

UNIVERSIDAD DE PANAMA

VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POST GRADO

FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS CON
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL

RELACION AFECTIVA, SENSORA Y MOTORA
DE LA MADRE Y EL RECIEN NACIDO
DE PARTO VAGINAL Y CESAREA

POR:

LICDA. VEIRA BARRIOS DE CISNEROS

Tesis de Graduación presentada como uno de los requisitos
para obtener el Grado de Maestría en Ciencias con
Especialización en Enfermería Materno Infantil.

1992

252815 -

Obs. del autor

JUL 17 1992

T.M.

Aprobado por:

Director de Tesis

Margarita Hde Castulo
Nombre y Título

Miembro del Jurado

Rodriguez
Nombre y Título

Miembro del Jurado

[Signature]
Nombre y Título

Vice Rector de Investigación
y Post Grado

Ruyuisa Samet H.
Nombre y Título

Fecha: _____

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque todo lo puedo en El.

Por el conocimiento, la sabiduría y
la fuerza impartida cada día para
llegar a la meta.

A los profesores:

MARGARITA DE CASTILLO, por su
empeño y dedicación durante la
realización de este trabajo; VIELKA
DE ESCOBAR, EDILBERTO DE LEON, JOSE
OVALLE y ALCIDES TUÑÓN por el
esfuerzo, tiempo e interés
compartido, sin lo cual no hubiera
sido posible avanzar. Que Dios les
multiplique ampliamente según sus
necesidades.

DEDICATORIA

A mi esposo,
a mis queridos hijos y a mi madre,
porque cedieron el tiempo que nos tocaba
compartir para poder realizar este
trabajo

Indice

	Página
AGRADECIMIENTO.	3
DEDICATORIA.	5
INDICE DE CUADROS.	11
INDICE DE GRAFICAS.	21
INTRODUCCION.	24
<u>CAPITULO I.</u>	
MARCO CONCEPTUAL.	28
A. Descripción del Area Problemática.	29
B. Surgimiento del Estudio.	30
C. Justificación.	32
CH. Formulación del Problema.	34
D. Hipótesis.	35
E. Variables.	39
F. Objetivos.	41
G. Definición Operacional de Términos.	42
<u>CAPITULO II.</u>	
MARCO TEORICO.	46
A. Conceptualización del Embarazo.	47
B. El Nacimiento y su Significado.	50
1. Parto Vaginal.	50
2. Parto por Cesárea.	52

	Página
3. Relación del Tipo de Parto y el Comportamiento Materno.	55
C. Relación madre-hijo.	59
1. Teoría de Enfermería de Reva Rubin.	59
1.1 Conceptualización.	59
1.2 Aplicación en Enfermería.	66
1.3 Importancia de la Aplicación en la Relación Madre-Hijo.	67
2. Teoría de Apego.	69
2.1 Conceptualización.	69
2.2 Fundamentos en la Relación Madre - Hijo.	72
3. Rol de la enfermera.	76
 <u>CAPITULO III.</u>	
METODOLOGIA	80
A. Diseño.	81
B. Técnicas.	81
C. Instrumento.	84
CH. Prueba.	86
D. Muestreo.	87
E. Procedimiento.	87
F. Análisis de la Información.	88

	Página
<u>CAPITULO IV.</u>	
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.	90
CONCLUSIONES.	158
RECOMENDACIONES.	163
GLOSARIO.	166
BIBLIOGRAFIA.	170
ANEXOS.	181

INDICE DE CUADROS

<u>Número</u>		<u>Página</u>
1	Parturientas por tipo de parto y grupo de edad. Maternidad María Cantera de Remón, Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991.....	92
2	Nivel educativo de las parturientas por tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991.....	95
3	Estado civil de las parturientas por tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991.....	98
4	Condición familiar de las parturientas por tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	100

<u>Número</u>		<u>Página</u>
5	Madres según tipo de parto y paridad. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991.....	103
6	Planificación del embarazo según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	106
7	Hogar de procedencia de las parturientas por tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991.....	110
8	Sexo de los recién nacidos por tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	112
9	Comportamiento de las madres con el niño por nivel de relación afectiva,	

Número

Página

	según tipo de parto y hora de evaluación. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	116
10	Comportamiento de las madres con el niño por nivel de relación sensora, según tipo de parto y hora de evaluación. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	118
11	Comportamiento de las madres con el niño por nivel de relación motora, según tipo de parto y hora de evaluación. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	120
12	Comportamiento de la madre por nivel de relación afectiva en la primera evaluación, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón.	

Número

Página

	Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	124
13	Comportamiento de la madre por nivel de relación afectiva en la segunda evaluación, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Febrero - Marzo 1991	126
14	Comportamiento de la madre por nivel de relación afectiva en la tercera evualuación, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	127
15	Comportamiento de la madre por nivel de relación sensora en la primera evaluación, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	129

Número

Página

16	Comportamiento de la madre por nivel de relación sensora en la segunda evaluación, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	130
17	Comportamiento de la madre por nivel de relación sensora en la tercera evaluación, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	131
18	Comportamiento de la madre por nivel de relación motora en la primera evaluación, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	133
19	Comportamiento de la madre por nivel de relación motora en la segunda	

Número

Página

	evaluación, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	134
20	Comportamiento de la madre por nivel de relación motora en la tercera evaluación, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	135
21	Comportamiento del recién nacido con su madre por nivel de relación afectiva, según tipo de parto y hora de evaluación. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991.....	137
22	Comportamiento del recién nacido con su madre por nivel de relación motora, según tipo de parto y hora de	

<u>Número</u>		<u>Página</u>
	evaluación. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991.....	139
23	Comportamiento del recién nacido con su madre por nivel de relación sensora, según tipo de parto y hora de evaluación. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991	141
24	Comportamiento del recién nacido por nivel de relación afectiva en la primera evaluación, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991.....	144
25	Comportamiento del recién nacido por nivel de relación sensora en la primera evaluación, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991 ..	145

<u>Número</u>		<u>Página</u>
26	Comportamiento del recién nacido por nivel de relación motora en la primera evaluación, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991.....	146
27	Nivel educativo de las madres por relación afectiva, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991.....	149
28	Edad de las madres por relación sensora, según tipo de parto. Maternidad María Cantera de Remón. Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo 1991.....	152
29	Estado civil de las madres por relación motora, según tipo de parto.	

Número

Página

Maternidad María Cantera de Remón.
Hospital Santo Tomás. Febrero - Marzo
1991

155

INDICE DE GRAFICAS

<u>Número</u>		<u>Página</u>
1	Parturientas según Tipo de Parto y Grupo de Edad.....	93
2	Nivel educativo de las parturientas por tipo de parto.....	96
3	Condición familiar de las parturientas por tipo de parto.....	101
4	Madres según tipo de parto y paridad..	104
5	Madres en el primer nivel de relación afectiva por tipo de parto y planificación del embarazo.....	108
6	Madres en el primer nivel de relación afectiva por tipo de parto y sexo del recién nacido	114

Número

Página

7

Madres por tipo de parto y nivel de
relación motora por hora de evalua-
ción.

121

INTRODUCCION

Una relación se desarrolla y se mantiene cuando existe un proceso de identificación continuo en donde las personas pueden expresar lo que piensan, sienten o desean.

Existen diferentes formas de reaccionar en cada ser humano que pueden ser aplicables a la madre con su hijo, con el propósito de lograr que la madre ejerza el rol que le corresponde como tal.

Los mensajes y las respuestas que nacen de la relación madre-hijo, son necesarios para el crecimiento y desarrollo del recién nacido, ya que es universalmente conocido que los niños responden más y están más alertas a los estímulos, que lo que antes se decía. El grado de confianza entre la madre y su hijo recién nacido, se desarrolla con una comunicación variable entre los dos, observándose que "al permitir contactos físicos en el periodo neonatal, las madres son más sensibles a las necesidades de sus hijos que aquellas que no tuvieron este contacto"¹

El comportamiento materno ha sido estudiado por muchas disciplinas desde el punto de vista biológico, genético, social, cultural, psicológico y otros. En enfermería, se ha estudiado igualmente, con el propósito de mejorar las técnicas, enriquecer el conocimiento y promover mejor

¹. Lancaster, Jean. Influencia del Cuidado Intensivo de la Relación Madre-Hijo. (Mexico: Interamericana, 1984), p. 260.

las variables más destacadas entre los casos de maltratos y entre ellas la principal es "una distorción de la relación normal entre madre e hijo (generalmente de índole protectora y maternal)"¹. Igualmente se ha tratado de encontrar si el acto de un niño de chuparse el dedo pulgar y el fracaso en la lectura guarda alguna relación con las actividades de la madre.

Aún cuando las interrogantes todavía existen, deseamos señalar que la confianza brindada por la madre a su hijo, le servirá de fundamento en el desarrollo de una personalidad equilibrada.

Consciente de la importancia que tiene el contacto madre-hijo desde el punto de vista afectivo, sensor y motor; se ha realizado el presente estudio cuyo propósito principal es valorar la relación afectiva, sensora y motora de la madre y el recién nacido de parto vaginal y cesárea.

Para una mejor comprensión se ha dividido el estudio en cuatro capítulos, que se inician con la descripción del área problemática y el surgimiento del problema con la respectiva justificación. Además se establecen las variables y los objetivos que deseamos lograr.

¹. Kempe y Helfer. citado por Ortman Elaine. Modelos Preventivos para la Población de Alto Riesgo. Intervención de enfermería en el maltrato del niño. Editorial Interamericana, p. 116.

Para el desarrollo del marco teórico resaltamos diferentes teorías sobre parto y comportamiento materno y enfatizamos la relación que se establece entre la madre y el recién nacido según la teoría de enfermería de Reva Rubin y la teoría de Apego.

Aplicamos un diseño descriptivo comparativo y nos basamos en observaciones directas de la madre y el recién nacido por medio de un instrumento previamente elaborado.

Establecemos la relación de cada una de las variables para su interpretación y posteriormente presentamos las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y los anexos.

Esperamos que los resultados de esta investigación permitan que se adopten medidas que contribuyan a fortalecer las relaciones tempranas madre-hijo de manera que beneficien el crecimiento y desarrollo que esperamos para todos los niños panameños.

CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

A. Descripción del Area Problemática.

En la Maternidad María Cantera de Remón, se fomenta la relación madre hijo a través del programa de estancia compartida el cual se desarrolla en las salas de puerperio.

En esta institución de salud se brinda atención a gran parte de la población de la república en edad fértil que así lo solicite.

Para los meses de febrero y marzo de 1991 se atendieron 2,256 nacimientos de parto vaginal y cesáreas, lo que hace ver la gran incidencia de nacimientos en esta maternidad.

Para el estudio hemos centrado nuestro interés en las madres y los recién nacidos que permanecen en las salas de puerperio de la Maternidad: encontramos en el segundo piso la sala de puerperio inmediato (parto vaginal) y en el primer piso las madres con cesáreas. La atención de las madres está a cargo de enfermeras obstetras, enfermeras básicas y auxiliares de enfermería y los neonatos son atendidos por enfermeras pediatras y auxiliares de enfermería las cuales son personal del Hospital del Niño.

En las salas de puerperio, la madre entra en contacto en forma inmediata con su hijo según la condición del niño y es responsable de su cuidado. Sin embargo, los niños nacidos de madres por cesáreas no son entregados a sus madres hasta cumplir las doce horas de nacido. Este periodo de separación

se presenta, porque éstas madres tienen algunas limitaciones para atenderse a sí mismas y a sus hijos.

Ocurren situaciones donde la atención que demanda el recién nacido patológico que permanece en la Sala de Neonatología No. 1 en la Maternidad; se ve afectada porque su atención está sujeta al tiempo del personal de enfermería que tiene a su cargo la atención de otros niños. Además estos niños pierden un periodo de interacción importante de compartir con sus madres que es la persona más importante para las primeras adaptaciones que se dan en el niño.

B. Surgimiento del Estudio.

La privación de las relaciones afecta el crecimiento y desarrollo normal de los bebés y causa indiferencia de los niños hacia los padres, lo cual puede evitarse.

Estudios descritos por Klaus y Kennell nos relatan que "durante los primeros 60 a 90 minutos de vida, el neonato está alerta, reacciona y muestra una variedad de respuestas"¹; y existe además, dentro de la primera hora, un estado de vigilia que alcanza hasta los 38 minutos.

¹. Marshall, Klaus y Aurory A. Fanaroff. Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo. 2da edic. (Argentina: Editorial Médica Panamericana, S. A. 1981), p. 163.

De esta manera podemos detectar la importancia del carácter de una separación para la madre y el recién nacido, ya que se puede perder todo interés entre ambos y dar origen a trastornos leves o severos que nos llevan a reconocer el papel que juegan las prácticas hospitalarias que se asumen desde el momento del nacimiento y los primeros días subsiguientes.

En la revisión bibliográfica hemos encontrado un estudio realizado en primíparas y recién nacidos, donde se observó que el "72% de las madres mostraron regocijo ofreciendo caricias, sonrisas y el uso de palabras suaves en el grupo de madres con edades entre 20 y 24 años"¹. Además los resultados de otro estudio con madres y sus recién nacidos, coincidió con los anteriores, observándose que el 75% de las madres mostró importancia al afecto y a la relación madre - hijo. Es de interés señalar que estos trabajos se efectuaron en el Hospital General de la Caja de Seguro Social.

Por otro lado en la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás se realizó una investigación donde se contempló "el comportamiento materno en relación al rol, tomando en cuenta los aspectos afectivos, de atención y la

¹. Arosemena, Ana T. Scotlhand, Lourdes, "Estudio de algunas conductas observadas en madres primíparas con sus recién nacidos en las primeras cuarenta y ocho horas post parto". (Tesis) (Panamá, 1984), p. 55.

preocupación por el estado físico del niño"¹. Para medir la efectividad se consideró el acercamiento de la madre hacia el niño para acariciar, besar, arrullar o hablarle. Los resultados indicaron que se satisfacen las necesidades fisiológicas pero no las afectivas resaltándose la necesidad del estímulo de la enfermera para que éstas se cumplan.

Nos ha interesado realizar este trabajo, para ver el comportamiento de las madres con sus recién nacidos, enfatizar en el tipo de parto y de existir diferencia, tratar de implementar en la práctica del trabajo diario, algunas medidas que incrementen la relación entre la madre y su hijo.

C. Justificación.

Hemos mencionado que en la Maternidad "María Cantera de Remón", no es igual el tiempo en que las madres inician la atención de los recién nacidos.

El producto del parto vaginal sano, está con su madre inmediatamente al nacimiento y es observable la atención de la madre hacia el niño con el mínimo de riesgo. Sin embargo, en casos de mujeres con cesáreas; el tratamiento pareciera alargar el contacto y muchas veces el obstetra enfatiza la

¹. González, Olivia A. de y Vásquez, Flor V. de. "Comportamiento de Puérperas Adolescentes y la Intervención de Enfermería basados en el Modelo de Callista Roy". (Tesis) (Panamá, 1987), p. 55.

atención en la madre como medida de protección en las primeras horas post operatorias preferiblemente.

A pesar de que las normas de la institución enfatizan la interacción, vemos que ésta se interrumpe para el grupo de niños nacidos por cesáreas, por lo que es agravante y precisa recordar lo que relata Rebeca Kang, cuando dice que: "con el parto, la unión de la madre y el niño cobra impulsos cuando al reaccionar confirma la realidad del nacimiento",¹ y posteriormente se prepara para dar inicio al desarrollo de cada una de las etapas descritas por Rubin en su teoría en el año de 1963 y que luego fue corroborada por Robson y Moss en 1970.

En nuestro país los resultados de algunos estudios demostraron que el personal de enfermería centraba su atención a la parte biológica y le restaba importancia a la parte afectiva. La atención hacia la madre y el recién nacido debe ser lo más equitativa posible para fortalecer las relaciones, no sólo afectivas, sino sensoras y motoras, de forma tal que se favorezca el desarrollo físico y mental del niño, la confianza y la seguridad materna y se disminuyan las molestias. También se podrán detectar situaciones de

¹. Rebeca, Kang. "Vinculación de los Padres y el Niño". Las primeras relaciones entre los padres y el niño. Módulo 3. (New York: Organización Panamericana de la Salud, 1982), p. 73.

inadaptación y rechazo, que deben ser manejados por el personal de enfermería, antes de la salida de la madre y el niño.

Creemos en la incorporación temprana de otros familiares al cuidado del niño en especial del padre, lo que ayudaría a disminuir la paternidad irresponsable y en la presencia de otras personas como un recurso que impediría que los niños productos de cesáreas permanezcan en la sala de Neonatología No. 1, cuando la madre presente alguna molestia.

CH. Formulación del Problema.

Ante la existencia de factores administrativos institucionales, que definen la diferenciación en el manejo del recién nacido de parto vaginal y de cesárea, nos cuestionamos:

Existe diferencia en las relaciones afectivas, sensoras y motoras entre las madres y los recién nacidos de parto vaginal y cesáreas?

Cómo se dan las respuestas de los recién nacidos en cada grupo?

Existen factores que interfieren en las relaciones afectivas, sensoras y motoras entre las madres y sus recién nacidos en las salas de puerperio?

D. Hipótesis.

En el estudio consideramos varias hipótesis:

Para la prueba de Chi cuadrado:

Ho:

No existe diferencia en la relación afectiva entre las madres de parto vaginal y las madres de parto por cesárea con sus recién nacidos.

Ha:

Existe diferencia en la relación afectiva entre las madres de parto vaginal y las madres de parto por cesáreas con sus recién nacidos.

Ho:

No existe diferencia en la relación sensora entre las madres de parto vaginal y las madres de parto por cesáreas con sus recién nacidos.

Ha:

Existe diferencia en la relación sensora entre las madres de parto vaginal y las madres de parto por cesáreas con sus recién nacidos.

UNIVERSIDAD DE PANAMA

BIBLIOTECA

Ho:

No existe diferencia en la relación motora entre las madres de parto vaginal y las madres de parto por cesáreas con sus recién nacidos.

Ha:

Existe diferencia en la relación motora entre las madres de parto vaginal y las madres de parto por cesáreas con sus recién nacidos.

Ho:

No existe diferencia en la relación afectiva entre el recién nacido por cesárea y el recién nacido de parto vaginal.

Ha:

Existe diferencia en la relación afectiva entre el recién nacido por cesárea y el recién nacido de parto vaginal.

Ho:

No existe diferencia en la relación sensora entre el recién nacido por cesárea y el recién nacido de parto vaginal.

Ha:

Existe diferencia en la relación sensora entre el recién nacido por cesárea y el recién nacido de parto vaginal.

Ho:

No existe diferencia en la relación motora entre el recién nacido por cesárea y el recién nacido de parto vaginal.

Ha:

Existe diferencia en la relación motora entre el recién nacido por cesárea y el recién nacido de parto vaginal.

Para la prueba U, de Mann - Whitney:

Ho:

No existe diferencia en las relaciones afectivas, sensoras y motoras, entre el nivel académico de las madres de parto vaginal y las madres de parto por cesáreas, con sus recién nacidos.

Ha:

Existe diferencia en las relaciones afectivas, sensoras y motoras, entre el nivel académico de las madres de parto vaginal y las madres de parto por cesáreas, con sus recién nacidos.

Ho:

No existe diferencia en las relaciones afectivas, sensoras y motoras, entre la edad de las madres de parto vaginal y las madres de parto por cesáreas, con sus recién nacidos.

Ha:

Existe diferencia en las relaciones afectivas, sensoras y motoras, entre la edad de las madres de parto vaginal y las madres de parto por cesáreas con sus recién nacidos.

Ho:

No existe diferencia en las relaciones afectivas, sensoras y motoras, entre el estado civil de las madres de parto vaginal y las madres de parto por cesáreas con sus recién nacidos.

Ha:

Existe diferencia en las relaciones afectivas, sensoras y motoras, entre el estado civil de las madres de parto

vaginal y las madres de parto por cesáreas con sus recién nacidos.

E. Variables.

Para el estudio hemos considerado las siguientes variables:

1. Dependientes:

Relación afectiva: incluye una gama de sentimientos y de emociones causadas por la relación madre hijo, las cuales son registradas según la forma de reaccionar del sujeto observado. Para el registro se contempla la teoría de Reva Rubin sobre el comportamiento materno a través de la disposición para aceptar al niño, caricias, comentarios y amamantamiento.

Relación sensora: se mide por los criterios de dar y recibir sensaciones a través de los sentidos y se enfatiza la secuencia del toque descrito por Rubin que puede darse con la yema de los dedos, con la palma de la mano, con toda la mano y con el abrazo. Puede presentarse con el niño en la cuna, dormido o despierto.

Relación motora: la hemos analizado a través de las respuestas musculares y corporales tanto de la madre como del

niño. La teoría es incorporada desde el momento en que la madre recibe al niño, y el comportamiento de ella al descubrirlo, explorarlo, arroparlo, abrazarlo, cambiarlo de ropa o de posición, amamantarlo, sacarle los gases; incluso cuando lo mece o lo pasea.

2. Independientes:

- Tipo de parto vaginal
- Tipo de parto por cesárea

Las características del tipo de parto nos proporcionaron las bases para determinar como se dan las respuestas de las madres en cada grupo y poder establecer si existen o no las diferencias que se plantean en el estudio. Se toman en consideración solamente los partos donde no hubo ninguna complicación.

3. Intervinientes:

- Edad
- Estado civil
- Nivel educativo
- Paridad
- Planificación del embarazo

Las variables intervinientes se conocieron por medio del interrogatorio a las madres.

Con respecto a la edad se elaboró un listado con diferentes edades que incluía desde los 15 hasta los 35 años y se seleccionaron cuatro grupos con intervalos de 5 años entre sí y cada madre se ubicaba en el lugar que le correspondía.

Para el nivel educativo se tomó en consideración la escolaridad materna, la cual incluía la primaria incompleta cuando no se llegaba a completar el sexto grado, primaria completa cuando se aprobaba el sexto grado, secundaria incompleta si se interrumpía antes del sexto año, secundaria completa al terminar sexto año, universitaria según título obtenido o si se realizaban estudios en la actualidad y el vocacional para otros títulos obtenidos en una escuela vocacional autorizada por el Ministerio de Educación.

Las madres se seleccionaron al azar por lo que la paridad podía ser conocida o desconocida al inicio del estudio. Se estableció la clasificación respectiva según fuera una primípara (primer parto) o múltipara (más de un parto).

Para la planificación del embarazo no se tomó en cuenta el método utilizado por la madre, solamente si utilizó algún método de planificación previo al último embarazo.

F. Objetivos.

General:

Valorar las respuestas afectivas, sensoras y motoras en la relación madre-hijo, considerando el tipo de nacimiento y la fundamentación de la Teoría de Enfermería de Reva Rubin.

Específicos:

- Determinar las características bio-sicosociales de las madres según tipo de parto.
- Describir las relaciones afectivas, sensoras y motoras de las madres con sus recién nacidos según tipo de parto.
- Identificar factores que afectan la relación madre-hijo al nacimiento natural y por cesárea.

G. Definición Operacional de Términos.

Parto Vaginal:

Salida del producto por el canal vaginal con la participación activa de la madre y sin ayuda de anestesia.

Cesárea:

Extracción del producto a través de la pared abdominal, por personal especializado con el uso de anestesia y poca participación materna.

Embarazo:

Condición normal de la mujer por un período prolongado de 9 meses, caracterizado por el crecimiento y desarrollo del feto.

Relación:

Trato que se establece entre la madre y su hijo, observado a través de diferentes áreas específicas: sensoras, motoras y afectivas.

Relación Afectiva:

Manifestación que se hace efectiva entre la madre y el recién nacido donde observamos una gama de sentimientos entre los cuales incluimos el amor, el cariño, las emociones y aceptación.

Relación Sensora:

Capacidad de dar y recibir, por parte de la madre, y de recibir por parte del niño, diferentes sensaciones a través de los sentidos y especialmente la piel.

Relación Motora:

Se refiere a los movimientos y respuestas musculares y corporales tanto de la madre como del niño, producto de la estimulación entre ambos.

Comportamiento Materno:

Reacción manifiesta de la madre con su hijo como respuesta a sus necesidades y se da por las relaciones que se establecen.

Apego:

Estrecha unión entre la madre y el recién nacido que se hace manifiesta desde el embarazo y al estar juntos, donde observamos conductas como mimos, besos, sonrisas, movimientos, alimentación y conversación entre otras.

Entrenamiento:

Preparación a base de ejercicios que recibe la embarazada y que debe poner en práctica durante el parto.

Embarazo Planificado:

Embarazo cuya concepción ha sido previamente planeada y aceptada.

Primer Contacto:

Toque entre la madre y el recién nacido, inmediatamente después que es llevado el niño a su madre.

Explorar:

Reconocimiento que hace la madre al recién nacido.

Alerta:

Condición del recién nacido que indica atención.

Consolación:

Medio que utiliza el recién nacido para calmarse llevándose la mano a la boca.

Relajación:

Período de descanso del niño estando despierto.

Caricia:

Toque delicado de la madre sobre cualquier área de la piel del niño.

Descubrir:

Acto que realiza la madre cuando se le hace entrega por primera vez de su hijo, para identificarlo como tal.

Posición Cómoda:

Manera de colocarse la madre para recibir o atender al niño sin que le cause molestias.

Sensación de Bienestar:

Forma cómoda, tranquilidad aparente en la madre.

Disposición de Aceptar:

Extensión de los brazos o cambio de posición de la madre para recibir a su hijo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

A. Conceptualización del Embarazo

La mujer por naturaleza está preparada físicamente y estructuralmente para albergar dentro de su organismo una nueva vida. Se presenta un período mediante el cual se desarrolla el producto de la unión de las células masculina y femenina dentro del útero, denominado embarazo y se da inicio a una variedad de cambios en la mujer, los cuales pueden darse en forma simple y ser notados por la propia embarazada. Además de estos aparecen otros signos que indican la certeza de un embarazo; se presentan en un tiempo determinado y son igualmente reconocidos por la mujer.

Los cambios que ocurren en la anatomía y fisiología, afectan totalmente el organismo materno con repercusión en órganos y sistemas. Existe un aumento progresivo de peso dado por los "cambios metabólicos como son el tamaño del feto, las secreciones, retención de agua y grasa, y por el volumen sanguíneo".¹ Estos cambios pueden afectar mucho a la mujer hasta llegar a convertirse en crisis si no se consideran a la luz de la teoría como algo natural, de forma que repercuten severamente y dan como resultado complicaciones como el rechazo temprano de la madre hacia su hijo.

¹. Mondragón, Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. 3a reimpresión. (Mexico: Editorial Trillas, 1986), p. 92.

El embarazo es considerado por autores como Klausss y Kennell como un "proceso de maduración con etapas de adaptación"¹, y cada una de estas etapas dependen de la solución satisfactoria por parte de la madre. Durante este período se incluye una serie de factores de stress que influyen indistintamente en la madre y el niño antes, durante o después del embarazo.

Las preocupaciones al comienzo del embarazo, se van muchas veces subsanando cuando se inicia la etapa de identificación de la madre y el feto. Bibring lo explica por etapas de la siguiente manera: "la madre considera al feto como parte integrante de ella misma y posteriormente habla de una segunda etapa donde ella percibe los movimientos del feto, y empieza a tener cierto interés y apego hacia el mismo".² Todas estas experiencias que vive la mujer con el embarazo nos pueden llevar a considerar el tipo de trabajo de parto que se puede presentar, y de esta forma, cuando el embarazo se ve como un estado normal, se ha podido observar trabajos de partos menos prolongados y sin complicaciones que cuando se ha considerado el embarazo como una enfermedad. Se ha escrito que "el embarazo genera temor en

¹. Klausss, Fanaroff. Op, cit., p. 160.

². Klausss, Fanaroff citado por Bibring. Op. cit., p. 161.

la mujer",¹ por lo que ella puede llegar a buscar protección porque no quiere fallar, sino poder realizar las funciones biológicas normalmente. La madre tiene expectativas y aspiraciones que marcan la diferencia entre lo ideal y lo real y ella decide la forma de conducirse por lo tanto; debe recibir orientación previa adecuada.

Algunos comportamientos pueden reflejar vergüenza o vulnerabilidad, lo que constituye que se adopten medidas ya sea en el hombre, en la madre o en el feto, según menciona Mead (1935) después de los resultados de estudios con diversas tribus y culturas en donde señala, que "la angustia y el temor ante el embarazo se reflejan en las normas de conducta que se siguen posteriormente".² La mujer reacciona física y emocionalmente ante el embarazo y puede verlo como algo trágico y demostrar rechazo o desprecio a diferencia del hecho de sentirse bien. El comportamiento materno según Rubin, es aprendido no instintivo, es por ensayo y error, es llevándolo a la práctica. Podemos apreciar que la madre, en

¹. Rubin, Reva. The Neomaterial Period. Edited by Betty S. Burgensen et al. Clinical Nursing. Chapter 27. Mc. C.V. Mosby Company. Saint Louis, 1967. p. 2.

². Mead y Newton citado por Newman, Bárbara. Newman Philip. Manual de Psicología Infantil. (Mexico: Ediciones Ciencias y Técnica, S. A., 1986), p. 92

especial la primigesta, aunque haya sido orientada necesita ser conducida adecuadamente para obtener su cooperación.

La falta de atractivo y las molestias producidas por las presiones del feto sobre los órganos, acrecientan la angustia o la irritabilidad en la embarazada. Ante esta situación juega un papel muy importante el grado de madurez emocional de la mujer, que la lleva a tomar una actitud positiva o negativa por la condición presente. Como hemos señalado, el aspecto psicológico ante la aceptación o no del embarazo va a determinar en un futuro la adaptación del nuevo ser como parte de la mujer. Es decir, que se deben distinguir las reacciones de júbilo o alegría, antecedentes maternos o estabilidad familiar, y a la vez el resentimiento o enojo que puedan presentarse cuando hay rechazo o cuando no existen las condiciones ante un embarazo inesperado.

B. El Nacimiento y su Significado

1. Parto Vaginal

El parto es todo un proceso coordinado de contracciones involuntarias que se dan en el útero y que conducen al borramiento y dilatación de la cervix para culminar con la expulsión del producto.

Existen dos tipos de trabajo de parto denominados falso y verdadero. El trabajo de parto falso se presenta comunmente al final del embarazo y va acompañado de dolor dorsal y abdominal leve y por contracciones irregulares y breves del útero sin producir modificaciones en el cervix, por lo que no se consideran de mucha importancia. Sin embargo, el trabajo de parto verdadero se caracteriza por contracciones de tipo regular, más intensas y cercanas entre sí, con borramiento y dilatación del cervix. Estas contracciones aumentan de intensidad hasta llegar al climax y siempre causan dolor.

Se describen 3 etapas durante el trabajo de parto verdadero y se señala que la primera etapa en primíparas es de 8 a 12 horas y la segunda varía entre 1 a 2 horas. En la múltipara es de 6 a 8 horas. Cuando este tiempo se prolonga se considera que algo anormal puede estar sucediendo.

Después de la ruptura de las membranas fetales, "9 de cada 10 mujeres se encontrarán en trabajo de parto a las 24 horas y si esto no ocurre se dice que hay complicaciones",¹ debido a la ruptura prematura de las membranas fetales. Inmediatamente puede expulsarse una pequeña cantidad de moco

¹. Benson, Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Obstétrico. "Curso y manejo del trabajo de parto y parto normales". (México: El Manual Moderno, 1983), p. 655.

sanguinolento lo cual significa que hay dilatación y borramiento seguido de la presentación.

El resultado final del trabajo del parto se debe a cuatro factores, los cuales pueden ser modificados por medicamentos u otro tipo de intervención y son ellos: el conducto, las fuerzas, el producto y la placenta.

La segunda etapa del trabajo de parto incluye, desde la dilatación completa de la cervix hasta el nacimiento completo y generalmente ocurre en un tiempo de 2 horas. Debe controlarse el parto para evitar la expulsión repentina del producto, lo cual puede ocasionar lesiones en la madre y el niño.

La tercera etapa comprende desde el nacimiento del producto hasta el alumbramiento de la placenta y el tiempo de duración va a depender de la rapidez de desprendimiento y la recuperación de la placenta.

Esta tercera etapa puede manejarse con medicamentos que faciliten la expulsión e impidan la hemorragia y debe vigilarse a la madre por sangrado por lo menos durante una hora.

2. Parto por Cesárea

Los estudios sobre el nacimiento describen que el parto vaginal espontáneo suele ser el más "normal" de los

nacimientos, pero existen complicaciones del embarazo donde se hace necesario efectuar una incisión en la pared abdominal y uterina para extraer el producto, por la operación denominada cesárea. Este recurso quirúrgico constituye del 4 al 6% del trabajo en los hospitales de ginecología y obstetricia y en relación al parto vaginal; el "riesgo de muerte materna es 26 veces mayor".¹ De esta manera el parto por cesárea, rige solamente bajo condiciones especiales y específicas tanto para la madre como para el producto.

El aumento del número de casos de cesáreas en el mundo puede darse a varios aspectos como el de brindar mayor seguridad a la madre y a su hijo, limitar el número de embarazo por mujer, aunque esto acondiciona aproximadamente al 50% de las mujeres a nuevas cesáreas.

Es importante destacar que para toda operación cesárea se requiere de anestesia, la cual puede ser de tipo general o raquídea. Las molestias físicas y limitaciones consecuentes a la anestesia pueden observarse, en mayor o menor grado, en todas las madres mientras dure la hospitalización.

Diony Young, en su teoría de Apego se refiere a la cesárea indicando que "causa stress en las familias y

¹. González, Merlo J. Obstetricia. 2a. edición. J.R. del Sol. (Barcelona: Editores Salvat, S. A. 1985), p. 714

separación de padres-hijos"¹: por esto es esencial que a pesar de las limitantes que presente la madre, por efecto de la anestesia, se intente conseguir que ella esté alerta y capaz de responder, antes que la anestesia deje de hacer efecto. Es así que en los primeros minutos, la madre debe ver y sostener a su hijo y posteriormente tan pronto como se sienta hábil, debe ayudársele para que inicie la atención del recién nacido. Hemos mencionado que el comportamiento de las madres varía influenciado por múltiples factores, pero se ha observado que "el estado de inconsciencia durante el parto no parece conducir al rechazo del hijo, tal como se observó en algunos animales",² aunque esta condición no se determinó con los efectos de la operación cesárea. De esta forma si la madre no está en condiciones de atender al neonato, por estar bajo el efecto de anestesia o sedantes, requerirá de una ayuda efectiva de algún familiar, sin llegar a prescindir de su hijo.

En la literatura hemos encontrado que existen trabajos de madre-hijo donde se descarta a los infantes nacidos por cesáreas. En nuestro medio son separados hasta por doce

¹. Young, Diony. Apego. Como los padres se unen a su hijo recién nacido. (Panamá: Prolacma, 1978). p. 12.

². Klauss, Fanaroff. Op cit., p. 161.

horas, pero los hemos incluido como parte importante del estudio.

En una investigación realizada por Tulman, se encontró que "las madres de parto vaginal tocaban a sus infantes con mayor frecuencia que las madres con cesáreas",¹ pero en ninguno de los dos grupos se siguió la secuencia del toque propuesto por Rubin; sin embargo en este estudio si se incluye en las observaciones.

3. Relación del Tipo de Parto y Comportamiento Materno

El parto natural debe verse como un acontecimiento que no es fácil para la mujer porque existen influencias sociales como lo es la tradición, la cultura, rituales o supersticiones que alteran notablemente este hermoso proceso. Es así que Mead y Newton, nos señalan en sus estudios que "hay diferencias entre las culturas tradicionales y las sociedades industrializadas, dándose casos de no prestar atención a la madre ni al niño, aumentando así la mortalidad en esas áreas. Otras veces, el parto es considerado como una

¹. Lorraine J. Tulman. Op. cit., p. 299.

enfermedad y los padres adoptan una actitud más positiva tratando de ayudar".¹

Con el parto natural se dan situaciones en la madre que muchas veces ella no desea experimentar, porque le producen tanta molestia o dolor o porque está muy preocupada por lo que le puede suceder a su hijo. Esta situación se puede expresar al resaltar que siendo el trabajo de parto tan agotador para la madre, ella llega al grado de que no puede más y sólo desea saber si su hijo está bien.

Las madres con cesáreas manifiestan dolor no sólo en las primeras horas post operatorias, sino a medida que realiza cada uno de los movimientos para atender a su hijo. Ocurren otras molestias producidas por las canalizaciones, malestar general, debilidad, desmayos y anemia. Unido a estas manifestaciones está el temor ante el dolor, el cual se presenta en todas las madres con menor o mayor intensidad. Algunas madres no expresan el dolor y utilizan otros términos por lo que se tiene que estar alertas para reconocer y atender oportunamente cada necesidad y ayudarlas.

Ante el comportamiento materno se presentan una combinación de factores que van desde las condiciones genéticas, las relaciones familiares, las prácticas y los

¹. Mead y Newton citado por Newman y Newman. Op. cit., p. 97.

valores culturales. El deseo de lucir como antes y la imposibilidad de dedicar tiempo para sí mismas, pueden generar etapas de mayor o menor grado de ansiedad, no sólo en la madre sino en la pareja y en la familia en general. Estos cambios que aparecen en el estilo de vida de la madre pueden ser mejor manejados cuando la pareja ha sido preparada para enfrentar cada situación.

Las necesidades físicas y emocionales de la madre durante el trabajo de parto deben ser lo mejor atendidas por el personal que asiste la labor. Bethea nos señala que el "apoyo emocional que recibe la madre, o deja de recibir, puede influir no sólo en su autoimagen y en el desarrollo del trabajo de parto, sino también en sus actitudes hacia su marido, niños y sus embarazos futuros"¹. El apoyo o compañía que la enfermera debe proporcionar aseguraría la disponibilidad de la madre de seguir indicaciones y de copiar patrones adecuados para darse ánimo y hacer las cosas bien.

Los cambios rápidos que se producen inmediatamente después del parto producen cansancio físico en la madre, a diferencia de cuando éstos mismos se dan bajo otras condiciones. Las diferencias que se presentan incluyen el

¹. Bethea, Doris C. Enfermería Materno Infantil. 3a. edic. (Mexico: Editorial Interamericana, 1984), p. 182.

aumento del volumen sanguíneo, la sudoración profusa y la pérdida de peso.

Sin embargo, los cambios de comportamiento materno desde el inicio de la labor hasta el puerperio, son debidos a los cambios físicos y a las alteraciones que presenta el normal proceso del parto. "El proceso del post parto se lleva a cabo lentamente comparado con la labor y por varios días, el progreso de la energía psíquica y física se extiende de la madre para con otras personas a su alrededor y a los eventos que están a su alrededor".¹ La enfermera obstetra o el personal que está cerca de la madre cuando acontecen todos estos cambios, debe aprovechar tales experiencias porque nos permiten grandes aprendizajes y oportunidades para educar.

Después del profundo sueño por el que pasa la parturienta, empieza inmediatamente según Reva Rubin, un proceso de regeneración hacia la restauración con fe y esperanza.

No todas las madres logran pasar esta etapa tan importante por las frecuentes interrupciones que se dan en las salas, pero todo el personal está obligado a cooperar para que la madre repose.

¹. Rubin, Reva. Puerperal Change. Nursing Outlook. Vol. 9, No. 12 (December 1961), p. 753.

Al referirnos al comportamiento también se debe notar que de no darse durante el puerperio, la fase denominada por Rubin, de satisfacción, la cual dura de 2 a 3 días y se caracteriza por suplir la necesidad de sueño y alimentos, la madre nunca estará lista para comprender y aceptar la realidad, dejando cada evento hasta el próximo embarazo y parto. Es durante esta fase donde la madre se vuelve pasiva y dependiente, aceptándolo todo y demostrando poca iniciativa.

Otra de las fases descritas en la teoría es la de independencia en donde la madre es productiva y tiene iniciativa, no importa cual sea su capacidad. Estos son los momentos en donde la enfermera debe estar lista para orientar adecuadamente a la madre, quien está ansiosa por resolver las necesidades que tiene y que le corresponde hacer por sí sola. A medida que la madre se ajusta o resuelve sus necesidades va adquiriendo lentamente su rol, el cual puede lograr equilibrar a su salida del hospital.

C. Relación Madre Hijo

1. Teoría de Enfermería de Reva Rubin

1.1 Conceptualización

Es fácil reconocer que todo estudio sobre la manera de reaccionar una madre con su hijo crea interés y se hace sumamente importante en salud, porque se pueden dar pautas para enriquecer la salud física y mental del recién nacido y mantener la estabilidad familiar.

El interés por mejorar el trabajo profesional de la enfermera permitió a Reva Rubin evaluar el comportamiento materno y encontró que existe una secuencia ordenada y progresiva para tocar al recién nacido. Resaltó que la madre tiende a usar en primera instancia sus dedos y después sus manos.

La protección del recién nacido es un comportamiento universal de manera que la autora destaca que "con un propósito de conducción o protección, la madre humana usa sus manos y particularmente sus brazos y cuando se trata de una madre madura y hábil, usa sus manos como una extensión de sus brazos y sus brazos como una extensión de su cuerpo, particularmente su cuerpo"¹. Para lograr el objetivo anteriormente citado, se tomó en cuenta la habilidad, capacidad y la experiencia materna y se pudo establecer que el éxito o fracaso de la madre al desarrollar ciertas

¹. Rubin, Reva. Basic Maternal Behavior. Nursing Outlook. Vol 9, No. 11 (November 1961), p. 683.

actividades como baño, alimentación y otras, va a depender de la primera experiencia.

La madre requiere de mucha guía ante la primera prueba maternal y la enfermera no debe desatenderla; y es notorio que no siempre va a solicitar ayuda. La falta de energía es más importante para ella en un momento dado, que todo lo que se espera que deba hacer con su hijo. Es así que en la teoría, Rubin contempla en una forma significativa, que durante el primer acto materno la madre mira a su hijo, pero no lo ve. Es por esto que podemos decir que la identificación del recién nacido es un proceso largo y complicado donde la fantasía y los deseos durante el embarazo se ven involucrados. En lo que concierne al sexo, aunque no se ha podido probar, se tiene la impresión de que los varones son menos manejados y acariciados que las niñas.

La madre se muestra vacilante al descubrir a su bebé y encontrarlo completamente sano. Cada función que descubre la madre a través de los días le puede producir expresiones de risa o de llanto que tienen gran significado y que alertan a la enfermera para mejorar las técnicas y ayudar adecuadamente a la madre y al niño cuando se están dando estos intercambios entre ambos.

La teoría estudiada nos indica que, la palpación materna se lleva a cabo utilizando habilidades que lograrán estimular

el desarrollo emocional, intelectual y físico del niño. Es así que Rubin describe tres tareas importantes como parte de la función materna:

1. Identificar al nuevo niño.
2. Determinar las relaciones que se establezcan con el niño.
3. Guiar y reconstruir la resultante estructuración familiar que incluya al nuevo miembro de la familia"¹

Cada una de estas tareas van acompañadas de ciertos comportamientos según las fases que describen las formas de palpar y las mencionaremos resaltando los aspectos más relevantes en cada una.

Fase de internalización: la madre se orienta en base a sus necesidades con una actitud pasiva y dependiente en extremo y esto se extiende de uno a dos días.

Durante esta fase de poco interés es importante destacar que es cuando se da la primera información que la madre obtiene de su hijo. Luego se inicia la palpación con la

¹. Reeder et al. Op. cit., p. 406.

punta de los dedos y el recién nacido puede reposar sobre el regazo materno o en la cama, de manera que la exploración sea más efectiva y es por esto que se hace en forma recíproca de los rostros, en la posición denominada "cara a cara".

Fase de afianzamiento: ocurren una serie de interrogantes en la madre ante el deseo de poder controlar sus funciones y responsabilidades, hay interés hacia la independencia y autonomía y el período puede extenderse aproximadamente hasta 10 días.

La segunda etapa de la palpación se realiza una vez que la madre se siente cómoda y el contacto lo hace con toda la mano para finalmente pasar a la tercera etapa donde abraza a su hijo.

Fase de separación: se habla de dos tipos de separación como son el de comprender y aceptar la separación física entre la madre y el recién nacido y por otro lado, el hecho de tener que dejar el papel anterior como mujer sin

niño. En esta fase existen factores influyentes que repercuten en la adaptación materna ante otros roles fuera del ambiente hospitalario, ya que los cambios ocurren cuando la madre y su hijo regresan al hogar.

Algunos estudios sobre lo que es el palpar han demostrado el valor del sentido del tacto, más que ningún otro sentido. Esto ha podido observarse en el nacimiento, donde el infante aprende de su alrededor y de sí mismo por el contacto íntimo personal.

El afecto materno a través del toque, puede ser medido según Rubin y para esto hace la siguiente aclaración.

"Una mujer que quiere debe abrazar a la persona que quiere. Sus brazos y sus senos son para contacto. La acción es impulsiva y toma poder de deseo para luego inhibirse. El impulso es para atraer a la persona más cerca en un fuerte abrazo".¹

¹. Rubin, Reva. Maternal Touch. Nursing Outlook. Vol. 11, No. 11 (November 1963), p. 828.

La relación que se observa en las salas de puerperio está condicionada a la forma de cómo se siente la madre, para que se movilice a establecer el contacto. "Ella se mueve de áreas muy pequeñas de contacto hacia otras más extensas utilizando la yema de los dedos, luego las manos (incluyendo las palmas), y más tarde todos sus brazos con extensión de su cuerpo".¹

Pasado el primer contacto, la madre inicia la exploración con la interrogante de cómo va a ser recibida por la otra parte, demostrando con esto que siempre espera una respuesta. Durante todo este período no debe olvidarse la vulnerabilidad materna hacia los signos de rechazo que pueda mostrarle al recién nacido y a los cuales ella, para satisfacer su propio ego, encontrará algún signo positivo que la haga sentir bien.

El paso siguiente para el toque materno se hace al usar toda la mano de manera tal, que el contacto con el cuerpo del niño sea lo más amplio posible. En esta etapa ambas manos de la madre están relajadas y confortables, lo que representa el sentimiento de la madre en relación al niño. Se trasmite seguridad y firmeza a la vez que bienestar cuando la madre abarca con ambas manos a su hijo. A medida que transcurren

¹. Ibid, p. 829.

los días la madre se involucra cada vez mejor en la verdadera atención del niño. Es así como la autora describe que del tercer al quinto día, para acariciar la cabeza del niño hay un avance en el uso de la punta de sus dedos hacia el uso de toda la mano. Igualmente durante el aseo, la distancia entre su cuerpo y el del niño se hace mas corta. Es en este momento cuando la madre progresa en comunicación y pasa de lo exploratorio a la búsqueda de la información detallada de lo que está ocurriendo con su bebé.

1.2 Aplicación en Enfermería

La enfermera actual se prepara de acuerdo a los avances científicos y tecnológicos que la rodean. Es indispensable que a todo nivel la enfermera demuestre conocimiento y gran capacidad en el manejo del paciente y por esto se hace necesario que se conozca sobre las diversas teorías que existen en el campo de la enfermería.

Considerando la población de enfermeras jóvenes, la teoría de enfermería de Reva Rubin, constituye una guía valiosa para comprender y guiar a la madre y su recién nacido, no sólo mientras está en el hospital sino para cuando va a su hogar. Las etapas que se destacan en esta teoría se observan en el campo con frecuencia, pero no se le da el manejo adecuado, probablemente por el desconocimiento de que

lo que hace la madre en un momento dado, es el producto de una necesidad que tiene que ser satisfecha.

Es indispensable conocer que la madre siempre estará preocupada para que a su hijo no le ocurra nada desagradable. La enfermera debe tener en cuenta las diferencias físicas y psicológicas que intervienen en la relación en forma muy particular. Casi siempre la madre recibe a su hijo en forma pasiva y el mayor deleite se presenta cuando el bebe hace contacto con el cuerpo de la madre. Así también cada miembro de su familia busca la oportunidad de contacto el cual debe promoverse.

La comunicación es un factor muy importante en la identificación madre-hijo y la enfermera es responsable de que ésta se establezca y además es una fuente de enlace, siempre disponible para responder a la madre y a la familia en general.

1.3 Importancia de la Aplicación en la Relación Madre - Hijo.

El comportamiento materno no es un período que debe pasar por alto ante la enfermera, ya que ella es la persona inmediata con quien se encuentra la madre y a la cual va a observar o cuestionar para atreverse a iniciar contacto con

su niño. Actualmente se desconocen algunos aspectos de la teoría de Rubin y a menudo se le hacen observaciones a la madre sobre su conducta, sin considerar los pasos por los cuales está atravesando y que le son permitidos como normales según la teoría estudiada.

Se ha descrito que tanto el obstetra como la enfermera a menudo asumen una actitud de indiferencia cuando acontece un parto normal y que sólo reaccionan si se presenta algo fuera de lo normal. La teoría nos indica que la enfermera debe dedicarse a dar un cuidado custodial que no sea rutinario sino desafiante y de acorde con la preparación profesional. Dado que la enfermera esta comprometida a dar lo mejor de sí, se espera que aplique los conceptos básicos más importantes que faciliten y favorezcan la relación entre la madre y su hijo.

2. Teoría de Apego

2.1 Conceptualización

La madre es la persona que establece la primera relación con su hijo, ya que se inicia con el embarazo y se fortalece gradualmente después del nacimiento.

Los primeros días después del nacimiento aseguran la relación cuando la madre y el recién nacido permanecen juntos y se recibe el apoyo del padre y de otros familiares. La teoría de Apego, del autor Diony Young, enfatiza que los primeros minutos y horas de vida pueden ser especialmente influyentes en la iniciación del apego materno, por lo tanto las respuestas que se obtienen pueden tener consecuencias a largo plazo. Las manifestaciones que se esperan de la madre incluyen mimos, sonrisas, caricias, movimientos y conversaciones lo que permite que el recién nacido se mantenga alerta, tranquilo y pueda responder imitando con grititos o llantos o con movimientos corporales. Esta comunicación y las respuestas que se suceden entre el recién nacido y sus padres constituyen un estímulo para el crecimiento y desarrollo.

El intercambio social mencionado anteriormente debe ser reforzado continuamente, ya que contribuye a crear confianza

en el niño para con su madre, al grado que aprende a confiar y a reconocer que será atendido cuando él lo requiere.

Estudios han demostrado que el apego se presenta inmediatamente después del parto en forma temporal y se debe al contacto entre la madre y su hijo. Así mismo el apego permanente es gradual y ocurre a través del primer año, influenciado por variables psicológicas.

La calidad del apego entre madre-hijo, también recibe influencia de ciertos factores que incluyen "la genética materna, el pasado sociocultural y económico, personalidad, las experiencias tenidas en embarazos previos, sus actitudes hacia el embarazo, el nacimiento, y hacia el niño, así como las complicaciones durante el embarazo".¹

Si estudiamos separadamente cada uno de los factores citados, resaltamos que la salud física y mental de la madre antes y durante el embarazo, se va a ver reflejada con el nacimiento ya sea con aceptación o rechazo. Durante la labor y el parto, la madre pasa por experiencias agradables y desagradables que influyen durante un tiempo, en la actitud positiva o negativa hacia su niño y que son notables a medida que lo asiste.

¹. Young, Diony. Op. cit. p. 3.

La experiencia de la madre durante el embarazo, parto y alumbramiento es particularmente significativa, quizás porque sus primeras fantasías están de acuerdo o en contradicción con la realidad. "Una reacción depresiva producida por cualquier otra causa puede persistir en la madre de modo patente o subclínico, durante todo el primer mes de la vida del niño, con el resultado de que la relación madre-hijo no es natural y carece de atención y espontaneidad".¹ Existen situaciones en que a la madre se le insiste u obliga a realizar actividades que ella no desea sin tratar de indagar la causa del rechazo.

Para fortalecer el apego es necesario contar con toda interferencia personal o institucional y aceptar la presencia o participación del padre u otros familiares que estén junto a la madre al cuidado del niño. Las ventajas de esa primera experiencia con los padres en las primeras horas, permiten mayor orientación sobre técnicas y cuidados posteriores al recién nacido en el hogar, ya que aumenta el grado de confianza en ellos para tomar decisiones más acertadas.

Diony Young, menciona otros factores que parecen influir en el apego temprano como son: "la duración de la labor, la

¹. Nelson, Waldo E. M. D. Colaboradores. Tratado de Pediatría. Tomo I. Sexta Edición. (Barcelona: Salvat Editores, S. A., 1971), p. 58.

presencia o ausencia de una crisis médica durante el nacimiento, las expectativas de los padres en relación con la experiencia de nacimiento, y la condición o estado y el sexo del recién nacido".¹ El personal que asiste a la madre juega un papel importante como ya hemos señalado, porque la conducta adoptada por la madre y los familiares que le acompañan, depende del manejo que se le haya dado a las dudas o interrogantes que han presentado. La familia en los momentos del nacimiento quiere estar cerca o por lo menos informada y en nuestro medio se requiere de un mayor acercamiento familiar.

2.2 Fundamentos de la Relación Madre - Hijo

La actitud del recién nacido demanda cierto tipo de comportamiento en la madre. Los estados de alerta del niño son aprovechados para dar inicio a la relación y reforzar algunas conductas importantes que tienden a la crianza del niño en un futuro.

Brazelton y Richards (1974), observaron independientemente la conducta de los infantes relacionada con los objetos y la gente y encontraron que "cuando responden ante los objetos los niños se vuelven tensos,

¹. Young, Diony. Op cit., p. 5.

doblan brazos, piernas y fijan su vista sobre el objeto; sin embargo al responder a la gente y especialmente a la madre; parecen menos relajados, manos y pies se mueven suavemente, la tensión y relajamiento que aparece es para incitar la interacción y cuando ésta ocurre pasa por fases de comunicación, intensificación de la interacción y retraimiento de ésta".¹ Es así como el comportamiento de la madre centra su interés en el contacto visual y expresa gran deseo por ver los ojos de su hijo a la vez que quiere ser observada por éste y procede a tocarlo aunque el niño esté dormido.

El lenguaje hablado ejerce dominio sobre el movimiento infantil y se ha observado que los recién nacidos presentan movimientos de ciertas partes del cuerpo que están en coordinación con el sonido que realiza la persona al hablar. También puede ocurrir que los movimientos rítmicos entre la madre y su hijo, se inicien en el periodo inmediato al parto y se debe proporcionar un periodo de intimidad familiar, para reforzar este vínculo afectivo.

Cabe mencionar que el amamantamiento permitirá los mejores momentos para la interacción, porque el niño satisface el hambre y al mismo tiempo es estimulado visual y

¹. Brazelton y Richards. citado por Newman y Newman. Op. cit., p. 133.

auditivamente por su madre. Igualmente las madres tienen la satisfacción de observar los diferentes estados por los que pasa el niño, unas veces tensos o relajados y otras desaseados o nerviosos.

El recibimiento del bebé por la madre se realiza en forma muy pasiva y es común observar cómo la madre se preocupa por estar cómoda, más que por demostrar grandes deseos de recibir a su hijo. "La madre que no toca a su bebé no se siente como que en verdad tiene un bebé".¹ Los cambios y comportamientos en el niño son observados siempre por la madre y esto ayuda a desarrollar y a mantener la nueva relación. Es indispensable que facilitemos la relación aunque la madre muestre rechazo, ya que es la única forma de que se inicien las fases de acercamiento y aceptación que se esperan.

Para que las relaciones de los padres y sus recién nacidos se realicen es necesario tener en cuenta ciertos principios fundamentales señalados por Klaus y Kennell:

"Parece haber un período sensitivo durante los primeros minutos y horas

¹. Reva, Rubin. The Family Child Relationship and Nursing Care. Nursing Outlook, Vol. 12, No. 9 (September 1964), p. 2.

después del nacimiento cuando es necesario que la madre y el padre experimenten un contacto estrecho con su hijo recién nacido de modo que el desarrollo ulterior de éste llegue a ser óptimo.....

Para que la vinculación ocurra de manera apropiada, es necesario que el recién nacido responda a la madre y al padre mediante alguna señal, como los movimientos de cuerpo o de los ojos.... Ciertos eventos de los primeros momentos de la vida del recién nacido pueden tener efectos de larga duración".¹

El inicio de la relación madre-hijo atraviesa por un periodo de reconocimiento que se hace fácil cuando las expectativas se han cumplido. Sin embargo, el ajuste a la realidad para iniciar una relación toma un periodo de tiempo

¹. Klaus y Kennell. citado por Reeder, Sharon R. Mastroianni, Luigi y Martin, Leonide. Enfermería Materno Infantil. 2a ed. (España: Carvajal, S. A., 1980), p. 404.

mayor cuando no han sido satisfechas las aspiraciones maternas.

3. Rol de la Enfermera.

La enfermera lleva a cabo una gran cantidad de actividades con la madre y el recién nacido y es de gran ayuda en el tipo de unión que se efectúa, a la vez que es útil para reforzar las habilidades que muestran las madres al atender a su hijo.

El énfasis en el personal para aprovechar los períodos de orientación es valioso, ya que las madres imitarán y seguirán las órdenes con mayor interés en especial si se trata de primigestas.

Durante el baño y amamantamiento se dan múltiples oportunidades para explorar y se obtiene la confianza y la seguridad para un manejo posterior.

Las nuevas tendencias para promover la relación madre-hijo basada en teorías ha sido modificada, y la estancia hoy es compartida para estimular esa relación lo más temprano posible.

Es fácil que la relación se presente entre las madres que no tienen patologías o en aquellas que presenten problemas menores. La enfermera juega un papel importante

para detectar estos problemas y ayudar a que se establezcan las relaciones en forma favorable.

Después del nacimiento, las características del infante, del personal profesional en salud, la separación del infante y las prácticas hospitalarias pueden influenciar positiva o negativamente en los padres.

El significado del acto materno a través del ejercicio del rol, lo demuestra la madre cuando realiza un acto con "las palmas sudorosas, la cara flácida, el cuerpo tenso y rígido, en silencio predominante".¹ La madre puede estar tan impaciente hasta el punto que desea que le quiten al niño en vez de mantenerlo. Según el éxito obtenido con la primera experiencia, se puede observar posteriormente un menor grado de tensión o riesgo en la madre y mejor desarrollo de las actividades.

En el hospital de estudio, la enfermera obstetra y la pediátrica ofrecen la ayuda a la madre y a su hijo y toman en cuenta para esto la necesidad y el grado de dependencia de la mujer. Se ofrece orientación sobre la alimentación y baño del recién nacido, se le demuestra el procedimiento permitiéndole su ejecución y se refuerzan los detalles.

¹. Rubin, Reva. Basic Maternal Behavior. Nursing Outlook. Vol. 9, No. 11 (November 1961), p. 684.

Toda participación debe ser lo mas real en lo que respecta el saber escuchar y compartir con las madres después de pasar por una experiencia tan maravillosa como lo es el nacimiento. Se debe dar apoyo y seguridad no sólo a través de demostraciones y charlas, sino respetando la individualidad materna y motivando hacia una integración familiar más duradera que se inicia con esa primera relación.

Es durante el puerperio que se puede observar una gran variedad de aspectos sobre el cuidado y la participación, no sólo de la enfermera sino de la madre y la familia. Se requiere de una gran motivación y guía para poner en práctica las tareas.

La enfermera no debe olvidar que la madre y la familia en general se enfrentan a una nueva experiencia y que todas las actividades de preparación son importantes según la personalidad y el rol de cada uno de los familiares que esperan en el nuevo ser, aquello que han imaginado durante largos meses.

Reva Rubin nos corrobora algunos conceptos cuando enfatiza que: " debemos integrarnos a la experiencia de la madre al compartir, escuchar y volverla a la realidad; no

interferir entre la madre y el recién nacido y reforzar los actos maternos para que quede bien".¹

El rol de la enfermera es continuo y muy variado y le corresponde a la enfermera promover todo tipo de relación que pueda establecerse entre el recién nacido, su madre y otros familiares; ya que es el bebé, quien permitirá a los padres, iniciar el conocimiento de la realidad y no debemos interferir con procedimientos innecesarios que impedirán todo contacto inicial. La enfermera profesional es consultada como una fuente respetable y confiable de información para resolver ciertos problemas familiares. Siendo así, todas las actividades de preparación son importantes para la familia, según la personalidad y el rol de cada uno con el nuevo niño; y considerar que siempre se estará llevando a cabo algún tipo de relación.

¹. Rubin, Reva. citado por Reeder, Mastroianni y Leonide. Op. cit., p. 405.

CAPITULO III

METODOLOGIA

A. Diseño,

Se realizó un estudio descriptivo comparativo donde se describen, en primer lugar, las características más relevantes de las madres y sus hijos; y luego, en segundo lugar, una comparación del tipo de relación que establece cada madre con su hijo según la forma en que lo alumbró (parto vaginal o parto por cesárea).

Al nivel descriptivo los datos se registran y analizan a través de las frecuencias y porcentaje. Al nivel comparativo los datos se analizan a través de la prueba χ^2 (chi cuadrado) y la prueba U de Mann-Whitney. Las hipótesis se plantearon a un nivel de significación de α de 0.05.

B. Técnica.

Iniciamos el estudio con la revisión de documentos para obtener los datos que nos permitieran definir y planear la investigación. Esta revisión comprendió una cantidad de documentos sobre la teoría de enfermería de Reva Rubin sobre comportamiento materno y relación madre-hijo, los expedientes de las madres y de los recién nacidos.

Empleamos la técnica de la entrevista a personas con experiencias en el manejo madre-hijo, donde el investigador recibió la orientación para la confección y aplicación del instrumento.

La técnica directa, se basó fundamentalmente en observaciones a la madre y al recién nacido, en el hospital, en diferentes turnos; donde se seleccionaron a las madres con el fin de determinar los elementos de la teoría, en relación al comportamiento en el parto vaginal, hasta veinticuatro horas y en las madres de cesáreas hasta las setenta horas.

El cuestionario estuvo constituido por los datos generales de la madre que nos pudieran aclarar algunos aspectos y determinar las variables bio-sicosociales. También comprendía algunos datos del niño y los parámetros de las conductas de estudio.

El parámetro constituido para el área motora describe los movimientos y respuestas musculares y corporales tanto de la madre como del niño y suman diecisiete elementos para la madre y doce para el niño.

Para el área sensora se consideró la capacidad de dar y recibir entre la madre y su hijo a través de una serie de sensaciones por medio de la piel. Hay once elementos por cada uno.

El parámetro del área afectiva comprende las manifestaciones externas de los sentimientos y emociones o sea la forma de reaccionar ante la relación madre-hijo. Consta de diecisiete elementos para la madre y diez para el niño.

Para evaluar la relación de la madre con el niño y llegar a fundamentos bien objetivos de cómo se da esta relación, evaluamos cada conducta tres veces, en diferentes períodos. Para los partos vaginales se evaluó a las 2, 12 y 24 horas posterior del parto y para los nacimientos por cesárea a las 12, 24 y 70 horas después de las cesáreas.

En general, el instrumento contó con noventa preguntas que hicieron posible la obtención de los datos que queríamos lograr, para determinar posteriormente el análisis de cómo se daban las relaciones entre los dos grupos.

La observación efectuada se hizo con el criterio de la objetividad y se trató de que en ningún momento hubiera interferencia del investigador, procedimos a contactar la actividad tal cual se daba.

Se tenía un promedio de tres a cuatro pacientes para observar diariamente, con un promedio de llenado de cuatro horas para todas las observaciones. A medida que se tomaba más experiencia en el manejo del instrumento se pudo acortar el tiempo de llenado, pero se siguió siempre el criterio de la objetividad.

Las madres de parto vaginal se observaron en las salas de puerperio mediano (post parto) e inmediato (sala 22), de la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás, desde el momento en que se les hacía entrega del

recién nacido. El grupo de madres con cesáreas fueron observadas en la sala 21 ubicada en el primer piso del área de estudio y con este grupo de madres se aplicaron todos los parámetros que con las madres de parto vaginal, de manera que no hubiera diferencia entre los dos grupos.

C. Instrumento.

El instrumento utilizado en este estudio consistió en una lista de cotejo con un cuestionario adicional, donde fue necesario hacer uso de la entrevista a las parturientas de la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás, para el respectivo llenado.

Este instrumento nos permitió medir las principales variables y por ende el logro de los objetivos del estudio.

CH. Prueba del Instrumento.

Con el fin de validar los datos obtenidos se probó el instrumento durante tres días en la fecha comprendida del 6 al 8 de febrero de 1991.

Se seleccionaron 6 mujeres primigestas y multíparas con características semejantes al grupo de estudio.

Posteriormente se determinó hacer modificaciones al horario en la primera observación con las madres de parto

vaginal. El cambio se efectuó porque las madres de parto vaginal, permanecían con sus hijos desde las dos primeras horas post parto y no a las seis horas como se había previsto.

El instrumento fue aplicado a la muestra de estudio desde el día 18 de febrero al 30 de marzo de 1991.

Una vez aplicada la prueba piloto se procedió a elaborar el plan de análisis y se elaboró una escala numérica según el número de respuestas que conformaban las categorías en cada nivel de relación, ya sea afectiva, sensora o motora. Las designaciones fueron Eficiente, Muy Bueno, Bueno, Regular y Deficiente; ésta última para indicar que no se observó la característica evaluada.

De esta forma para el área afectiva y motora con un total de diecisiete elementos, al nivel de Eficiente incluyó todas aquéllas respuestas entre diecisiete y dieciseis; Muy Bueno entre quince y doce; Bueno entre once y ocho; Regular entre siete y cinco; y Deficiente entre cuatro a una respuesta.

En cuanto a la relación sensora de la madre, con un total de once elementos se procedió de la siguiente manera: Eficiente cuando se cumplía con un total de once a diez respuestas, Muy Bueno con nueve y ocho, Bueno con siete y

seis, Regular con cinco o cuatro y Deficiente con tres a una respuesta.

Con el recién nacido se manejaron para cada relación un total de diez categorías, y luego se clasificaron de la forma siguiente:

Eficiente para un total de diez o nueve respuestas, Muy Bueno para ocho o siete, Bueno para seis o cinco, Regular para cuatro a tres y Deficiente para dos o una respuesta.

D. Muestreo

El universo de este estudio incluyó a todas las madres primigestas y multíparas que tuvieron niños por parto vaginal y por cesáreas durante el período comprendido del 18 de febrero al 30 de marzo de 1991. Todas estas madres se hospitalizaron en las salas 21 y 22 de la Maternidad María Cantera de Remón, del Hospital Santo Tomás. El total de madres fue de 2,256 y de estas 1,849 correspondían a partos vaginales y 407 a cesáreas. De esta población, se seleccionaron 30 madres de cada grupo lo cual suma 60 madres (3%) con sus recién nacidos.

Se utilizó entonces el denominado "muestreo no probabilístico intencional"¹, que se caracteriza por el

¹. Kerlinger, Fred. Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. (México: Nueva Editorial Interamericana, 1975), p. 92.

empleo de un criterio y de un esfuerzo deliberado para obtener muestras representativas, mediante la inclusión de áreas típicas o grupos supuestamente típicos en la muestra.

Cada parturienta que cumplía con los requisitos y accedía al estudio era incorporada a la muestra.

Para la selección de la muestra se especificaron los siguientes criterios:

En la madre:

- Primigestas y multíparas desde las dos horas post parto hasta setenta horas.
- Parto natural y cesáreas con anestesia raquídea.
- Parto sin complicaciones

En el recién nacido:

- Niño a término con Apgar a los 5 minutos (8 - 10)
- Sin complicaciones
- Indicación médica para estar junto a su madre.

E. Procedimiento:

Para el desarrollo del trabajo de investigación se realizó el siguiente procedimiento:

1. Determinación del problema.

2. Solicitud de permiso para las observaciones a la Dirección Médica de la Maternidad María Cantera de Remón.
3. Revisión de la literatura.
4. Elaboración del diseño.
5. Marco Teórico en base a la bibliografía revisada.
6. Elaboración del instrumento.
7. Validación del instrumento el día 14 de febrero de 1991 y aplicación a la muestra de estudio desde el día 18 de febrero al 30 de marzo de 1991.
8. Se tabulan los datos.
9. Se elaboran cuadros y se analizan.
10. Validación de la hipótesis.
11. Conclusiones.
12. Recomendaciones.
13. Escritura de contenido.
14. Entrega de documento final.

F. Análisis de la Información.

Se trata de un estudio descriptivo comparativo, donde el análisis estadístico se sustenta sobre la teoría de Reva Rubin, en las anotaciones del marco teórico, en el uso de cruce de variables, elaboración de tablas porcentales y en la

aplicación de Chi-cuadrado y de la prueba U de Mann-Whitney para el manejo computacional de los datos.

También se acepta que hay otras variables relevantes, que pueden afectar las "relacionables". Por esta razón, en el análisis estadístico que se detalla se han tenido en cuenta las implicaciones de algunas variables intervinientes, las cuales permiten en cierta forma explicar su contribución a las relaciones que van dirigidas a las hipótesis pertinentes.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Posteriormente a la obtención de los datos procedentes de las observaciones, entrevistas y/o encuestas realizadas a las madres, se procede al análisis y a la interpretación de los mismos, comprobando dichos resultados con el marco bibliográfico.

Hacemos notar que las conclusiones que se presentan en el estudio, son de validéz solamente para la muestra considerada en la investigación y de ninguna manera podrían establecerse generalizaciones; sin embargo, sí se podrían tomar en cuenta los resultados como un aporte para la realización de otros estudios que guarden relación con el tema tratado.

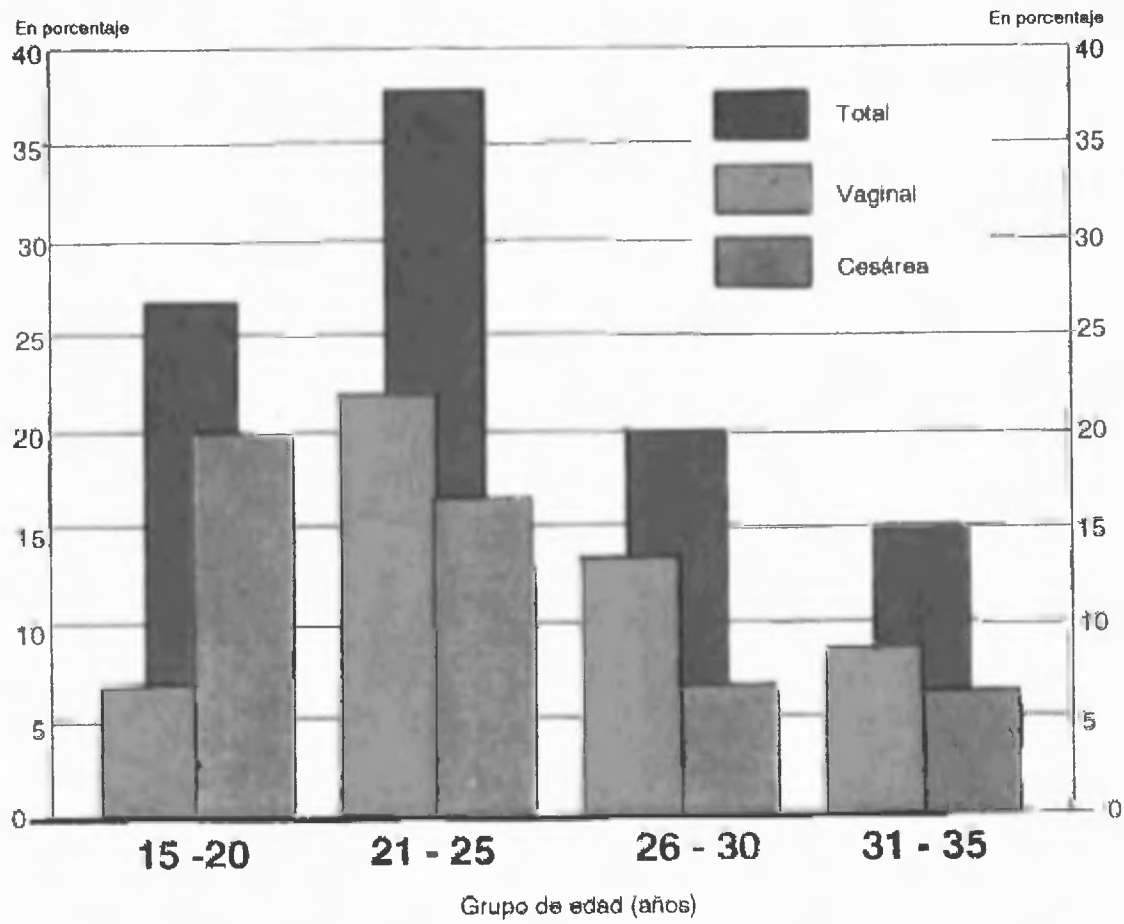
CUADRO No. 1

PARTURIENTAS POR TIPO DE PARTO Y GRUPO DE EDAD.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO - MARZO
1991

Grupo de Edad	Tipo de Parto					
	Total		Vaginal		Cesárea	
(Años)	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 20	16	26.7	4	6.7	12	20.0
21 - 25	23	38.2	13	21.6	10	16.6
26 - 30	12	20.0	8	13.3	4	6.7
31 - 35	9	15.1	5	8.4	4	6.7
TOTAL	60	100	30	50.0	30	50.0

GRAFICA No. 1

**PARTURIENTAS POR TIPO DE PARTO Y GRUPO DE EDAD:
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL
SANTO TOMAS, FEBRERO - MARZO DE 1991**



Los datos representan la distribución por edad de las parturientas y por tipo de parto. En el mismo se puede notar que 38.2% de ellas comprenden edades entre 21 a 25 años, de las cuales 21.6% forman parte del grupo con parto vaginal y el 16.6% corresponden a las cesáreas. Además de un 26.7% (18 parturientas) con edades de 15 a 20 años, el 20% fueron partos por cesáreas lo que nos indica que a menor edad de la madre mayor va a ser la incidencia de cesáreas. También se puede notar que a edades más avanzadas hasta llegar a los 35 años, el porcentaje de partos vaginales es mayor.

La edad juega un papel importante para la atención del recién nacido y podemos notar que las madres consideradas adultas pueden adoptar algunos roles con mayor seguridad y menos temor. A la vez, debe considerarse la edad para ayudar a la madre en la relación con su hijo porque, como hemos dicho anteriormente, los resultados de una primera experiencia son importantes en el futuro del niño.

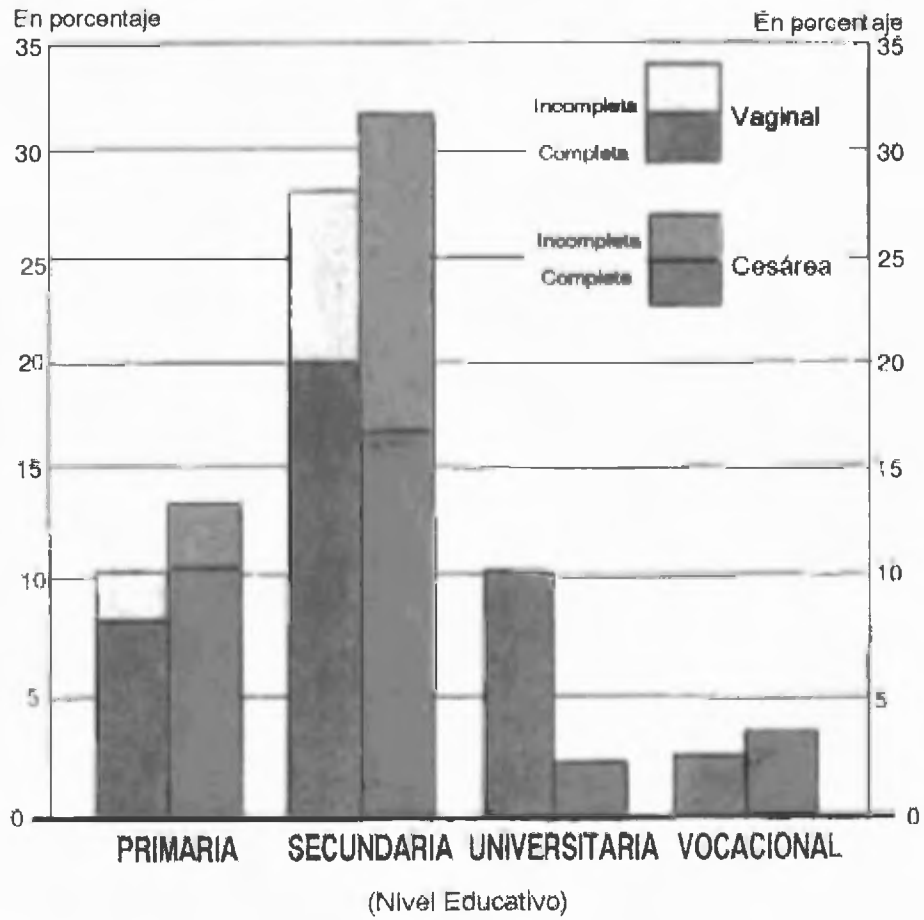
CUADRO No. 2

NIVEL EDUCATIVO DE LAS PARTURIENTAS POR TIPO DE PARTO.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL
 SANTO TOMAS. FEBRERO - MARZO 1991

Nivel Educativo	Tipo de Parto					
	Total		Vaginal		Cesárea	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria Incompleta	3	5.0	1	1.6	2	3.4
Primaria Completa	11	18.4	5	8.4	6	10.0
Secundaria Incompleta	14	23.4	5	8.4	9	15.0
Secundaria Completa	22	36.6	12	20.0	10	16.6
Universitaria	7	11.6	6	10.0	1	1.6
Vocacional	3	5.0	1	1.6	2	3.4
TOTAL	60	100	30	50.0	30	50.0

GRAFICA No. 2

**NIVEL EDUCATIVO DE LAS PARTURIENTAS POR TIPO DE PARTO:
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL
SANTO TOMAS, FEBRERO - MARZO DE 1991**



Podemos señalar que todas las madres del estudio han recibido algún tipo de educación, lo cual se puede notar cuando el 50% de ellas presentan educación entre secundaria completa y universidad. También podemos resaltar que del total de las parturientas, el 20% tienen secundaria completa y a su vez presentaron parto vaginal. Por otro lado, podemos notar que la mayoría de las madres con una educación menor a secundaria (28.4%), correspondían a partos por cesáreas. Esto demuestra el incremento hacia el parto patológico, lo cual no favorece la salud.

Se conoce que a mayor conocimiento intelectual mejor educación en salud y de no existir, repercute en la relación del recién nacido con su madre, en cualquier momento de la vida de ambos.

CUADRO No. 3

ESTADO CIVIL DE LAS PARTURIENTAS POR TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL
SANTO TOMAS. FEBRERO - MARZO 1991

Estado Civil	Tipo de Parto					
	Total		Vaginal		Cesárea	
	No.	%	No.	%	No.	%
Unida	45	75.2	22	36.8	23	38.4
Casada	7	11.6	5	8.3	2	3.3
Soltera	5	8.3	2	3.3	3	5.0
Separada	3	4.9	1	1.6	2	3.3
TOTAL	60	100	30	50.0	30	50.0

Los resultados indican que el 75.2% de las parturientas pertenecen al grupo de madres unidas, estado civil común de nuestra población. En este grupo el 38.4% presentaron parto por cesáreas y 36.8% parto vaginal. El grupo de las madres casadas estuvo representada por el 11.6% siendo el parto vaginal el más frecuente.

El parto patológico se dio más en el estatus no legalizado que pudiera ser causa de otros factores en cada grupo.

Aún cuando teóricamente no se encuentra un nivel de dependencia entre el estado civil y el tipo de parto presentado en las mujeres estudiadas, es importante resaltar que la unión de la pareja que se encontró en el grupo de estudio pudiera ser un factor influyente en la buena relación que establezca la madre con su hijo.

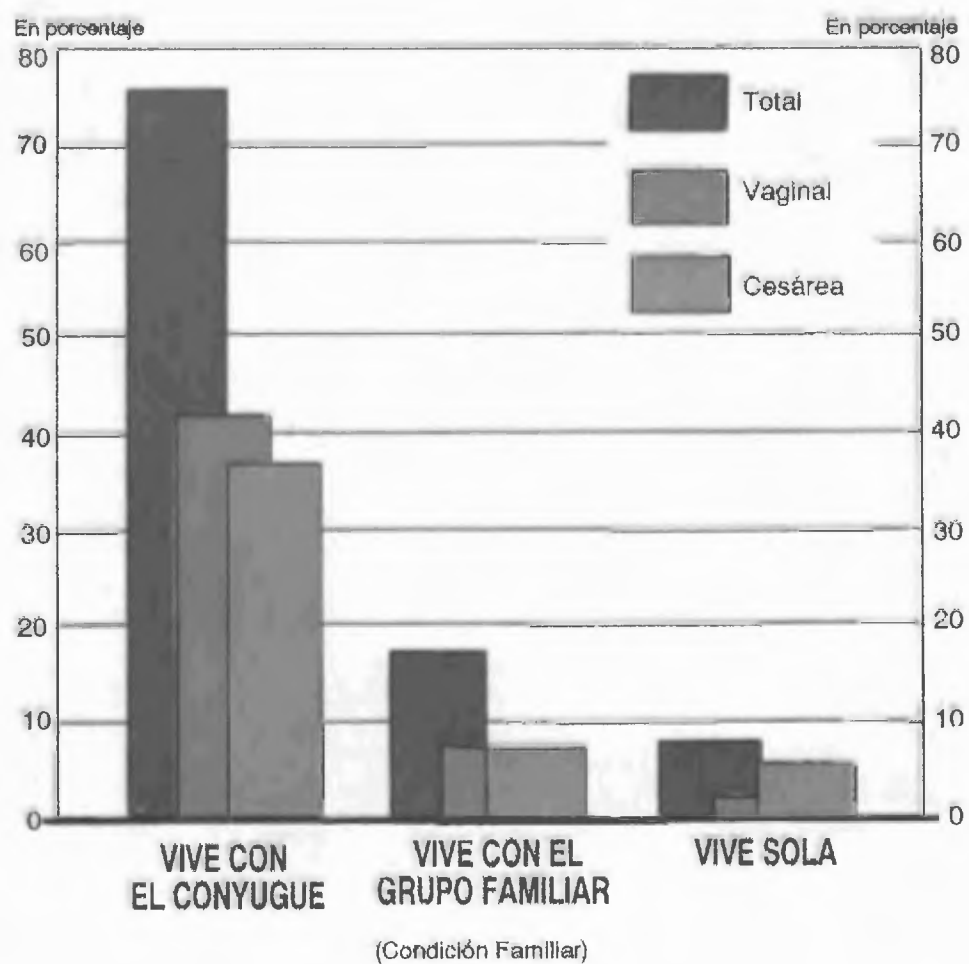
CUADRO No. 4

CONDICION FAMILIAR DE LAS PARTURIENTAS POR TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL
SANTO TOMAS. FEBRERO - MARZO 1991

Condición Familiar	Tipo de Parto					
	Total		Vaginal		Cesárea	
	No.	%	No.	%	No.	%
Vive con el cónyuge	46	76.8	24	40.1	22	36.7
Vive con el grupo familiar	10	16.6	5	8.3	5	8.3
Vive sola	4	6.6	1	1.6	3	5.0
TOTAL	60	100	30	50	30	50

GRAFICA No. 3

**CONDICION FAMILIAR DE LAS PARTURIENTAS
POR TIPO DE PARTO:
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL
SANTO TOMAS, FEBRERO - MARZO DE 1991**



Los datos nos muestran que el 76.8% de las madres del estudio viven con el cónyuge y de ellos 40.1% presentó parto vaginal y el 36.7% parto por cesárea. Podemos resaltar que el porcentaje de estas madres que viven solas es bastante bajo (6.6%) y que el aspecto de la condición de la mujer de estar unida, podría atenuar el grado de inseguridad cuando no existe la unión de pareja. La mujer necesita sentir que su niño será bien recibido por cada miembro de la familia y que el padre de su hijo está satisfecho ya que esto le da soporte y relación de seguridad para asumir las implicaciones de su rol como madre.

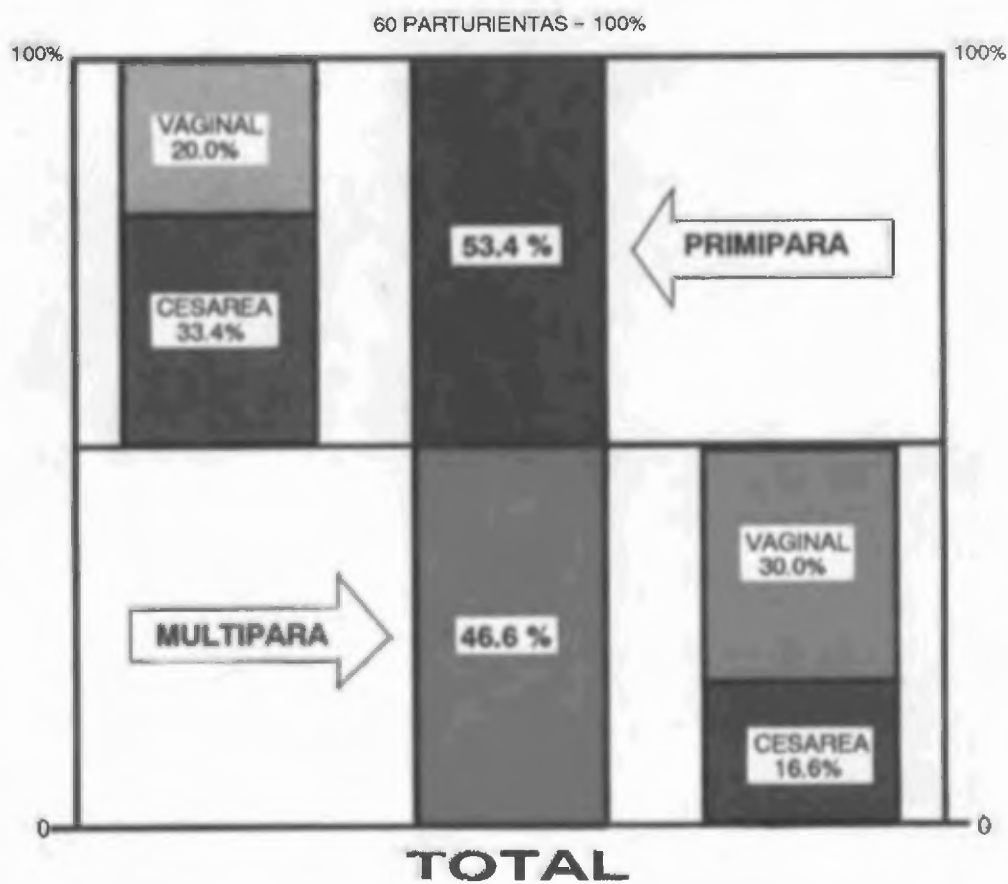
CUADRO No. 5

MADRES SEGUN TIPO DE PARTO Y PARIDAD.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO - MARZO
1991

Paridad	Tipo de Parto					
	Total		Vaginal		Cesárea	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primigesta	32	53.4	12	20.0	20	33.4
Múltipara	28	46.6	18	30.0	10	16.6
TOTAL	60	100	30	50.0	30	50.0

GRAFICA No. 4

**MADRES SEGUN TIPO DE PARTO Y PARIDAD :
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL
SANTO TOMAS, FEBRERO - MARZO DE 1991**



Se puede destacar que del total de las parturientas el 53.4% eran primíparas de las cuales el 33.4% presentaron partos por cesáreas. El 30% de las madres pertenecen al grupo de parto vaginal y a la vez son multíparas o sea mujeres que acudieron por más de una ocasión y con experiencia, lo cual marca la diferencia en el comportamiento de algunas conductas de las madres y sus hijos, donde la multípara reconoce más rápidamente los movimientos fetales, y la lleva a un conjunto de actitudes y comportamientos que caracterizan el embarazo y el parto.

En base a la teoría podemos indicar que la madre principiante tiende a hacer contacto con su hijo en una forma no bien coordinada con su cuerpo en comparación a la madre madura, la cual es más hábil y el manejo tiende a ser a manera de arropar al pequeño.

CUADRO No. 6

PLANIFICACION DEL EMBARAZO SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO - MARZO
1991

Planificación del Embarazo	Tipo de Parto					
	Total		Vaginal		Cesárea	
	No.	%	No.	%	No.	%
Planificado	33	55.0	16	26.7	17	28.3
No Planificado	27	45.0	14	23.3	13	21.7
TOTAL	60	100	30	50.0	30	50.0

En el cuadro se muestra el comportamiento de la planificación del embarazo con respecto al tipo de parto y podemos decir que no existe relación alguna en estas variables, ya que el efecto es similar si el embarazo fue o no planificado.

Según Rubin, se destaca que existen otras expectativas más importantes para la madre, que le restan atención al niño. Este sentimiento puede preservarse o posponerse, lo cual podría afectar la relación madre - hijo.

En la gráfica observamos el comportamiento de las madres en el área afectiva en la primera observación con respuestas Eficientes, Muy Buenos, Buenos que ocurren entre las madres que no han planificado su embarazo. Se dan resultados Deficientes en los dos grupos de madres, pero el mayor porcentaje se encuentra entre los embarazos planificados, (39.8%) y corresponden a partos vaginales.

Los resultados de la actitud pasiva de la madre que planifica, podrían estar condicionados a la preparación previa desarrollada durante la gestación, por lo cual no se reflejan otras respuestas, al nacimiento.

CUADRO No. 7

HOGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PARTURIENTAS POR TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL SANTO
TOMAS. FEBRERO - MARZO 1991

Hogar de Procedencia	Tipo de Parto					
	Total		Vaginal		Cesárea	
	No.	%	No.	%	No.	%
Completo	57	95.1	29	48.4	28	46.7
Incompleto	3	4.9	1	1.6	2	3.3
TOTAL	60	100	30	50.0	30	50.0

El cuadro No. 7 nos indica que el 95.1% de las parturientas provienen de familias completas que están constituidas por padre y madre y que sólo el 4.9% de ellas provienen de familias incompletas. También podemos notar que no existe ninguna relación con respecto a la procedencia de la madre y el tipo de parto realizado, ya que el comportamiento fue similar en ambos grupos, pero es significativo que las experiencias previas en la madre pueden influir favorable o desfavorablemente en el cuidado de sus hijos.

CUADRO No. 8

SEXO DE LOS RECIEN NACIDOS POR TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO - MARZO
1991

Sexo	Tipo de Parto					
	Total		Vaginal		Cesárea	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	27	45.0	16	26.6	11	18.4
Femenino	33	55.0	14	23.4	19	31.6
TOTAL	60	100	30	50.0	30	50.0

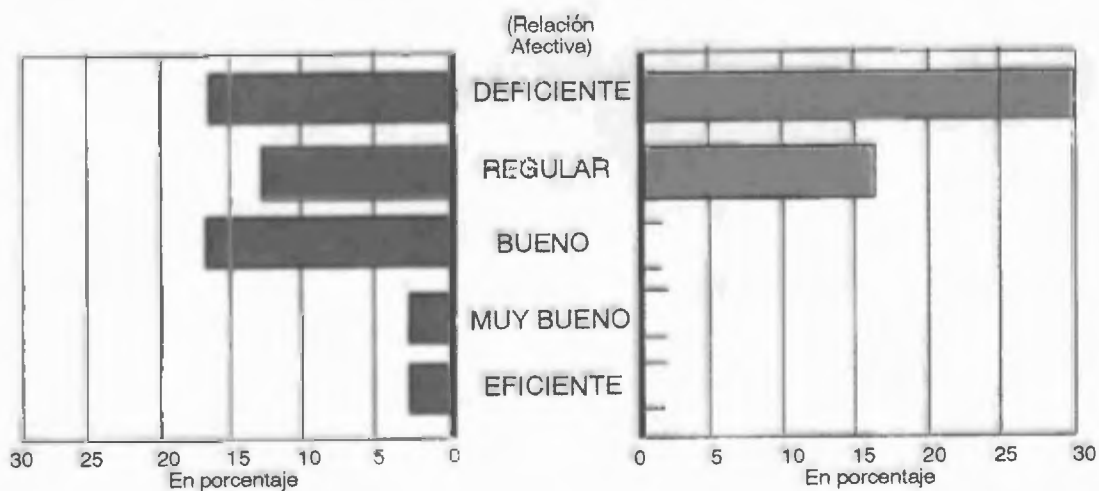
En este cuadro se puede notar que el mayor porcentaje de los recién nacidos fueron del sexo femenino en un 55% y de estos el 31.6% corresponden a partos por cesárea; mientras que el 26.6% de los productos son masculinos y de parto vaginal. Es conocido que la identificación del sexo guarda expectativas que sólo se resuelven con el nacimiento y el manejo de la madre parece ser diferente sobre la base del sexo del recién nacido.

Es así que Rubin señala que la búsqueda de información acerca del sexo del futuro bebé, toma tiempo y nunca termina hasta darse el parto; mientras tanto la madre juega con signos y síntomas según costumbres y creencias buscando una respuesta. También se menciona que para cualquier mujer, siempre es importante tener alguna idea sobre el sexo que tendrá su hijo para poder esperar, aceptar y establecer una creciente y progresiva interrelación con él.

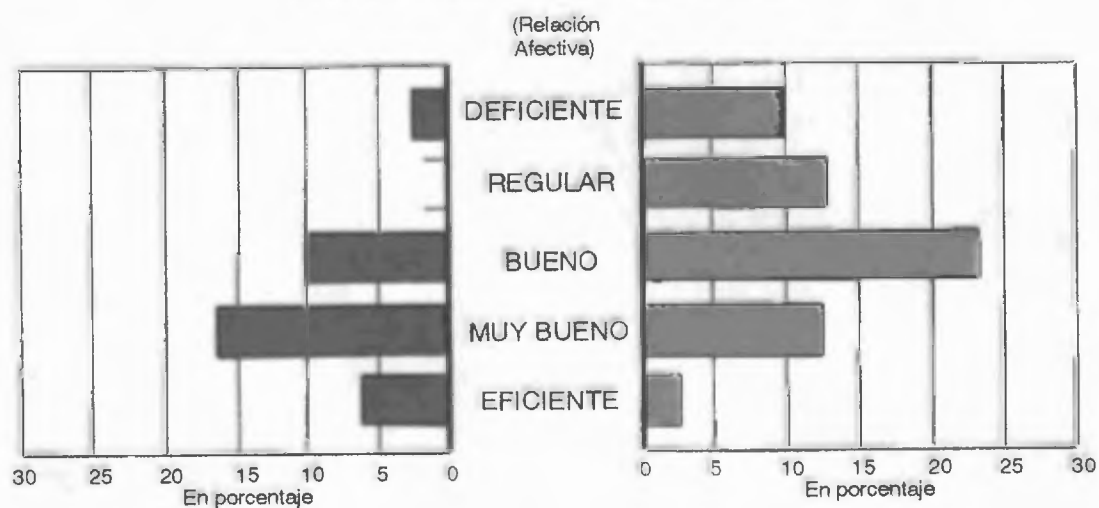
GRAFICA No. 6

**MADRES EN EL PRIMER NIVEL DE RELACION AFECTIVA
POR TIPO DE PARTO Y SEXO DEL RECIEN NACIDO:
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL
SANTO TOMAS: FEBRERO - MARZO 1991**

PARTO VAGINAL



PARTO CESAREA



MASCULINO

FEMENINO

En la gráfica está representado el comportamiento de las madres con los recién nacidos según el sexo en relación al área afectiva. Se observan resultados Eficientes y Muy Buenos con los recién nacidos de ambos sexos en el grupo de madres con parto por cesáreas, condición que no se presenta entre los partos vaginales donde la tendencia es hacia lo Regular y Deficiente.

En el grupo de madres de parto vaginal, la relación afectiva con los recién nacidos del sexo femenino resultó ser más deficiente (30%). Comparativamente, los recién nacidos femeninos por cesáreas, se relacionaron afectivamente mejor con sus madres.

Recuérdese que hemos resaltado que el mayor número de primíparas corresponden a los partos por cesáreas donde se presume que la aceptación del sexo puede darse en forma más rápida a diferencia de la multípara que llega con otras expectativas.

Al respecto, la teoría describe que aunque no se ha probado, los recién nacidos del sexo masculino son menos manipulados por su madres; pero en este estudio al interrogar a las madres sobre el sexo de sus hijos expresaron estar satisfechas cuando estos fueron masculinos.

CUADRO No. 9

COMPORTAMIENTO DE LAS MADRES CON EL NIÑO POR EL NIVEL DE RELACION AFECTIVA, SEGUN TIPO DE PARTO Y HORA DE EVALUACION.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de parto y horas de Evaluación	Nivel de Relación Afectiva									
	Eficiente		Muy Buena		Buena		Regular		Deficiente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Vaginal										
2 horas	-	-	2	6.7	3	10.0	2	6.7	23	76.6
12 horas	-	-	-	-	3	10.0	1	3.3	26	86.7
24 horas	-	-	-	-	6	20.0	3	10.0	21	70.0
Cesárea										
12 horas	2	6.7	3	10.0	1	3.3	1	3.3	23	76.6
24 horas	-	-	-	-	2	6.7	7	23.3	21	70.0
70 horas	-	-	-	-	2	6.7	4	13.3	24	

El Cuadro No. 9 muestra los niveles de evaluación, de la relación afectiva de la madre con su hijo, durante su permanencia en sala.

No se observa un aumento de las conductas afectivas a medida que transcurren las horas en ninguno de los dos tipos de parto. Sin embargo en el grupo de madres con cesáreas se dan respuestas Eficientes y Muy Buenas en la primera observación y en vez de disminuir el Deficiente se aumentó.

En las madres con parto vaginal, a pesar de no tener un factor patológico aparente que pudiera interferir, no hubo resultados Eficientes y se mantuvo un alto porcentaje de Deficientes.

La relación Afectiva de la madre puede estar influenciada por múltiples factores como son su propio estado afectivo, cambios hormonales, presencia de extraños, componentes psicológicos, socio económicos y paridad entre muchos otros.

CUADRO No. 10

COMPORTAMIENTO DE LAS MADRES CON EL NIÑO POR NIVEL DE RELACION
 SENSORA, SEGUN TIPO DE PARTO Y HORA DE EVALUACION.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON.
 HOSPITAL SANTO TOMAS.
 FEBRERO A MARZO
 1991

Tipo de parto y horas de Evaluación	Nivel de Relación Sensora									
	Eficiente		Muy Buena		Buena		Regular		Deficiente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Vaginal										
2 horas	-	-	3	10.0	6	20.0	10	33.3	11	36.7
12 horas	-	-	1	3.3	1	3.3	8	26.7	20	66.7
24 horas	-	-	-	-	1	3.3	19	63.3	10	33.3
Cesárea										
12 horas	1	3.3	2	6.7	9	30.0	11	36.7	7	23.3
24 horas	1	3.3	1	3.3	4	13.3	4	13.3	20	66.7
70 horas	-	-	1	3.3	2	6.7	14	46.7	13	43.3

En este cuadro se presenta el nivel de relación sensora de las madres con respecto al tipo de parto horas después del mismo.

El 30% de las madres con parto vaginal presentaron una relación entre Muy Buena y Buena a las 2 horas de observación y a medida que pasaban las horas la relación varió, incrementándose a las 12 horas a Deficiente y a las 24 horas a Regular.

Entre las cesáreas se presentaron conductas Eficientes, Muy Buena y Buenas en las primeras horas, pero luego se incrementó la relación Deficiente a las 24 horas en un 66.7%.

Los resultados nos indican que el tipo de parto no influye en el nivel de la relación sensora, pero si pareciera que esta muy relacionado con el tiempo de contacto con el niño y es en el grupo de las madres con parto por cesárea donde se pudo observar el cumplimiento de la teoría de Rubin con respecto al toque que va desde el uso de la yema de los dedos hasta lograr el abrazo del recién nacido.

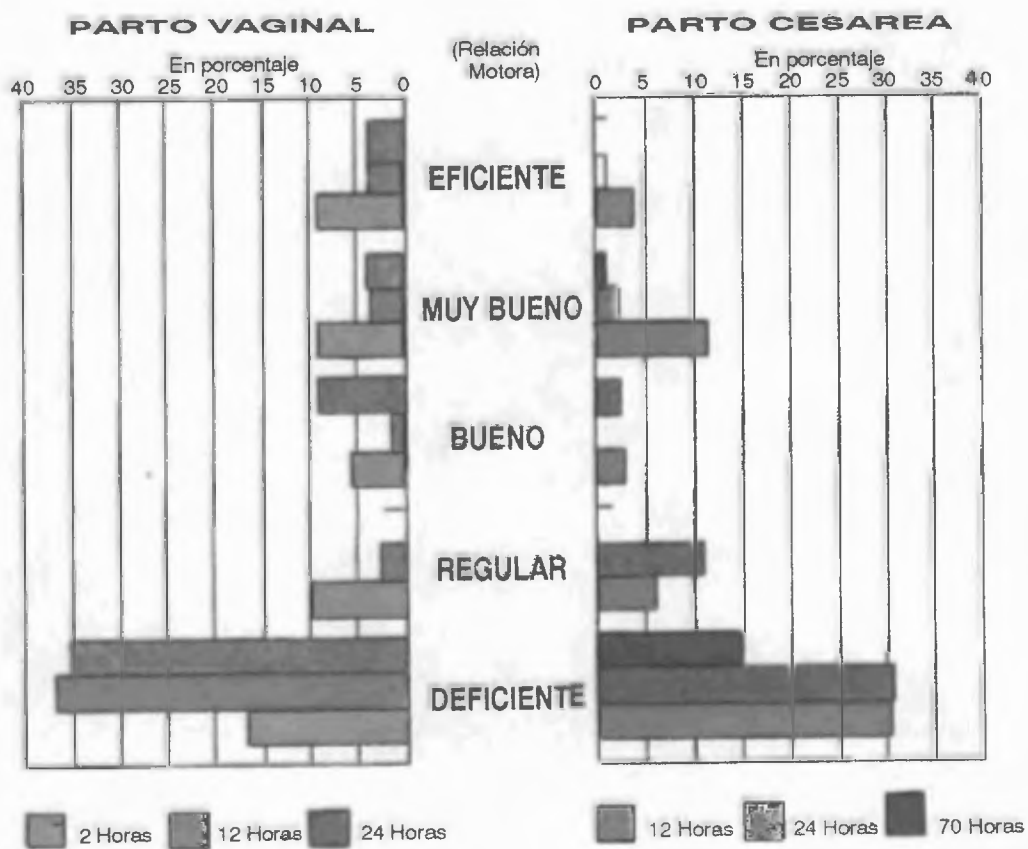
CUADRO No. 11

COMPORTAMIENTO DE LAS MADRES CON EL NIÑO POR EL NIVEL DE RELACION
MOTORA, SEGUN TIPO DE PARTO Y HORA DE EVALUACION.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991.

Tipo de parto y horas de Evaluación	Nivel de Relación Motora									
	Eficiente		Muy Buena		Buena		Regular		Deficiente	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Vaginal										
2 horas	5	16.7	5	16.7	4	13.3	6	20.0	10	33.3
12 horas	2	6.7	2	6.7	1	3.3	2	6.7	23	76.6
24 horas	2	6.7	2	6.7	5	16.7	-	-	21	70.0
Cesárea										
12 horas	2	6.7	3	10.0	2	6.7	4	13.3	19	63.3
24 horas	1	3.3	2	6.7	-	-	8	26.7	19	63.3
70 horas	-	-	1	3.3	2	6.7	-	-	27	90.0

GRAFICA No. 7

**MADRES POR TIPO DE PARTO Y NIVEL DE RELACION MOTORA,
POR HORA DE EVALUACION:
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL
SANTO TOMAS, FEBRERO - MARZO 1991**



En el Cuadro No. 11 podemos observar que las relaciones motoras en la madre de parto vaginal en las primeras dos horas se encuentra en Eficiente, Muy Buena, Buena y Regular representando 66.7% y la que más sobresale es la conducta Deficiente con el 33%. También se puede decir que la relación motora se hace menos representativa en los niveles Eficientes y Muy Bueno a medida que las horas avanzan y se incrementan la relación hacia Deficiente quedando a las veinticuatro horas con un 70%.

En la madre de cesárea la relación motora a las doce horas se presenta Eficiente, Muy Buena y Buena con un 39.7% y la relación Deficiente representa el 60.3%. También se observa que al transcurrir las horas, la relación motora de la madre con su hijo disminuye en los niveles Eficiente y Muy Bueno incrementándose a Deficiente y que a las setenta horas se mantiene en 90%.

Podemos decir que en las madres de parto vaginal y de parto por cesárea, pareciera no haber diferencias en la relación motora, y que a pesar de que las madres de parto vaginal presentan mejor relación motora en las primeras dos horas; al transcurrir las horas se comportan igual que las madres de parto por cesáreas.

En la gráfica se observa en forma más detallada que en la segunda evaluación (12 y 24 horas), el nivel de Deficiente

aumenta y la Eficiencia en las madres de parto vaginal se mantiene en las dos primeras horas corroborando los datos del cuadro.

Para probar nuestras hipótesis de estudio elaboramos algunos cuadros que nos muestran el tipo de parto y la hora de evaluación para cada una de las conductas evaluadas y verificar si es que existe alguna diferencia entre estas dos variables. Aplicamos la prueba Chi cuadrado a un nivel de significación de 0.05.

CUADRO No. 12

COMPORTAMIENTO DE LA MADRE POR NIVEL DE RELACION AFECTIVA
EN LA PRIMERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Afectiva											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
2 Horas	30	50	-	-	2	3.3	3	5.1	2	3.3	23	38.3
Cesárea												
12 Horas	30	50	2	3.3	3	5.0	1	1.7	1	1.7	23	38.3
Total	60	100	2	3.3	5	8.3	4	6.8	3	5.0	46	76.6

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION AFECTIVA EN LA PRIMERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON.
HOSPITAL SANTO TOMAS
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Afectiva				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal					
2 Horas	1	2.5	2	1.5	23
Cesárea					
12 Horas	1	2.5	2	1.5	23

Calculada
 $\chi^2_c = 3.54$

Tabulada
 $\chi^2_{4,0.05} = 9.48$

CUADRO No. 13

COMPORTAMIENTO DE LA MADRE POR NIVEL DE RELACION AFECTIVA EN
LA SEGUNDA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON.
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Afectiva											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
12 Horas	30	50	-	-	-	-	3	5.0	1	1.7	26	43.3
Cesárea												
24 Horas	30	50	-	-	-	-	2	3.4	7	11.6	21	35.0
Total	60	100	-	-	-	-	5	8.4	8	13.3	47	78.3

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION
AFECTIVA EN LA SEGUNDA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Afectiva				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal 12 Horas	-	-	2.5	4	23.5
Cesárea 24 Horas	-	-	2.5	4	23.5

Calculada

$$\chi^2_c = 5.2$$

Tabulada

$$\chi^2_{4,0.05} = 9.48$$

CUADRO No. 14

COMPORTAMIENTO DE LA MADRE POR NIVEL DE RELACION AFECTIVA EN
LA TERCERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Afectiva											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
24 Horas	30	50	-	-	-	-	6	10.0	3	5.0	21	35.0
Cesárea												
70 Horas	30	50	-	-	-	-	2	3.3	4	6.7	24	40.0
Total	60	100	-	-	-	-	8	13.3	7	11.7	45	75.0

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION
AFECTIVA EN LA TERCERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON.
HOSPITAL SANTO TOMAS
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Afectiva				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal 24 Horas	-	-	4	3.5	22.5
Cesárea 70 Horas	-	-	4	3.5	22.5

Calculada

$$X^2_c = 2.34$$

Tabulada

$$X^2_{4,0.05} = 9.48$$

Los resultados de la relación afectiva y el tipo de parto en la primera evaluación indican que no existe diferencia en ambos grupos, ya que se obtuvo un valor de chi cuadrado calculada igual a 3.54, frente a un valor de chi cuadrado tabulada igual a 9.48. No hay evidencia por tanto para rechazar la hipótesis nula.

En relación a la segunda evaluación (12 horas vaginal y 24 horas cesáreas), se presenta el mismo comportamiento al nivel anterior, en la cual no se encuentran diferencias en cuanto a la relación afectiva de la madre con su hijo, ya que se obtuvo una chi cuadrado calculada igual a 5.2, la cual es menor que la chi cuadrado tabulada, por lo cual aceptamos la hipótesis nula.

El mismo comportamiento se repite para la tercera evaluación, lo que nos indica que no existe un efecto significativo en la relación afectiva de la madre con su niño y el tipo de parto realizado, aceptándose por igual la hipótesis nula (Ver cuadros 12, 13, 14).

CUADRO No. 15

COMPORTAMIENTO DE LA MADRE POR NIVEL DE RELACION SENSORA EN LA PRIMERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Sensora											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
2 Horas	30	50	-	-	1	1.6	1	1.6	8	13.4	20	33.4
Cesárea												
12 Horas	30	50	1	1.6	2	3.3	9	15.0	11	18.4	7	11.7
Total	60	100	1	1.6	3	4.9	10	16.6	19	31.8	27	45.1

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION SENSORA EN LA PRIMERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Sensora				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal 2 Horas	0.5	1.5	5	9.5	13.5
Cesárea 12 oras	0.5	1.5	5	9.5	13.5

Calculada
 $X^2_c = 13.94$

Tabulada
 $X^2_{4,0.05} = 9.48$

CUADRO No. 16

COMPORTAMIENTO DE LA MADRE POR NIVEL DE RELACION SENSORA EN
LA SEGUNDA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON.
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Sensora											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
12 Horas	30	50	-	-	1	1.6	1	1.6	8	13.4	20	33.4
Cesárea												
24 Horas	30	50	1	1.6	1	1.6	4	6.7	4	6.7	20	33.4
Total	60	100	1	1.6	2	3.2	5	8.3	12	20.1	40	66.8

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION
SENSORA EN LA SEGUNDA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Sensora				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal					
12 Horas	0.5	1	2.5	6	20
Cesárea					
24 Horas	0.5	1	2.5	6	20

Calculada

$$\chi^2_c = 3.5$$

Tabulada

$$\chi^2_{4,0.05} = 9.48$$

CUADRO No. 17

COMPORTAMIENTO DE LA MADRE POR NIVEL DE RELACION SENSORA EN LA TERCERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Sensora											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
24 Horas	30	50	-	-	-	-	1	1.6	19	31.7	10	16.7
Cesárea												
70 Horas	30	50	-	-	1	1.6	2	3.3	14	23.4	13	21.7
Total	60	100	-	-	1	1.6	3	4.9	33	55.1	23	38.4

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION SENSORA EN LA TERCERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Sensora				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal 24 Horas	-	0.5	1.5	16.5	11.5
Cesárea 70 Horas	-	0.5	1.5	16.5	11.5

Calculada

$$X^2_c = 1.96$$

Tabulada

$$X^2_{4,0.05} = 9.48$$

Para medir el efecto de la relación sensora de la madre con respecto al niño y el tipo de parto, se realizó la prueba chi cuadrado de la cual se obtuvo los siguientes resultados.

Para el primer nivel de evaluación (Cuadro No. 15), se encontró que si existen diferencias en la relación sensora de la madre y el tipo de parto, ya que se obtuvo un valor de chi cuadrado calculada igual al 13.94, frente a un valor tabular ($X^2_{4,0.05}$) igual a 9.48 rechazándose H_0 .

Las diferencias se establecen por el hecho de que se registraron un mayor número de relaciones sensoras entre madre - hijo en las mujeres de parto por cesáreas.

En el segundo nivel de evaluación (Cuadro No. 16), se encontró al no rechazar H_0 , que no existen diferencias en la comparación de estas dos variables y se observó que según el tipo de parto, no se nota una mejor atención sensora por parte de la madre en ambos grupos.

En el tercer nivel de evaluación se muestra el mismo comportamiento que en el segundo nivel evaluado. Es decir, no hay diferencias en la relación sensora, según tipo de parto después de transcurridas más de 24 horas lo que nos lleva a aceptar la hipótesis nula.

CUADRO No. 18

COMPORTAMIENTO DE LA MADRE POR NIVEL DE RELACION MOTORA EN
LA PRIMERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
2 Horas	30	50	5	8.4	5	8.4	4	6.6	6	10.0	10	16.6
Cesárea												
12 Horas	30	50	2	3.3	3	5.0	2	3.3	4	6.6	19	31.8
Total	60	100	7	11.7	8	13.4	6	9.9	10	16.6	29	48.4

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION
MOTORA EN LA PRIMERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal 2 Horas	3.5	4	3	5	14.5
Cesárea 12 Horas	3.5	4	3	5	14.5

Calculada

$$X^2_c = 5.56$$

Tabulada

$$X^2_{4,0.05} = 9.48$$

CUADRO No. 19

COMPORTAMIENTO DE LA MADRE POR NIVEL DE RELACION MOTORA EN LA SEGUNDA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
12 Horas	30	50	2	3.3	2	3.3	1	1.6	2	3.3	23	38.5
Cesárea												
24 Horas	30	50	1	1.6	2	3.3	-	-	8	13.4	19	31.7
Total	60	100	3	4.9	4	6.6	1	1.6	10	16.7	42	70.2

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION MOTORA EN LA SEGUNDA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal 12 Horas	1.5	2	0.5	5	21
Cesárea 24 Horas	1.5	2	0.5	5	21

Calculada

$$\chi^2_c = 4.8$$

Tabulada

$$\chi^2_{4,0.05} = 9.48$$

CUADRO No. 20

COMPORTAMIENTO DE LA MADRE POR NIVEL DE RELACION MOTORA EN
LA TERCERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON.
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
24 Horas	30	50	2	3.3	2	3.3	5	8.4	-	-	21	35.0
Cesárea												
70 Horas	30	50	-	-	1	1.6	2	3.3	-	-	27	15.1
Total	60	100	2	3.3	3	4.9	7	11.7	-	-	48	80.1

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION
MOTORA EN LA TERCERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal 24 Horas	1	1.5	3.5	-	24
Cesárea 70 Horas	1	1.5	3.5	-	24

Calculada

$$\chi^2_c = 3.26$$

Tabulada

$$\chi^2_{4,0.05} = 9.48$$

UNIVERSIDAD DE PANAMA

BIBLIOTECA

Con base al análisis estadístico de la chi cuadrado para medir las diferencias de la relación motora y el tipo de parto en la primera evaluación, se encontró que no existen diferencias entre estos dos factores, ya que se obtuvo un valor de chi cuadrado calculada igual a 5.56 con relación a una chi cuadrado tabular igual a 9.48; por tanto no hay evidencia para rechazar H_0 .

En la segunda evaluación el resultado de chi cuadrado calculado es de 4.8 frente a chi cuadrado tabular de 9.48 lo que nos indica que no existe diferencia entre la relación motora presentada por la madre con su hijo y el tipo de parto.

El análisis estadístico para la tercera evaluación, nos muestra que no existe diferencia entre las variables relación motora y el tipo de parto, debido a que la prueba nos presentó un valor de chi cuadrado calculado de 3.26 y un valor tabular de 9.48.

CUADRO No. 21

COMPORTAMIENTO DEL RECIEN NACIDO CON SU MADRE POR NIVEL DE RELACION AFECTIVA, SEGUN TIPO DE PARTO Y HORA DE EVALUACION.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Afectiva									
	Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal										
2 Horas	-	-	1	3.3	5	16.7	7	23.3	17	56.6
12 Horas	-	-	1	3.3	4	13.3	-	-	25	83.3
24 Horas	-	-	2	6.7	5	16.7	3	10.0	20	66.7
Cesárea										
12 Horas	1	3.3	1	3.3	4	13.3	6	20.0	18	60.0
24 Horas	1	3.3	3	10.0	-	-	2	6.7	24	80.0
70 Horas	-	-	2	6.7	3	10.0	3	10.0	22	73.3

El cuadro No. 21 se refiere a la relación afectiva del niño con respecto al tipo de parto presentado por la madre y se puede observar que los niños presentan en la primera evaluación, una relación afectiva Regular de 23.3% y 20% y además una relación Deficiente de 56.6% y 60%. Llama la atención que no hay cambios significativos sin embargo, la relación Deficiente se incrementa en la última evaluación representando para los niños de parto vaginal el 66.7% y 73.3% para los partos por cesáreas.

Durante el amamantamiento se logra una mayor interacción entre la madre y el niño: el recién nacido está alerta, mira y busca la voz de la madre y permanece quieto. Estas condiciones favorecen el registro de las respuestas afectivas en los tres niveles observados.

CUADRO No. 22

COMPORTAMIENTO DEL RECIEN NACIDO CON SU MADRE POR NIVEL DE RELACION MOTORA, SEGUN TIPO DE PARTO Y HORA DE EVALUACION.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora									
	Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal										
2 Horas	-	-	-	-	7	23.3	2	6.7	21	70.0
12 Horas	-	-	-	-	6	20.0	2	6.7	22	73.3
24 Horas	-	-	-	-	8	26.7	2	6.7	20	66.7
Cesárea										
12 Horas	-	-	-	-	7	23.3	7	23.3	16	53.3
24 Horas	-	-	-	-	9	30.0	-	-	21	70.0
70 Horas	-	-	-	-	2	6.7	2	6.7	26	86.7

Podemos observar en este cuadro que la relación motora del recién nacido con su madre es en su mayoría deficiente para ambos tipos de partos. Es observable que en la segunda evaluación se incrementan los resultados a Deficientes, 73.3% en parto vaginal y 70% para parto por cesárea. Sin embargo, en la tercera evaluación, disminuye el 66.7% la relación Deficiente en parto vaginal y se incrementa notablemente a Deficiente con 86.7% en los partos por cesáreas.

Estos resultados nos hacen pensar que no hay relación entre el tipo de parto y el nivel de relación motora del recién nacido con su madre en las tres observaciones.

El recién nacido en las primeras horas duerme por períodos largos de tiempos y permanece despierto para satisfacer su necesidad de alimentación. Sin embargo, es sensible a los estímulos externos y a la voz respondiendo con sobresaltos, movimientos de las extremidades, de los ojos o con llanto respuestas que sirvieron de base al instrumento utilizado en este estudio.

CUADRO No. 23

COMPORTAMIENTO DEL RECIEN NACIDO CON SU MADRE POR NIVEL DE RELACION
 SENSORA, SEGUN TIPO DE PARTO Y HORA DE EVALUACION.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
 HOSPITAL SANTO TOMAS.
 FEBRERO A MARZO
 1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Sensora									
	Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal										
2 Horas	-	-	-	-	8	26.7	4	13.3	18	60.0
12 Horas	1	3.3	-	-	5	16.7	3	10.0	21	70.0
24 Horas	-	-	1	3.3	4	13.3	5	16.7	20	66.7
Cesárea										
12 Horas	-	-	1	3.3	6	20.0	2	6.7	21	70.0
24 Horas	-	-	-	-	4	13.3	3	10.0	23	76.6
70 Horas	-	-	1	3.3	2	6.7	-	-	27	90.0

De igual forma que en las relaciones anteriores (Ver cuadros 21 y 22), se puede notar que la relación sensora del niño registra igual comportamiento para ambos grupos, en donde más del 60% de los niños presentan una relación deficiente la cual se incrementa al transcurrir las horas y se observa más en los niños de parto por cesárea.

El toque que realiza la madre involucra la capacidad de dar y en el estudio se observó la secuencia del mismo indicada en la teoría de Reva Rubin, donde la progenitora utiliza la yema de los dedos, la palma de la mano, una o ambas manos hasta llegar al abrazo. Igualmente las respuestas se dan en base al estado del recién nacido, ya sea que esté despierto o dormido.

Para poder determinar si hay diferencias significativas entre las relaciones afectivas, sensoras y motoras del recién nacido con su madre según el tipo de parto, se aplican a los datos la prueba de chi cuadrado (χ^2) con un nivel de significación de 0.05, lo cual presentamos en los siguientes cuadros.

CUADRO No. 24

COMPORTAMIENTO DEL RECIEN NACIDO POR NIVEL DE RELACION AFECTIVA
EN LA PRIMERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON.
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Afectiva											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
2 Horas	30	50	-	-	1	1.7	5	8.3	7	11.7	17	28.3
Cesárea												
12 Horas	30	50	1	1.7	1	1.7	4	6.6	6	10.0	18	30.0
Total	60	100	1	1.7	2	3.4	9	14.9	13	21.7	35	58.3

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION
AFECTIVA DEL RECIEN NACIDO, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Afectiva				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal 2 Horas	0.5	1	4.5	6.5	17.5
Cesárea 12 Horas	0.5	1	4.5	6.5	17.5

Calculada

$$\chi^2_c = 0.68$$

Tabulada

$$\chi^2_{4,0.05} = 9.48$$

CUADRO No. 25

COMPORTAMIENTO DEL RECIEN NACIDO POR NIVEL DE RELACION SENSORA
 EN LA PRIMERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON.
 HOSPITAL SANTO TOMAS.
 FEBRERO A MARZO
 1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Sensora											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
2 Horas	30	50	-	-	-	-	8	13.3	4	6.7	18	30.0
Cesárea												
12 Horas	30	50	-	-	1	1.7	8	10.0	2	3.3	21	35.0
Total	60	100	-	-	1	1.7	14	23.3	6	10.0	39	65.0

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION
 SENSORA DEL RECIEN NACIDO, SEGUN TIPO DE PARTO.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
 HOSPITAL SANTO TOMAS.
 FEBRERO A MARZO
 1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Sensora				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal 2 Horas	-	0.5	7	3	19.5
Cesárea 12 Horas	-	0.5	7	3	19.5

Calculada

$$\chi^2_c = 1.66$$

Tabulada

$$\chi^2_{4,0.05} = 9.48$$

CUADRO No. 26

COMPORTAMIENTO DEL RECIEN NACIDO POR NIVEL DE RELACION MOTORA EN LA PRIMERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
2 Horas	30	50	-	-	-	-	7	11.7	2	3.3	21	35.0
Cesárea												
12 Horas	30	50	-	-	-	-	7	11.7	7	11.7	16	26.6
Total	60	100	-	-	-	-	14	23.4	9	15.0	39	61.6

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION MOTORA DEL RECIEN NACIDO, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora				
	Eficiente	Muy Buena	Buena	Regular	Deficiente
Vaginal 2 Horas	-	-	7	4.5	19.5
Cesárea 12 Horas	-	-	7	4.5	19.5

Calculada

$$\chi^2_c = 3.49$$

Tabulada

$$\chi^2_{4,0.05} = 9.48$$

Todos los resultados de la chi cuadrado calculada fueron menor que la chi cuadrado tabulada, por lo tanto no se presenta evidencia de que exista diferencia en las relaciones afectivas, sensoras y motoras entre el recién nacido de parto vaginal y de cesárea con sus madres aceptándose así la hipótesis nula, donde se dice que no hay diferencias; tal como se ha presentado después del análisis estadístico. (Ver Cuadros No. 24, 25 y 26).

Es importante señalar que muchas de las relaciones no se observaron por encontrarse el recién nacido en estado de sueño.

Como se trata de una muestra de 60 madres, decidimos aplicar además la prueba U de Mann-Whitney, utilizando una aproximación de una distribución normal para la comparación de los dos grupos de estudio y su relación con diferentes factores tales como el nivel educativo, la edad y el estado civil y así comprobar en forma científica si hay o no diferencias importantes.

Para el análisis se consideraron cuatro niveles: Muy Bueno, Bueno, Regular y Deficiente. En el Anexo No. 4 se pueden observar otros detalles que se incluyen en la prueba y la Tabla correspondiente que nos da los valores de Z para aceptar o no la hipótesis.

CUADRO No. 27

NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES POR RELACION AFECTIVA, SEGUN TIPO DE PARTO.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL SANTO TOMAS.
 FEBRERO A MARZO 1991

Nivel Educativo	Relación Afectiva y Tipo de Parto								
	Total	Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
		Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea
Primaria Incompleta	3			1	1		1		
Primaria Completa	11	3		2	4		2		
Secundaria Incompleta	13			3	5	2	3		
Secundaria Completa	23	4		7	7	3	2		
Universidad	7	5		1	1				
Vocacional	3			1	1		1		
Totales	60	12		15	19	5	9		

$$U_1 = N_1 N_2 + \frac{N_1(N_1+1)}{2} - R_1$$

$$U_1 = (30)(30) + \frac{(30)(30+1)}{2} - 134.5$$

$$U_1 = 900 + 465 - 134.5$$

$$U_1 = 1230.5$$

$$Z = \frac{U_1 - \bar{X}}{\sigma}$$

$$Z = \frac{1230.5 - 450}{67.64}$$

$$Z = \frac{780.5}{67.64}$$

$$Z = 11.53$$

$$U_2 = N_1 N_2 + \frac{N_1(N_2+1)}{2} - R_2$$

$$U_2 = (30)(30) + \frac{(30)(30+1)}{2} - 118.5$$

$$U_2 = 900 + 465 - 118.5$$

$$U_2 = 1246.5$$

$$Z = \frac{U_2 - \bar{X}}{\sigma}$$

$$Z = \frac{1246.5 - 450}{67.64}$$

$$Z = \frac{796.5}{67.64}$$

$$Z = 11.77$$

Observamos que las respuestas Muy Bueno se presentan sólo en el grupo de madres de parto vaginal las cuales han completado secundaria completa y universidad. Llama la atención que no aparecen diferencias al establecerse este tipo de relación entre las tres variables lo cual puede ser indicativo a que todas las madres del estudio han recibido algún tipo de educación aunque se demostró (Cuadro No. 2), que las madres de parto por cesárea, tenían educación menor a secundaria en un 28.4%.

Como al valor teórico de Z sólo se le puede asignar un valor máximo de 4, vemos pues que el Z calculado, en el nivel educativo de la madre por relación afectiva, es de 11.53. Por lo tanto la probabilidad de que H_0 sea cierta es bastante baja. Rechazamos la hipótesis nula, con un nivel de significación de 0.05 y concluimos que si existe diferencia entre el nivel educativo de la madre, el área afectiva y el tipo de parto.

Para las conductas sensoras y motoras aplicamos la misma prueba con resultados similares de allí que rechazamos igualmente H_0 .

CUADRO No. 28

EDAD DE LAS MADRES POR RELACION SENSORA, SEGUN TIPO DE PARTO.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL SANTO TOMAS.
 FEBRERO A MARZO 1991

Edad	Relación Sensora y Tipo de Parto								
	Total	Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
		Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea
15 - 20	16			4	2		5		5
21 - 25	23	1		8	6	3	3	1	1
26 - 30	12			1		4	3	3	1
31 - 35	9			3	1	2	3		
Totales	60	1		16	9	9	14	4	7

$$U_1 = N_1 N_2 + \frac{N_1(N_1+1)}{2} - R_1$$

$$U_1 = (30)(30) + \frac{(30)(30+1)}{2} - 103.5$$

$$U_1 = 900 + 465 - 103.5$$

$$U_1 = 1261.5$$

$$Z = \frac{U_1 - \bar{X}}{0}$$

$$Z = \frac{1261.5 - 450}{67.64}$$

$$Z = \frac{811.5}{67.64}$$

$$Z = 11.99$$

$$U_2 = N_1 N_2 + \frac{N_2(N_2+1)}{2} - R_2$$

$$U_2 = (30)(30) + \frac{(30)(30+1)}{2} - 106.5$$

$$U_2 = 900 + 465 - 106.5$$

$$U_2 = 1258.5$$

$$Z = \frac{U_2 - \bar{X}}{0}$$

$$Z = \frac{1258.5 - 450}{67.64}$$

$$Z = \frac{808.5}{67.64}$$

$$Z = 11.95$$

Los resultados del Cuadro No. 28 indican la edad de la madre por relación sensora según el tipo de parto y se observa que existe mejor relación sensora en el grupo de madres de parto vaginal con edades entre 21 y 25 años. El nivel de Deficiente es mayor entre las madres de parto por cesárea con edades de 15 a 20 años representando a la mujer joven con poca o ninguna experiencia.

Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney, se obtienen resultados de Z de 11.99, lo que indica según la tabla rechazar H_0 , para decidir que existe diferencia en las relaciones afectivas, sensoras y motoras, entre la edad de la madre de parto vaginal y las madres de parto por cesáreas con sus recién nacidos.

CUADRO No. 29

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES POR RELACION MOTORA, SEGUN TIPO DE PARTO.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL SANTO TOMAS.
 FEBRERO A MARZO 1991

Estado Civil	Relación Motora y Tipo de Parto								
	Total	Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
		Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Vaginal	Cesárea
Unida	45	5		12	13	4	7	1	3
Casada	7			5			2		
Soltera	5	1					2	1	1
Separada	3			1	2				
Totales	60	6		18	15	4	11	2	4

$$U_1 = N_1 N_2 + \frac{N_1(N_1+1)}{2} - R_1$$

$$U_1 = (30)(30) + \frac{(30)(30+1)}{2} - 59$$

$$U_1 = 900 + 465 - 59$$

$$U_1 = 1306$$

$$Z = \frac{U_1 - \bar{X}}{\sigma}$$

$$Z = \frac{1306 - 450}{67.64}$$

$$Z = \frac{856}{67.64}$$

$$Z = 12.65$$

$$U_2 = N_1 N_2 + \frac{N_2(N_2+1)}{2} - R_2$$

$$U_2 = (30)(30) + \frac{(30)(30+1)}{2} - 61$$

$$U_2 = 900 + 465 - 61$$

$$U_2 = 1304$$

$$Z = \frac{U_2 - \bar{X}}{\sigma}$$

$$Z = \frac{1304 - 450}{67.64}$$

$$Z = \frac{854}{67.64}$$

$$Z = 12.62$$

El Cuadro No. 29 nos presenta las variables estado civil, relación motora y tipos de partos.

Los resultados Muy Buenos sólo se dan en el grupo de madres con parto vaginal en total de 6 y Bueno en 18 madres. Para el grupo de madres de parto por cesárea rigen mas los niveles Regular (11 madres) y Deficiente (4 madres) donde hay mas madres solteras y separadas.

En general el grupo de madres unidas constituyen el mayor número (45 madres) y aquí se presentaron respuestas satisfactorias en los dos grupos, lo que representa la aceptación y el apoyo familiar y por ende se facilita la relación con el niño.

Al aplicar la prueba U de Mann-Whitney, el resultado de Z calculada se mantienen en 12.65. Este valor nos lleva a rechazar H_0 y concluimos que: existe diferencias entre el estado civil, las conductas observadas y el tipo de parto.

CONCLUSIONES

Después de los análisis y resultados obtenidos presentamos las siguientes conclusiones:

1. La relación madre - hijo es íntima y personal, pero existen otras variables tales como el ambiente físico, el estado general, la presencia de extraños y otras, que pueden inhibir a la madre de una u otra forma e impedir que se manifiesten espontáneamente algunas conductas.

2. El mayor número de partos vaginales se presentó en mujeres entre 21 y 25 años y las cesáreas en el grupo de 15 a 20 años de edad.

3. El 53.4 por ciento de las madres del estudio eran primigestas y de este grupo, el 33.4 por ciento resultaron ser partos por cesáreas.

4. La edad de la madre guarda relación con el tipo de parto, porque a edades más tempranas la incidencia de cesáreas fue mayor.

5. El nivel educativo de las madres influye en el comportamiento materno y está relacionado con el tipo de parto, al realizarse un 29% de cesáreas en mujeres que sólo tenían estudios secundarios incompletos. Sin embargo las

madres de parto vaginal, han completado el nivel secundario y asisten más a la universidad.

6. El 75% de las parturientas resultaron ser mujeres unidas y viven con sus cónyuges, de manera que la madre recibe cierto apoyo que facilita la relación con su hijo.

7. Se observó que el tipo de parto no es un elemento significativo en la relación de la madre con su niño y viceversa.

8. Los resultados nos muestran que a medida que transcurre el tiempo, la relación afectiva entre la madre y el recién nacido se incrementa hacia deficiente en ambos grupos de madres, lo cual está indicando la necesidad de incentivar esas relaciones en las primeras horas.

9. A pesar de que en el grupo de madres con parto por cesárea se presentó una mejor relación afectiva y sensora, después de aplicar la prueba chi cuadrado no hubo diferencia significativa para ambos grupos estudiados.

10. La relación motora entre la madre y su hijo en las dos primeras horas, resultó ser mejor entre el grupo de madres de

parto vaginal, pero al transcurrir las horas el comportamiento fue igual que en las madres de parto por cesárea.

11. Los mejores resultados de la relación sensora entre madres y recién nacidos, se registraron en el grupo de partos por cesáreas a las veinticuatro y setenta horas, observándose a la vez el tipo de toque descrito en la teoría de enfermería de Reva Rubin quizás por las expectativas de las primigestas con respecto al nuevo ser.

12. El afecto materno a través del toque, puede ser medido según Rubin y es una acción impulsiva condicionada a la forma de cómo se siente la madre para que se movilice a establecer el contacto con su hijo y lograr estimular su desarrollo físico, intelectual y emocional.

13. La madre, a pesar de tener o no impedimentos, debe recibir algún tipo de apoyo de parte de la enfermera para incrementar el apego madre-hijo en las primeras horas, por ser este un elemento importante en el futuro del niño.

14. Considerando que la población de enfermeras es joven, la teoría de enfermería de Reva Rubin, constituye una guía

-162-

valiosa para comprender y guiar a la madre con su recién nacido, no sólo en las salas del hospital sino para cuando van al hogar.

RECOMENDACIONES

1. Al dar a conocer los resultados del estudio al personal de enfermería involucrado, pretendemos que participen activamente con las madres; y se promuevan las relaciones afectivas, sensoras y motoras, que deben existir entre la madre y su hijo inmediatamente al nacimiento.

2. El personal de enfermería que participa en la atención de la madre y el recién nacido debe conocer los aspectos de la teoría de enfermería de Reva Rubin, con énfasis en el comportamiento materno; de manera que se pueda ayudar efectivamente a que se establezcan las relaciones y prevenir desajustes a nivel familiar que pueden darse en el futuro.

3. El equipo de salud como parte de la atención que ofrece, debe continuar estimulando la lactancia materna para incrementar el apego y que se establezcan a la vez las relaciones afectivas, sensoras y motoras entre la madre y su hijo.

4. En las instituciones de salud, se deben incorporar programas educativos para las madres y familiares durante el proceso de embarazo, en base a las necesidades reales detectadas en cada pareja o grupos de familias para así ofrecer medidas adecuadas en forma particular.

5. El Ministerio de Salud debe contemplar en los programas, el seguimiento dirigido, en especial a las parejas jóvenes, por la inmadurez que pueden presentar cuando les toca asumir su nuevo rol y así lograr formar familias mas estables.

6. La enfermera debe conocer más sobre la relación madre - hijo ya que con este estudio se ha abierto un panorama amplio, en donde hemos visto que la madre, aún con impedimentos, busca establecer algún tipo de relación con su hijo en las primeras horas; por lo tanto, hay que aprovechar esta situación.

GLOSARIO

Hipótesis:

La afirmación acerca de una o más poblaciones.

Hipótesis nula (H_0):

Declaración tentativa de un parámetro de la población igual a un valor específico, donde las diferencias observadas son iguales a cero.

Porcentaje:

La proporción o parte de un todo representado por cualquier número en relación con 100 unidades.

VARIABLES:

Son las características que toma diferentes valores dentro de la investigación.

VARIABLES Dependientes (Y_i):

Es la variable que puede medir el criterio que se investiga.

VARIABLES Independientes (X_i):

Indica algunas características que no pueden medirse y proporcionan la base para la estimación.

Variables Intervinientes:

Son los factores que intervienen entre las variables dependientes e independientes. Actúan como puente entre la influencia que ejerce la variable independiente sobre la dependiente.

Distribución Chi Cuadrado (χ^2):

La prueba que mide el significado de las diferencias entre las categorías. Es útil para grupos pequeños y permite hacer ciertas adaptaciones a un solo grupo. Para realizarlo se comparan las frecuencias observadas con una frecuencia teórica esperada y si no hay diferencia entonces se acepta H_0 .

Nivel de Significación:

Es la decisión de nivel porcentual que se hace cuando se rechaza H_0 a favor de H_1 y existe un valor con la probabilidad de que H_0 es menor o igual al nivel establecido.

Prueba estadística:

Método matemático utilizado para interpretar los valores que se observaron y poder declarar las probables hipótesis.

Prueba U de Mann - Whitney:

Puede usarse cuando se ha logrado por lo menos una medida ordinal, para probar si dos grupos independientes han sido tomados de la misma población. Es una de las pruebas no paramétricas más poderosa y constituye la alternativa más útil ante la prueba paramétrica t cuando el investigador desea evitar la suposición. Se considera el valor de rango de cada observación, su localización con respecto a la mediana, utilizando más la información de los datos.

BIBLIOGRAFIA

Libros

Benson, Ralph Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico.
3a. ed., Mexico: Editorial El Manual Moderno, S.A..
1983.

Bethea, Doris C. Enfermería Materno Infantil. Mexico: Nueva
Editorial Interamericana. 1984.

Bloom, Benjamín S. y col. Taxonomía de los objetivos de la
educación. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 1971.

Díaz del Castillo. Pediatría Perinatal. Mexico: Editorial
Interamericana. 1981.

Friesner, Arline. Raft, Beverly. Enfermería Materno
Infantil. Mexico: Editorial El Manual Moderno, S.A..
1984.

González, Merlo J. Del Sol, J.R. Obstetricia. 2a. ed.
Barcelona: Editores Salvat, S.A.. 1985.

Harber, Audrey. Ruyon, Richard. Estadística General.
Estados Unidos de América: Fondo Educativo
Interamericano, S.A.. 1973.

Klauss, Marshall H. y Fanaroff, Avroy A. Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo. 2a. ed., Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.. 1981.

La Foor Cade, Pedro Educación de los Aprendizajes. 5a. reimpresión. Buenos Aires: Editorial Kapeluzz. 1973.

Mcfarlaine, Aidan. Psicología del Nacimiento. Madrid: Ediciones Morata, S.A.. 1978.

Mondragón, Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. 3a. reimpresión. Mexico: Editorial Trillas. 1986.

Neeson, Jean D. Consultor de Enfermería Obstétrica. Barcelona: Editorial Océano. 1989.

Newman, Bárbara. Newman, Phillip. Manual de Psicología Infantil. Mexico: Ediciones Ciencia y Técnica, S.A. 1986.

Raffensperguer, Ellen. Lloyd, Mary and Marchesseault, Lynn. Consultor de Enfermería Clínica. Barcelona: Editorial Océano. 1989.

Reeder, Sharon R. Mastroianni, Luigi y Leonide, Martin.
Enfermería Materno Infantil. 2a. ed. España: Carvajal,
S.A. 1980.

Sasmor, Jeannette L. Educación para el parto. Mexico:
Editorial Limusa, S.A. 1982.

Stern, Daniel. La primera relación madre-hijo. 2a. ed.
Madrid: Ediciones Morata, S.A. 1981.

Summer, Gene F. Medición de actitudes. Mexico: Editorial
Trillas. 1976.

Wayne, Daniel. Bioestadísticas. Bases para el Análisis de
las Ciencias de la Salud. Mexico: Editorial Limusa,
S.A.. 1985.

Williams, Cicely D. Jelliffe Derrick B. Salud Materno
Infantil y Administración de los Servicios.
Mexico: Editorial El Manual Moderno, S.A. 1975.

Tesis

1. Arosemena, Ana T. Scotland, Lourdes. "Estudio de algunas conductas observadas en madres primíparas con sus recién nacidos en las primeras 48 horas post parto". Universidad de Panamá, Escuela de Enfermería, 1984.
2. Ayarza, Adela de y Castro Sabrina. "Intervención Materna en el Crecimiento y Desarrollo del Niño normal en las primeras ocho semanas de vida". Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería. 1987.
3. González, Olivia A. de, Vásquez, Flor V. de. "Comportamiento de Púerperas Adolescentes y la Intervención de Enfermería basados en el modelo de Callista Roy". Universidad de Panamá, Facultad de Enfermería, 1987.

Folletos

Young, Diony. Apego. Cómo los padres se unen a su hijo recién nacido. Proyecto de Extensión del Programa de Salud Materno Infantil, O.P.S. - O.M.S. Marzo, 1982.

Kang, Rebeca. "El Proceso de Familiarización de la madre y el niño". Las primeras relaciones entre los padres y el niño. New York: O.P.S., Serie 1, Módulo 2, 1982.

Marcene, Erikson. Assessment and management of developmental changes in children. "Assessment of maternal perceptions of infants". E.U. : The C. V. Mosby Company, 1976.

Diccionarios y Enciclopedias

Diccionario Enciclopédico Espasa. Tomos: I, II, III, IV.
Zyrianos. Madrid. 1986

Enciclopedia Mosby de Medicina y Enfermería.
España: Océano Ediciones Técnicas y Científicas. 1985.

Real Academia Española. Diccionario Océano de la Lengua
Española. España: Ediciones Océano, S.A.. 1983.

Real Academia Española. Nuevo Diccionario Ilustrado
Sopena de la Lengua Española. Barcelona: Editorial
Ramón Sopena, S.A.. 1977.

Santamaría, Andrés. Diccionario de Sinónimos, Antónimos
e Ideas Afines. Barcelona: Editorial Sopena, S.A..
1979.

Revistas

Curry, Mary Ann. "Maternal Attachment Behavior and the Mother's Self- Concept: The Effect of Early Skin to Skin Contact." Nursing Research. Vol. 31, No. 2 (March/April 1982).

Fernández, Alba. Perinatología y Reproducción Humana. "Realidad de la Mujer ante el Puerperio": "I Preocupaciones". Mexico: Instituto Nacional de Perinatología. Vol 1, No.2 (Julio/Sept. 1987).

Mercer, Ramona. Kathryn, Mac Kley. and Alan, Bostrom. "Relationship of Psychosocial and Perinatal Variables to Perceptions of Childbirth". Nursing Research. Vol 32, No.4 (July/August 1983).

Perry, Shanon E. "Parents Perceptions of Their Newborn Following Structured Interaction". Nursing Research. Vol 32, No. 4 (July/August 1983).

Rubin, Reva. Basic Maternal Behavior. Nursing Outlook. Vol 9, No. 11 (November 1961).

- Rubin, Reva. Maternal Touch. Nursing Outlook. Vol 11, No. 11 (November 1963).
- Rubin, Reva. Puerperal Change. Nursing Outlook. Vol 9, No. 12 (December 1961).
- Rubin, Reva. The Family-Child Relationship and Nursing Care. Nursing Outlook. Vol 12, No. 9 (September 1964).
- Rubin, Reva. The Neomaternal Period. Edited by Betty S. Bergersen et.al. Clinical Nursing. Chapter 27. C. V. Mosby Company (Saint Louis 1967).
- Rubin, Reva. Cognitive Style in Pregnancy. American Journal of Nursing. (New York 1970).
- Tulman, Lorraine J. Initial Handling of Newborn Infants by Vaginally and Cesarean - Delivered Mothers. Nursing Research. (September/October 1986).
- Yanny, Mary I. "Perception of Parent's Behavior and Children's General Fearfulness". Nursing Research. Vol 31, No.2 (March/April 1982).

Entrevistas

Aguilar, Carmen de. Sicóloga. Programa de Orientación para
madres Adolescentes. Maternidad, Hospital Santo Tomás.

Cornó, Melva. Profesora. Facultad de Enfermería.
Universidad de Panamá.

Redondo, Wilfredo. Sicólogo. Departamento de Salud
Mental. Hospital del Niño.

Rubio, Fernando. Sicólogo. Facultad de Enfermería.
Universidad de Panamá.

Asesorías

Castillo, Margarita de. Profesora del Departamento Materno Infantil. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá.

De León, Edilberto. Profesor de Estadística. Universidad de Panamá.

Escobar, Vielka de. Profesora. Departamento de Administración y Educación - Universidad de Panamá.

Ovalle, José. Investigación y Psicología Educativa. Universidad de Panamá.

Tuñón, Elicer. Departamento de Salud Radiológica. Caja del Seguro Social. Hospital Arnulfo Arias Madrid.

ANEXOS

ANEXO No. 1

Formato para la obtención de datos de la madre y el recién nacido.

30 de Octubre de 1990.

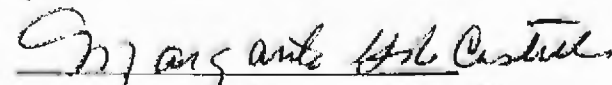
DOCTOR :
WALDO BATISTA
DIRECTOR MEDICO,
MATERNIDAD MARIA C. DE REMON.
RESPECTADO DOCTOR:

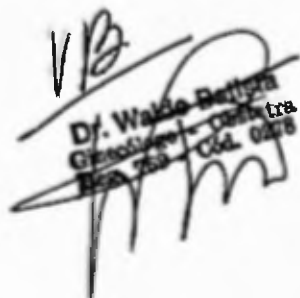
Reciba usted mis saludos y deseos de éxitos en sus nuevas funciones.

La señora Veira Barrios de Cisneros , esta realizando su tesis para obtener el título en Maestría Materno Infantil bajo nuestra asesoría. Dado a que el tema se refiere a la Relación Afectiva , Sensora y Motora de la madre y el recién nacido de parto vaginal y cesáreas; se ha seleccionado las salas de puerperio inmediato, sala 21 y 22 para las observaciones. Los datos se registrarán en un instrumento elaborado por la autora y estamos solicitando su autorización para permanecer en las áreas señaladas durante la recolección de datos.

Además deseamos se le facilite a la señora de Cisneros algunos datos estadísticos sobre los totales de partos vaginales y cesáreas ocurridos en el año de 1989 hasta el mes de julio de 1990.

De usted :


Lic. Margarita de Castillo


Dr. Waldo Batista
Ginecólogo - Obstetra
Roa 202 - C.A. C.R.S.

DATOS GENERALES:

a) DE LA MADRE:

EDADES: De 15 a 20
21 a 25
26 a 30
31 a 35

RELIGION:

CATOLICA___ BAUTISTA___ EVANGELICA___ MORMON___ BUDISTA___
TESTIGO DE JEHOVA___ NO PRACTICA___ OTRA _____

RAZA:

BLANCA___ NEGRA___ INDIGENA___

ESCOLARIDAD:

NINGUNA___ PRIMARIA___ (completa) ___ (incompleta)
SECUNDARIA___ UNIVERSITARIA___ VOCACIONAL___(completa)
_____ (incompleta)

ESTADO CIVIL:

SOLTERA___ CASADA___ UNIDA___ SEPARADA___

ASPECTOS OBSTETRICOS:

TIPO DE PARTO: VAGINAL___ CESAREA___
EMBARAZO PLANEADO___ NO PLANEADO___

TIPO DE HOGAR DE DONDE PROVIENE: completo___ incompleto___
VIVE: SOLA___ CON EL CONYUGUE___ CON EL GRUPO FAMILIAR___
HA RECIBIDO APOYO DURANTE EL EMBARAZO: SI___ NO___

b) DEL NIÑO:

SEXO: MASCULINO___ FEMENINO___
TIEMPO DEL PRIMER CONTACTO CON SU MADRE: ___ HORAS DE NACIDO
TIEMPO A PARTIR DEL CUAL SE DEJA A LA MADRE PARA SU CUIDADO:
___ HORAS DE NACIDO.

ANEXO No. 2

Instrumento

El instrumento que a continuación presentamos tiene como propósito recoger información sobre la relación madre-hijo en el área motora, sensora y afectiva según el tipo de parto.

Los datos serán tomados por la autora del estudio a través de observaciones en la madre y el recién nacido y los resultados se utilizarán con fines educativos.

La relación madre-hijo se evaluará a las 2, 12 y 24 horas en nacimientos por parto vaginal y a las 12, 24 y 70 horas en nacimientos por cesáreas.

Este instrumento consta de 2 partes. La primera reúne los datos generales de la madre y del recién nacido y la segunda consiste en una escala de calificación, donde se presentan las definiciones y características del estudio, que nos permitan determinar cómo se dan las relaciones de interés según el tipo de parto; tomando en consideración la teoría de enfermería de Reva Rubin relacionada al comportamiento materno.

El formato consta de dos (2) columnas básicas que representan las características de la madre y del recién nacido. Además existen otras dos columnas subdivididas a su vez, donde se incluyen el registro en horas de la observación y se especifica el cumplimiento del criterio; ya sea satisfactoriamente, o si no se cumplió.

-186-

Se marcará con gancho (✓) en la casilla correspondiente. Cada columna se representa con letras: A-B.

Los puntajes obtenidos se sumarán posteriormente para los análisis respectivos.

Cuestionario a la madre

- Qué opina sobre el tener que atender a su hijo?
- Le gusta hacerlo?
- Se le ha permitido el contacto adecuado con su familia?
- Ha sentido algún olor particular al niño?
- Cómo ha sentido Ud. la piel de su niño: suave, caliente o fría?

Area Afectiva

Se refiere a la manifestación externa de los sentimientos y emociones de una persona. Incluye una amplia gama de sentimientos entre los cuales se pueden incluir: amor, cariño, ternura, aceptación e interés; y de emociones tales como ruborizarse, enjugar los ojos, voz cortada, llanto, perturbación. Se intenta registrar u observar para cada sujeto la forma de reaccionar con mayor o menor vivacidad a las impresiones recibidas o causadas por la relación madre-hijo.

TIPO DE PARTO

VAGINAL REGISTROS: 2 Horas 12 Horas 24 Horas
 CESAREAS REGISTROS: 12 Horas 24 Horas 70 Horas

A: Se observó o cumplió satisfactoriamente
 B: No se observó o no se realizó

Madre Característica	Horas		Horas		Horas		Recién Nacido Característica	Horas		Horas		Horas	
	A	B	A	B	A	B		A	B	A	B	A	B
1. Cambio de posición para recibir al niño							1. Busca la voz de la madre						
2. Se emociona al recibir al niño							2. Mira a la madre						
3. Temblor al recibir al niño							3. Alerta						
4. Mirar fijamente al niño							4. Sonríe a la madre						
5. Muestra disposición para aceptar al niño (cuando se le entrega)							5. Aumento de respiración						
6. Efectúa un comentario, expresión o gesto al recibir al niño							6. Tranquilo						
7. Hablar con el niño							7. Llorar						
8. Sonreír al niño							8. Duerme						
9. Cargar al niño si llora							9. Succiona el seno de la madre						
10. Abrazar al niño							10. Rechaza el seno de la madre						
11. Acariciar al niño													
12. Amamantar al niño													
13. Emite un juicio (positivo o negativo) sobre el rol de ser madre													
14. Voz quebrada y entrecortada													
15. Perturbación evidente (no se mueve, no habla)													
16. Enjugar los ojos (hay lágrimas sin llanto evidente)													
17. Llorar por la emoción (llanto)													

Area Sensora

Se refiere a la capacidad de dar y de recibir por parte de la madre y de recibir por parte del niño, una serie de sensaciones a través de los órganos de los sentidos especialmente la piel. El nivel sensorio involucra aspectos más complejos que el simple acto motor. Algunas de las respuestas serán observadas y otras se verificarán por las reacciones en el niño y la madre. Algunas respuestas sensoras solo podrán verificarse con preguntas a la progenitora.

TIPO DE PARTO

___ VAGINAL ___ REGISTROS: ___ 2 Horas ___ 12 Horas ___ 24 Horas
 ___ CESAREAS ___ REGISTROS: ___ 12 Horas ___ 24 Horas ___ 70 Horas

A: Se observó o cumplió satisfactoriamente
 B: No se observó o no se realizó

Madre Característica	___ Horas		___ Horas		___ Horas		Recién Nacido Característica	___ Horas		___ Horas		___ Horas	
	A	B	A	B	A	B		A	B	A	B	A	B
1. Rigidez en las manos							1. Cambios de color al contacto materno						
2. Manos relajadas y confortables							2. Llora ante el contacto materno						
3. Sensación de bienestar							3. Sonríe ante el contacto materno						
4. Tocar con toda la mano							4. Permanece quieto ante el contacto materno						
5. Tocar con ambas manos							5. Cierra los ojos						
6. Tocar cara a cara madre-hijo							6. Abre los ojos						
7. Oír grititos al niño							7. Mover la cabeza ante un estímulo						
8. Oír gorgoros al niño							8. Buscar y ubicar el seno materno						
9. Olor característico al niño							9. Sobresaltos						
10. Calor corporal del niño							10. Emitir grititos						
11. Sensación de suavidad de la piel del niño							11. Emitir gorgoros						

Area Motora

Area de manipulación y contacto motor. Se refiere a movimientos y respuestas musculares y corporales, tanto de la madre como del niño; como producto de la estimulación que se establece entre madre e hijo. Se inscriben en este apartado todas las manifestaciones que requieren coordinación neuromuscular. Algunas conductas van asociadas a uno o varios movimientos musculares y corporales posibles. A su vez algunas conductas implican además su unión a otro componente que puede ser a la vez afectivo, sensor o motor. Para efectos del estudio se registra la conducta sin tomar en cuenta el otro componente.

TIPO DE PARTO

VAGINAL REGISTROS: 2 Horas 12 Horas 24 Horas A: Se observó o cumplió satisfactoriamente
 CESAREAS REGISTROS: 12 Horas 24 Horas 70 Horas B: No se observó o no se realizó

Madre Característica	Horas		Horas		Horas		Recién Nacido Característica	Horas		Horas		Horas	
	A	B	A	B	A	B		A	B	A	B	A	B
1. Recibir al niño en sus brazos							1. Fija la mirada en la madre						
2. Descubre al niño							2. Movimientos de la cabeza						
3. Explora al niño							3. Abrir, cerrar los ojos						
4. Arroja al niño							4. Movimientos de la boca						
5. Fijar la mirada en el niño							5. Lleva la mano a la boca						
6. Recorrer al niño con la mirada							6. Succionar						
7. Acurrucar al niño							7. Movimientos de los brazos, manos y dedos						
8. Abrazar al niño							8. Movimientos de piernas, pies y dedos						
9. Besar al niño							9. Llorar						
10. Cambiar la ropa al niño							10. Sonreír						
11. Cambiar la posición al niño							11. Gorjeos						
12. Amamantar al niño							12. Grititos						
13. Sacar los gases al niño													
14. Mecer al niño													
15. Pasear al niño													
16. Realiza los movimientos parada													
17. Realiza los movimientos acostada													

ANEXO No. 3

Comportamiento del recién nacido por
nivel de relación y tipo de parto

COMPORTAMIENTO DEL RECIEN NACIDO POR NIVEL DE RELACION MOTORA EN
LA SEGUNDA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO
1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
12 Horas	30	50	-	-	-	-	6	10.0	2	3.3	22	36.7
Cesárea												
24 Horas	30	50	-	-	-	-	9	15.0	-	-	21	35.0
Total	60	100	-	-	-	-	15	25.0	2	3.3	43	71.7

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES RELACION MOTORA
DEL RECIEN NACIDO EN LA SEGUNDA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL SANTO TOMAS.
FEBRERO A MARZO 1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal 12 Horas	-	-	7.5	1	21.5
Cesárea 24 Horas	-	-	7.5	1	21.5

Calculada

$$\chi^2_0 = 1.62$$

Tabulada

$$\chi^2_{4,0.05} = 9.48$$

COMPORTAMIENTO DEL RECIEN NACIDO POR NIVEL DE RELACION AFECTIVA
 EN LA SEGUNDA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
 HOSPITAL SANTO TOMAS.
 FEBRERO A MARZO
 1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
12 Horas	30	50	-	-	1	1.7	4	6.7	-	-	25	41.6
Cesárea												
24 Horas	30	50	1	1.7	3	5.0	-	-	2	3.3	24	40.0
Total	60	100	1	1.7	4	6.7	4	6.7	2	3.3	49	81.6

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION AFECTIVA
 DEL RECIEN NACIDO EN LA SEGUNDA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL SANTO TOMAS.
 FEBRERO A MARZO 1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal 12 Horas	0.5	2	2	1	24.5
Cesárea 24 Horas	0.5	2	2	1	24.5

Calculada

$$\chi^2_c = 4.52$$

Tabulada

$$\chi^2_{4,0.05} = 9.48$$

COMPORTAMIENTO DEL RECIEN NACIDO POR NIVEL DE RELACION SENSORA
 EN LA TERCERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
 HOSPITAL SANTO TOMAS.
 FEBRERO A MARZO
 1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Sensora											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
12 Horas	30	50	-	-	1	1.7	4	6.7	5	8.3	20	33.3
Cesárea												
24 Horas	30	50	-	-	1	1.7	2	3.3	-	-	27	45.0
Total	60	100	-	-	2	3.4	6	10.0	5	8.3	47	78.3

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION SENSORA
 DEL RECIEN NACIDO EN LA TERCERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL SANTO TOMAS.
 FEBRERO A MARZO 1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Sensora				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal 12 Horas	-	1	3	2.5	23.5
Cesárea 24 Horas	-	1	3	2.5	23.5

Calculada

$$X^2_c = 4.14$$

Tabulada

$$X^2_{4,0.05} = 9.48$$

COMPORTAMIENTO DEL RECIEN NACIDO POR NIVEL DE RELACION MOTORA
 EN LA TERCERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON,
 HOSPITAL SANTO TOMAS.
 FEBRERO A MARZO
 1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora											
	Total		Eficiente		Muy Bueno		Bueno		Regular		Deficiente	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Vaginal												
24 Horas	30	50	-	-	-	-	8	13.3	2	3.3	20	33.4
Cesárea												
70 Horas	30	50	-	-	-	-	2	3.3	2	3.3	26	43.4
Total	60	100	-	-	-	-	10	16.6	4	6.6	46	76.8

COMPORTAMIENTO DE LOS VALORES ESPERADOS PARA LOS NIVELES DE RELACION MOTORA
 DEL RECIEN NACIDO EN LA TERCERA EVALUACION, SEGUN TIPO DE PARTO.
 MATERNIDAD MARIA CANTERA DE REMON, HOSPITAL SANTO TOMAS.
 FEBRERO A MARZO 1991

Tipo de Parto y Hora de Evaluación	Nivel de Relación Motora				
	Eficiente	Muy Buena	Bueno	Regular	Deficiente
Vaginal 24 Horas	-	-	5	2	23
Cesárea 70 Horas	-	-	5	2	23

Calculada

$$X^2_0 = 4.38$$

Tabulada

$$X^2_{4,0.05} = 9.48$$

ANEXO No. 4

Estadística de Prueba

Prueba Chi - Cuadrado

La función del Chi-Cuadrado (χ^2) es medir la relación que existe entre dos variables y permite ver la distribución de las frecuencias observadas (O_{ij}), y la frecuencia esperada (E_{ij}).

Fórmula para obtener el valor de la Chi-Cuadrada:

$$\chi^2_c = \sum_{i=1}^h \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

O_{ij} significa la frecuencia obtenida en cada casilla.

E_{ij} significa la frecuencia esperada en cada casilla.

La frecuencia esperada de cada casilla se obtiene al multiplicar los totales de cada columna y renglones y se divide entre "N".

$$E_{ij} = \frac{(\text{Total marginal del renglón})(\text{Total marginal de la columna})}{N}$$

La toma de decisión se establece cuando el estadístico de prueba, asume un valor que cae en la región de rechazo ($\chi^2_c \geq \chi^2_{g1}$); entonces se rechaza la hipótesis nula (H_0) aceptando por consiguiente la hipótesis alterna (H_a).¹

Wayne, Daniel. Bioestadísticas. Bases para el Análisis de las Ciencias de la Salud. (Mexico: Editorial Limusa S.A. 1985), p. 331

Prueba U de Mann-Whitney

La prueba U de Mann-Whitney es una de las pruebas estadísticas más poderosas, puesto que utiliza la mayoría de la información cuantitativa que es inherente en los datos. Es la alternativa más comunmente empleada con respecto al cociente t de Student, o cuando las medidas no alcanzan a acoplarse perfectamente a una escala de intervalo, o cuando el investigador desea evitar las suposiciones de la contraparte paramétrica.

Puede usarse cuando se ha logrado por lo menos una medida ordinal para probar si dos grupos independientes han sido tomados de la misma población.

Cálculo del Valor de U:

$$U = N_1 N_2 + \frac{N_1(N_1+1)}{2} - R_1$$

$$U = N_1 N_2 + \frac{N_2(N_2+1)}{2} - R_2$$

$$Z = \frac{U - \mu_u}{\sigma_u} = \frac{U - \frac{N_1 N_2}{2}}{\sqrt{\frac{(N_1)(N_2)(N_1+N_2+1)}{2}}}$$

Donde N_1 corresponde al número de casos de madres con parto vaginal y N_2 al número de casos de madres con parto por cesáreas.

R_1 es la suma de los rangos asignados al grupo de partos vaginales y R_2 la suma de los rangos asignados al grupo de partos por cesáreas.

Otros datos utilizados:

Media:¹

$$\bar{X} = \frac{N_1 N_2}{2}$$

$$\bar{X} = \frac{(30)(30)}{2}$$

$$\bar{X} = \frac{900}{2}$$

$$\bar{X} = 450$$

$$\sigma_u = \sqrt{\frac{(N_1)(N_2)(N_1+N_2+1)}{12}}$$

$$\sigma_u = 67.64$$

Harber, Audrey. Runyon, Richard. Estadística General. (Estados Unidos de América: Fondo Educativo Interamericano, S. A. 1973), p. 275

Tabla 12

Valores críticos de U y U' para una prueba unilateral con $\alpha = 0,025$ o una prueba bilateral con $\alpha = 0,05$

Para ser significativa para cualquier n_1 y n_2 dados. La U' obtenida debe ser igual o menor que el valor que muestra la tabla.

$n_1 \backslash n_2$	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	
2	--	--	--	--	--	--	--	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
3	--	--	--	--	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	7	8
4	--	--	--	0	1	2	3	4	4	5	6	7	8	9	10	11	11	12	13	13	13
5	--	--	0	1	2	3	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15	17	18	19	20	20
6	--	--	1	2	3	5	6	8	10	11	13	14	16	17	19	21	22	24	25	27	27
7	--	--	1	3	5	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	34
8	--	0	2	4	6	8	10	13	15	17	19	22	24	26	29	31	34	36	38	41	41
9	--	0	2	4	7	10	12	15	17	20	23	26	28	31	34	37	39	42	45	48	48
10	--	0	3	5	8	11	14	17	20	23	26	29	33	36	39	42	45	48	52	55	55
11	--	0	3	6	9	13	16	19	23	26	30	33	37	40	44	47	51	55	58	62	62
12	--	1	4	7	11	14	18	22	26	29	33	37	41	45	49	53	57	61	65	69	69
13	--	1	4	8	12	16	20	24	28	33	37	41	45	50	54	59	63	67	72	76	76
14	--	1	5	9	13	17	22	26	31	36	40	45	50	55	59	64	67	74	78	83	83
15	--	1	5	10	14	19	24	29	34	39	44	49	54	59	64	70	75	80	85	90	90
16	--	1	6	11	15	21	26	31	37	42	47	53	59	64	70	75	81	86	92	98	98
17	--	2	6	11	17	22	28	34	39	45	51	57	63	67	75	81	87	93	99	105	105
18	--	2	7	12	18	24	30	36	42	48	55	61	67	74	80	86	93	99	106	112	112
19	--	2	7	13	19	25	32	38	45	52	58	65	72	78	85	92	99	106	113	119	119
20	--	2	8	13	20	27	34	41	48	55	62	69	76	83	90	98	105	112	119	127	127