLORACION FISICA

PESO ACTUAL	PESO IDEAL	PESO HABITUAL	ESTATURA	PULSO	TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA	RESPIRACION

INSPECCION GENERAL

ANEXO F

Lista de las madres integrantes de la muestra, ordenadas de acuerdo al puntaje positivo obtenido en el parto (de mayor a menor).

NOMBRE	EDAD	NO. DE PARTOS	NIVEL EDUCATIVO.
1.-Margarita 1	35a.	Múltipara	Carrera profesional (Geógrafa).
2.-Mildred	25a.	Primípara	Preparatoria completa.
3.-Lilia	30a.	Múltipara	Preparatoria completa.
4.-Esperanza	25a.	Múltipara	Preparatoria incompleta.
5.-Rosa B.	25a.	Primípara	Carrera técnica (Secretaria).
6.-Antonia	23a.	Primípara	Secundaria completa.
7.-Lucina	24a.	Primípara	Carrera profesional (Enfermera).
8.-Silvia	27a.	Primípara	Carrera profesional (Trabajo Social).
9.-Celina	31a.	Múltipara	Carrera técnica (Secretaria).
10.-Felisa	24a.	Múltipara	Carrera técnica (Secretaria).
11.-Graciela	24a.	Primípara	Carrera técnica (Secretaria).
12.-Rosa A.	23a.	Primípara	Preparatoria completa.
13.-Nélide	32a.	Primípara	Primaria completa.
14.-Araceli	22a.	Múltipara	Secundaria incompleta.
15.-Beatriz	23a.	Primípara	Carrera técnica.
16.-Rafaela	22a.	Primípara	Secundaria incompleta.
17.-Margarita 2	34a.	Múltipara	Estudios técnicos.
18.-María Elena	26a.	Primípara	Primaria incompleta.
19.-Olivia	28a.	Primípara	Primaria incompleta.
20.-Evangelina	22a.	Múltipara	Carrera técnica (Secretaria Ejecutiva).
21.-Ma. de la Luz	27a.	Múltipara	Sin estudios.
22.-Martha	20a.	Primípara	Primaria completa.
23.-María	20a.	Múltipara	Primaria incompleta.
24.-Agripina	20a.	Primípara	Carrera técnica (Secretaria).
25.-Yolanda	30a.	Múltipara	Primaria incompleta.

BIBLIOGRAFIA CITADA

1. - Aguilar, A., Kitsu, M. y Foncerrada, M. Síndrome del Niño Maltratado, Rev. Med. Ped., 1970, 39:621.
2. - Bernal, J. y Richards, M. Observations on the Developing Relationship between mother and Baby in the Neonatal Period, 1981, 438.
3. - Brazelton, T. B. Implications of Infant Development among the Mayan Indians of Mexico, The Child Psychology Series, Culture and Infancy, 1977, 7.
4. - Broent, B. S. The Analysis of Contingency Tables, 1977.
5. - Caldwell y cols., Rationale and Development of the Observation for Measurement of the Environment Inventorie, Child Development Research Unit, University of Arkansas at Little Rock, 1968.
6. - Cohen, J. Weighted Kappa, Psychological Bulletin, por la American Psychological Association, Inc., 1960, 4:213.
7. - Coulborn, K., Social Work with Abused and Neglected Children, The Free Press a Division of Macmillan Publishing Co., Inc., New York, 1981.
8. - Cox, D. R., The Analysis of Binary Data, Chap Wens and Itall, London, 1970.
9. - Dirección de Asuntos Jurídicos del D. I. F. Síndrome del Niño Maltratado, México, 1978.
10. - Documento sobre el Simposio Internacional del Niño Maltratado, Año Internacional del Niño, México, 1979.
11. - Foncerrada, M., Documento no publicado, 1982.
12. - Foncerrada M., El Niño Víctima del Maltrato Físico, Revista Médica del I. M. S. S. México, 1982, 20:462.
13. - Fontana V., En Defensa del Niño Maltratado, Pax México, México, 1979.
14. - Fromm E., Anatomía de la Destructividad Humana, Siglo XXI México, 1980.
15. - Frude N., Psychological Aproches to Child Abuse, Rowman and Little-Field, Totowa, New Jersey, 1981.
16. - Garralda, El Abuso hacia los Niños, en revista de Salud Mental del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1980, 3:13.
17. - Helfer, R., Basis Issues Concerning Prediction, Pediatric Annals, 1976, 18:363.
18. - Kennet, H. J. y Casey, P., The Mother-Infant Relationship and Infant Development: The Effect of Pediatric Intervention, Child Development, 1982, 53, 948-956.
19. - Kempe, C. H. y Kempe, S. R., Child Abuse and Neglect, International Journal, 1981, 5:29.
20. - Kempe, C. H. y Kempe, S. R., Niños Maltratados, Ediciones Morata, Madrid, 1979.
21. - López, A. y Espinosa, G. Introducción a los Métodos Jerárquicos de Análisis de Cúmulos, Comunicaciones Técnicas, I. I. M. A. S., U. N. A. M., México, 1977, 9.
22. - Lynch, M., Teorías de la Agresividad Humana, D. I. F.
23. - Osorio, C. y Nieto, El Niño Maltratado, Trillas, México, 1981.
24. - Peón, H., El Síndrome del Niño Maltratado desde la Perspectiva del Traumatólogo, en Documento del Simposio Internacional del Niño Maltratado, México, 1979.

- 25.-Schmith,B.D.,La Prevención Primaria del Abuso y Maltrato del Niño, en Documento del Simposio Internacional del Niño Maltratado, México, 1979.
- 26.-Tracy,R. y Ainsworth,M.Maternal Affectionate Behavior and Infant-Mother Attachment Patterns, Child Development, 1981, 52.
- 27.-Whiten,A.Assessing the effects of Perinatal Events on the Success of the mother-infant relationship, 1981, 423.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

- 1.-Arieti,S.,Structural Family Therapy, American Handbook of Psychiatri, 1974, capítulo II, 2:178-192.
- 2.-Bean,L.S.,The Parents" Center Proyect:A Multiservice Approach to the Prevention of Child Abuse, Child Welfare, 1971, 1;5:277-282.
- 3.-Camacho,R.G.,Estudio Preliminar del Perfil de Personalidad de madres Golpeadoras en el Síndrome del Niño Maltratado, U.N.A.M., México, 1981.
- 4.-Copans,Stuart y cols.,The Stresses of Treating Child Abuse, Children Today, 1979, 22-35.
- 5.-Chagoya,L.,Dinámica Familiar Normal y Patológica, 1-14.
- 6.-Dubanoski,R.A. y cols.,Analysis and Treatment of Child Abuse and Neglect, 1978, 2;3:153-167.
- 7.-Garbarino,J.,The Human Ecology of Child Maltreatment:a conceptual model for Research, Journal of Marriage and the Family, 1977, 721-735.
- 8.-Garbarino,J.,The Price of Privacy in the Social Dynamics of Child Abuse, Child Welfare, 1977, LVI;9:565-575.
- 9.-Gil,D.A Sociocultural Perspective on Physical Child Abuse, Child Welfare, 1971, L;7:389-395.
- 10.-Goldberg,G.,Breaking the Comunication Barrier:The Initial Interview with an abusing parent, Child Welfare, 1975, LIV;4:274-282.
- 11.-Jeffery,M.,Practical Ways to change Parent-Child Interaction in Families of Children at Risk, Family Oriented Therapy, capítulo 12, 209-223.
- 12.-Kent,J.T.,A Follow-up Study of abused Children, Journal of Pediatric Psychology, 1976, 1:25-31.
- 13.-Lovens,H.D. y cols.,A Community Approach to the Prevention of Child Abuse, Child Welfare, 1975, LIV;2:83-87.
- 14.-Marcovich,J.,El Maltrato a los Hijos, Edicol, México, 1978.
- 15.-Marcovich,J.,El Niño Maltratado, Editores Mexicanos, México, 1981.
- 16.-Márquez,L., y cols.,Estudio Comparativo de los Trastornos de la Afectividad en Niños Golpeados y no Golpeados, U.N.A.M., 1982.
- 17.-O'Brien,S.,Child Abuse, Brigham Young University Press, E.U.A., 1981.
- 18.-Ounsted,Ch. y cols.,Aspects of Bonding Failure:The Psychopathology and Psychotherapeutic Treatment of Families of Battered Children, Developmental medicine and Child Neurology, 1974, 16;447-456.

- 19.-Roth,F.,A practice Regimen for Diagnosis and Treatment of Child Abuse, Child Welfare,1975,LIV;4:268-273.
- 20.-Schneider,C. y cols.,A Predictive Screening Questionarie for Potential Problems in Mother-Child Interaction,1976,393-407.
- 21.-Steiner,G. y cols.,Therapeutic Interventions that Foster Ego Development in Abused Neglect Children,Development Medicine and Child Neurology,1974,16;569-574.
- 22.-Steinmete,S.,The Use of Force for Resolving Family Conflict:The training ground for abuse,Parents Magazine,1973,XLVII;2:569-574.
- 23.-Tseng,Wen-Shing y cols.,Triaxial Family Classification,Journal of Child Psychiatry,1979,18;1:22-43.
- 24.-Wolkenstein,A.S.,The Fear of Commiting Child Abuse:A Discussion of Eight Families,Child Welfare,1977,LVI;4:249-257.
- 25.-Williams,G.J.,Management and Treatment of Paternal Abuse and Neglect of Children:A Overview,Developmental Medicine and Child Neurology,1974,16;483-495.
- 26.-Williams,G.J.,Toward the Eradication of Child Abuse and Neglect at Home, Developmental Medicine and Child Neurology,1974,16;588-602.