

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

La población infantil de 0 a 3 años en Honduras es aproximadamente de 712,188 niños, lo que equivale al 12.38 por ciento de la población general. De éstos, en el Departamento de Francisco Morazán existen 110,621 niños, que constituyen el 15.53 por ciento del total de la población de 0 a 3 años, según reportó en sus proyecciones de población para 1997 la Secretaría de Planificación (SECPLAN, 1997).

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 1989) en los años 60, a nivel mundial, cinco de cada seis niños vivían más de un año de edad. En los años 80, once de cada 12 niños se esperaba que sobreviviesen y para el año 2000, se espera que sobrevivan el primer año de vida el 100 por ciento. Sin embargo, existen circunstancias que continúan poniendo a la mayoría de esos sobrevivientes en riesgo de muerte, de debilitar o retrasar su crecimiento y desarrollo con consecuencias serias a largo plazo.

Fundamentalmente, la UNICEF declara la importancia de cuidar esos niños que sobreviven por varias razones: a) los niños tienen derecho de desarrollar su propio potencial; b) los primeros tres años son críticos en la formación de la inteligencia, personalidad, comportamiento social y desarrollo físico; c) los

resultados negativos por descuido pueden acumularse; d) existen condiciones estresantes que inhiben el desarrollo saludable; en tal situación siempre se afecta más al pobre que al rico. Además, en los pobres, el deterioro es rápido y progresivo, en comparación con los niños económicamente aventajados (UNICEF, 1989).

En el mismo sentido, cabe considerar que los niños por sus características particulares, entre más pequeños, dependen de otras personas para satisfacer sus necesidades; las que por tradición la madre satisface a través de cuidados, siempre basada en sus creencias y experiencias pasadas, en las que probablemente haya tenido "éxito" (Senties, 1992).

Según Orem (1993, 1995), las características que se identifican en las madres son llamadas Factores Condicionantes Básicos (FCB), tales como la edad, escolaridad, ocupación, condición económica, número de hijos, entre otros. Los FCB influyen en la ejecución de las Acciones de Cuidado Dependiente (ACD), o sea, en los cuidados que dan a sus hijos intencionadamente para proteger sus vidas y promover un desarrollo saludable (Day, 1982; Moore, 1993; Senties, 1992).

Las madres frecuentemente aplican los conocimientos y habilidades que han adquirido y que les permiten ejecutar Acciones de Cuidado Dependiente. Por lo general, las razones por las que las madres realizan actividades para el cuidado de sus hijos están encaminadas a satisfacer las necesidades demandadas por éstos (Dennis, 1997; Orem, 1993, 1995).

Requisitos de Autocuidado Universales es el nombre que Orem (1993; 1995) ha dado a las necesidades de los individuos, el término universal se justifica

porque son necesidades comunes a todas las personas. Éstos están íntimamente relacionados con los requisitos del desarrollo, los que a su vez se asocian al proceso de desarrollo humano. Cuando los primeros se satisfacen adecuadamente, deben contribuir a la prevención de alteraciones del desarrollo y a promoverlo de acuerdo con el potencial humano.

El sitio principal para la educación y cuidado de los niños continúa siendo el hogar, las madres como cuidadoras principales de sus hijos actúan acertadamente, o fallan al proporcionar la interacción intelectual, social y emocional. Los cuidados ofrecidos particularmente durante los primeros años de vida son fundamentales, ya que es cuando se sientan los cimientos de un desarrollo adecuado para la vida adulta (Carpenito, 1995).

Lo anterior motivó a desarrollar un estudio descriptivo correlacional en el área urbana de Tegucigalpa Honduras, C.A. (Centro América) con el propósito de determinar de qué manera la edad, orientación socio cultural, sistema familiar y las acciones de cuidado dependiente de la madre, se relacionan o no con el desarrollo del niño de 1 mes a 3 años.

1.1. Planteamiento del Problema

El desarrollo en el niño puede ser afectado de manera positiva o negativa por una gran variedad de influencias, muchas de las cuales se encuentran dentro del contexto de los cuidados del bienestar que se espera sean dados en el seno familiar. Las familias, muchas veces de manera inconsciente, limitan el desarrollo neurológico al realizar acciones que obstaculizan el aprendizaje del

niño; cuando lo esperado es ofrecer al pequeño oportunidades casi ilimitadas de movimiento para la exploración física, la experiencia y para satisfacer sus necesidades de todo aquello que lo aproxima a la realidad, sobre todo en los primeros 3 años (Doman, 1997).

Culturalmente, a la mujer se le ha asignado la responsabilidad del cuidado de sus hijos (Simmons y Cavanaugh, 1996; Musaiger, 1991; Wassef, 1987 y Acuña, 1979). Frecuentemente, la madre es la persona de la familia quien desempeña actividades relacionadas al mantenimiento de la salud de los niños (Pérez, 1997; Spector, 1985).

El cuidador principal en el desarrollo del niño lo constituye por lo tanto la madre, en virtud de la tradición cultural y la dependencia del niño hacia ella, mismas que se transforman en influencias que pueden modificar el desarrollo del niño (Carpenito, 1995; Orem, 1995; Valenzuela, 1983; Senties, 1992).

Las madres tienden a interpretar cada situación sólo en base a las experiencias pasadas que le proporcionaron soluciones, no siempre exactas, pero al menos son las disponibles (Simmons y Cavanaugh, 1996; Reeder, 1980; Rheiner, 1994; Senties, 1992). Sin embargo, esa conducta culturalmente hereditaria puede modificarse con educación cuando no es muy favorable y utilizarla estratégicamente según necesidades y demandas de las mismas, asegura la UNICEF (1989).

Mucho se ha escrito acerca de la influencia del cuidado de los padres en los hijos, de hecho, Olinner y Olinner (1988); Clearly y Miller (1986) y Rosenhan, (1970), explican que el cuidado afectuoso, nutrido, temprano y oportuno que el niño recibe, interactúa con modelos de comportamiento que se repiten.

Está ampliamente documentado, que por factores multicausales los padres pasan poco tiempo con sus hijos, por lo tanto la influencia de aquellos ocasiona que la estimulación natural y espontánea sea insuficiente, de tal forma que no se asegura que el niño reciba las oportunidades precisas que le permitan un sano y positivo desarrollo, afirman Waechter, Philips y Holaday (1993).

Sin embargo, frecuentemente las madres cuidan de sus hijos de diferentes maneras, movidas probablemente por circunstancias particulares de ellas mismas y de sus hijos. Podrían ser múltiples las explicaciones que al respecto se pueden ofrecer, por ejemplo, que éstas cuidan de sus hijos motivadas por factores tales como la edad, situación económica, estado de salud, situación familiar características particulares de los niños y otras más (Orem, 1995).

Se suma a lo anterior la importancia de precisar las tareas del desarrollo que las madres realizan, que faciliten su desempeño en la estimulación del niño desde sus hogares, considerando las particularidades de las madres y las de sus hijos (Carpenito, 1995; Burchinal y Ramey, 1989).

El interés del presente estudio de investigación se centra en conocer qué hacen las madres, cómo lo hacen (acciones de cuidado dependiente) y bajo que circunstancias lo hacen, (factores condicionantes básicos de ellas y de sus hijos), y encontrar la relación existente entre dichas situaciones maternas y las características del desarrollo de los hijos.

Esta problemática se plantea en el marco de una teoría de enfermería, la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (1995); dado que considera que el niño es un ser dependiente para la satisfacción de los requisitos universales y de desarrollo, y que existen factores que influyen o

determinan la manera en que los adultos asumen o no esa responsabilidad de cuidado de sus dependientes.

Para que los cuidados dependientes de la madre puedan llevarse a cabo, se necesita de conocimientos y habilidades que le permitan desempeñar una conducta benéfica para su hijo. A esa conducta, Orem (1995) la denomina acciones de cuidado dependiente, que en este caso particular, son los cuidados ofrecidos a los niños.

Un estudio realizado por Moore (1996) encontró que la edad, escolaridad, estado socio económico, estilo de vida, grupo étnico y estado de salud de las madres, tanto juntos como separados, mostraron significancia al relacionarlos con las acciones de autocuidado de las madres para sus hijos. También se encontró que la edad, sexo, nacimiento, estado de salud, estado de desarrollo y posición del niño; condicionan las acciones de cuidado dependiente de las madres. En el contexto de lo anterior, se plantea la siguiente interrogante que constituye la razón del presente estudio:

¿De qué manera los factores condicionantes básicos de las madres y de los niños se relacionan con acciones de cuidado dependiente y el desarrollo de niños de 1 mes a 3 años?

I.2. Hipótesis

Hi.1 Los factores condicionantes básicos: estado de salud, orientación sociocultural (escolaridad y ocupación) y sistema familiar (estado marital, número de hijos, gasto semanal en alimentos y estrato social) que se identifican en las madres se relacionan con las acciones de cuidado materno dirigidas a los hijos.

Hi.2 Los factores condicionantes básicos de los niños: edad, sexo, forma de nacimiento, posición entre sus hermanos, estado de salud y estado de desarrollo predicen las acciones de cuidado materno.

Hi.3 Las actividades de cuidado materno afectan las puntuaciones de los niños obtenidas en la valoración del desarrollo con Denver II.

Hi.4 Los factores condicionantes básicos más el cuidado materno predicen el estado de desarrollo del niño.

I.3. Objetivos

General

Verificar las acciones de cuidado materno y la relación de éstas en el estado de desarrollo del niño de 1 mes a 3 años de edad.

Específicos

1. Describir los factores condicionantes básicos de las madres y de sus hijos.
2. Precisar el estado de desarrollo del niño de un mes a 3 años, mediante la prueba Denver II.
3. Determinar cuáles factores condicionantes básicos de los niños (FCBN) se relacionan con las acciones de cuidado dependiente de las madres.
4. Conocer el tipo, frecuencia y duración de las actividades de estimulación espontánea materna, enfocadas a apoyar al niño en su desarrollo.
5. Validar el instrumento de acciones de cuidado dependiente de Gaffney y Moore (1989) en población hondureña.

I.4. Importancia del Estudio

Este estudio se considera muy importante porque contribuye a la disciplina de enfermería, puesto que sus resultados apoyan las relaciones que establece Orem en su teoría del Déficit de Autocuidado. Aporta conocimientos acerca de la influencia de los factores condicionantes básicos de las madres y de los niños sobre las acciones de cuidado dependiente. Así mismo aporta conocimientos sobre el tipo, frecuencia y duración de actividades de estimulación espontánea materna, todo ello a fin de favorecer el desarrollo del niño. Este conocimiento puede ser utilizado para la implementación de nuevas investigaciones y estrategias de intervención de enfermeras y madres de familia.

1.5. Limitaciones

Debido a que el estudio se llevó a cabo con madres y niños de determinada edad, pertenecientes a estratos sociales medio y bajo, los resultados únicamente podrán ser generalizados a poblaciones de madres y niños con características similares a las de la población investigada.

1.6. Definición de Términos

Factores condicionantes básicos maternos (FCBM): son las condiciones internas o externas a las madres que influyen de alguna manera en el cuidado que proporcionan para mantener la vida, la salud y favorecer el desarrollo de sus hijos de 1 mes a 3 años. Dichas condiciones afectan los valores o formas de abordar los requisitos demandadas por sus hijos. El resultado de ello es que provocan nuevas demandas de cuidado, o afectan las acciones que se espera que las madres realicen (Orem, 1995). Para los propósitos del presente estudio se consideraron:

- **Orientación socio cultural de la madre:** Son las diversas relaciones con el medio social; incluye escolaridad y ocupación.
- **Sistema familiar:** Son las diversas relaciones de las madres con el medio familiar; incluye estrato social, estado marital, número de hijos y gasto semanal en alimentos.
- **Estado de salud:** Es la autopercepción de las madres sobre su salud.

Factores condicionantes básicos de los niños (FCBN): Son las condiciones internas o externas de los niños que afectan al tipo y cantidad de cuidado dependiente y actividades de estimulación espontánea requeridas de sus madres con el propósito de mantener la vida, la salud y favorecer el desarrollo. Se identifican para este estudio: edad, sexo, nacimiento, posición entre sus hermanos, estado de desarrollo y estado de salud (Orem, 1995).

- **Edad del niño:** Son los años o fracción de años cumplidos de los niños, referidos por la madre.
- **Sexo:** Se identifican femenino y masculino.
- **Nacimiento:** Se entenderá si fue nacido a término, prematuro o post-maturo.
- **Estado de desarrollo:** Es el resultado de la valoración del niño entre 1 mes y 3 años, valorados con la prueba Denver II de Frankenburg y cols. (1990). Incluye cuatro áreas: motor grueso, lenguaje, personal social y motor fino.
- **Posición del niño en relación a sus hermanos:** Se consideró el número de hijo el primero, segundo tercero y así sucesivamente.
- **Estado de salud del niño:** Se consideró la percepción de la madre en el momento de la valoración.

Acciones de cuidado dependiente (DCA): Son las actividades diarias que la madre realiza para satisfacer los requisitos de autocuidado, universales y del desarrollo de su hijo, para contribuir a la salud y desarrollo de éste, mientras

aprende a cuidarse por sí mismo.

Actividades de estimulación espontánea materna (AEEM): Son todas aquellas actividades que las madres realizan de manera espontánea, a fin de favorecer el desarrollo del hijo; se identifican tres sub escalas: Actividades de estimulación espontánea materna 1 (AEEM1), que se refiere a si realizan o no actividades; actividades de estimulación espontánea materna 2 (AEEM2) la frecuencia por semana de las mismas y actividades de estimulación espontánea materna 3 (AEEM3), que se refiere a la duración en minutos de cada una de las actividades realizadas.

Cuidado materno: Es la suma de acciones de cuidado dependiente y actividades de estimulación espontánea materna 1,2 y 3, para satisfacer requisitos universales y del desarrollo del hijo.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El presente estudio se basa en la Teoría del Déficit de Autocuidado (TDAC) de Dorothea Orem. El contenido de este capítulo se organiza en tres apartados: en el primero se explica la TDAC, así como los conceptos de la misma que se utilizaron y las relaciones que guardan entre sí. En el segundo se explica la base teórica conceptual sobre el estado de salud del niño de un mes a tres años de edad, con la participación de la madre, específicamente en su desarrollo. El tercer apartado resume los estudios relacionados a esta investigación.

2.1. Teoría del Déficit de Autocuidado

Orem (1995) introduce su modelo conceptual en 1959 con la siguiente premisa: “ No todas las personas están bajo cuidado de enfermería, ni deberían estarlo”. Es decir, los seres humanos a lo largo de la vida presentan situaciones que ponen en peligro su estabilidad física, emocional y social, y sería difícil que en todo momento tuvieran la atención directa de profesionales de la salud; de tal manera que el individuo debe aprender a reconocer sus

necesidades y su capacidad de resolverlas. Las personas maduras emplean el conocimiento intelectual y psicomotor para proveer cuidados a su salud, es decir, el autocuidado y cuidado para aquellos que dependen de ellos, a lo que la autora llama cuidado dependiente.

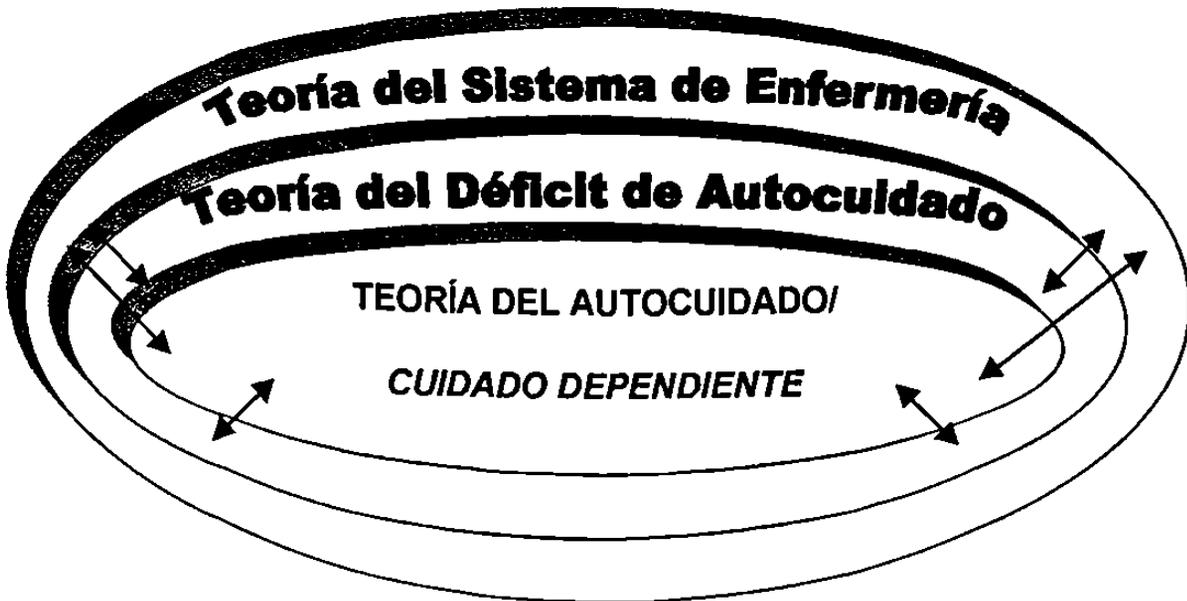
Orem (1995) considera este modelo como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

1. La teoría del autocuidado/ cuidado dependiente, es la primera de las tres teorías, y representa el núcleo de la teoría general, enfoca dos conceptos mayores: el autocuidado y cuidado dependiente.
2. La teoría del déficit de autocuidado, que explica cuándo y porqué, la enfermería es necesaria para ayudar a las personas.
3. Teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica como las personas son ayudadas a través de enfermería (Orem, 1993,1995).

Estas teorías se constituyen en una, a través de un proceso en donde la una incluye a la otra (Dennis, 1997; Orem, 1995, 1993) como puede observarse en la Figura 1. Cada una de ellas incluye cuatro categorías: 1) las personas en su localización en tiempo y espacio; 2) los atributos o propiedades de estas personas; 3) el movimiento o cambio; y 4) los resultados producidos.

Figura 1

Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (TDAC)
Interrelación de las tres Teorías.



Tomado de Dennis (1997) Self Care, Deficit Theory of Nursing.

La TDAC (Orem, 1995) está compuesta por cinco conceptos centrales relacionados entre sí y son:

1. Las capacidades de autocuidado/ cuidado dependiente.
2. La acciones de autocuidado/ cuidado dependiente
3. La demanda de cuidado terapéutico.
4. El déficit de autocuidado.
5. La agencia de enfermería.

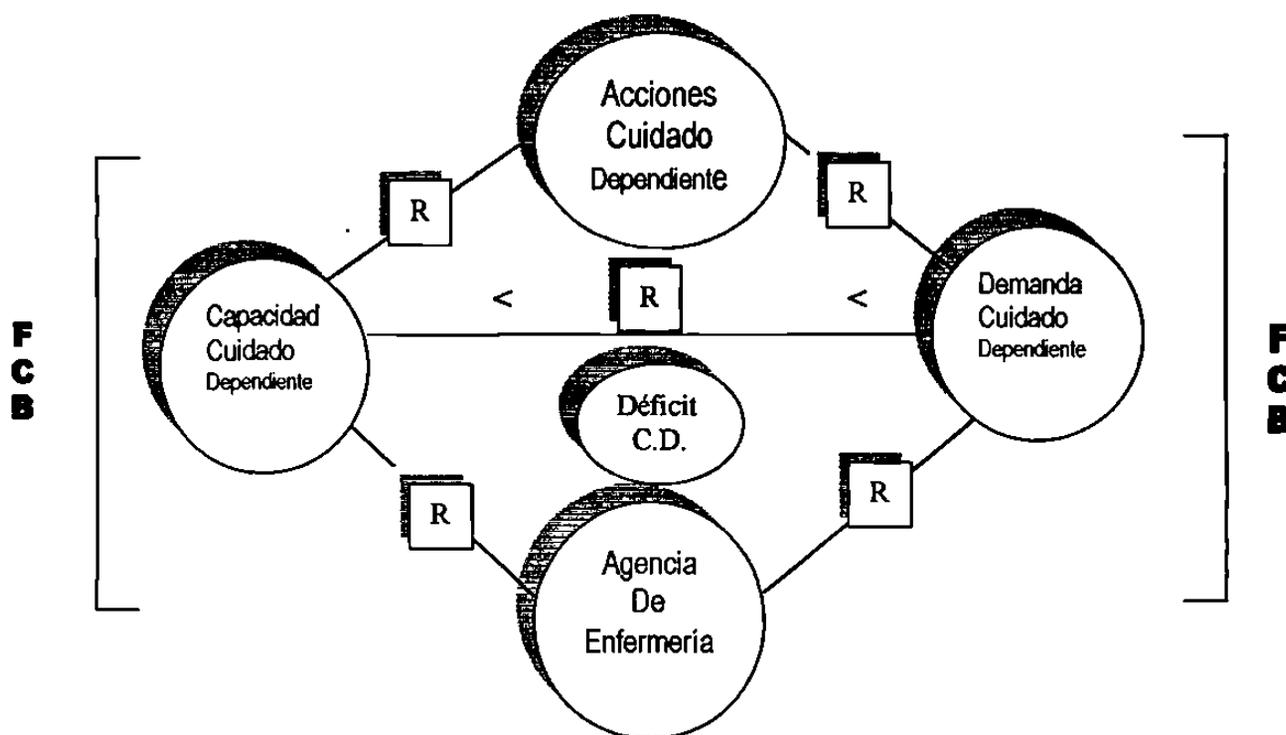
Los cuatro primeros conceptos están orientados a las personas que necesitan de enfermería, y el quinto, al profesional de enfermería. Orem (1993) señala también un concepto secundario denominado requisitos de autocuidado (RAC), que son las razones por las que se lleva a cabo el autocuidado y el

cuidado dependiente, expresan los objetivos y resultados pretendidos o deseados; y un concepto periférico denominado factores condicionantes básicos (FCB), que son las condiciones o acontecimientos que ocurren en una matriz temporo-espacial determinada, que puede afectar las formas de cubrir los RAC, además de provocar nuevos requisitos o afectar el desarrollo y operatividad de las personas para cuidar de sí mismas, o de otros que dependen de ellas (Orem, 1995).

Como se observa en la figura 2, hay una relación directa entre las capacidades de cuidado dependiente (CCD) y las acciones de cuidado dependiente (ACD), estas acciones están dirigidas a satisfacer las demandas de cuidado dependiente (DCD). Cuando las acciones de cuidado dependiente (ACD) son menores que las demandas de cuidado dependiente (DCD), entonces se produce el déficit de cuidado dependiente (DCD) y para superar ese déficit se requerirá de la intervención de la agencia de enfermería (Orem 1993, 1995).

Figura 2

Interrelación de Conceptos de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado



Modelo Orem (1995).

2.1.1. Conceptos de la TDAC que se Utilizaron

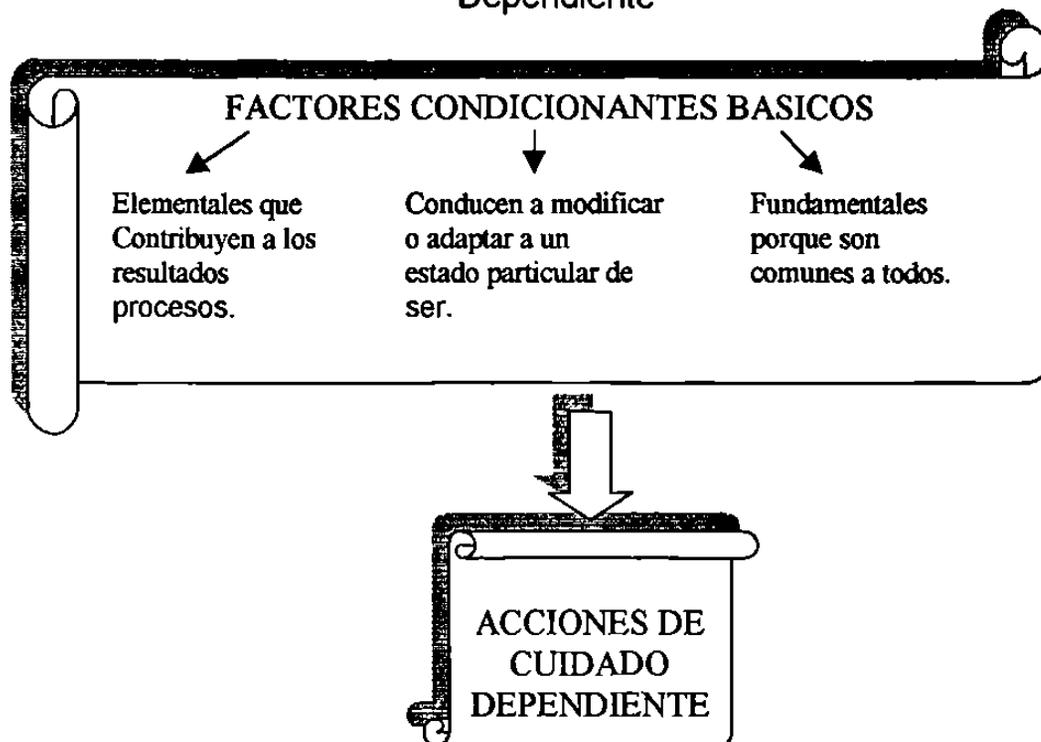
A continuación se describen cada uno de los conceptos de la teoría de autocuidado / cuidado dependiente, que es una de las tres teorías de Orem, que se aplicó en el presente estudio (Orem, 1995).

Los factores condicionantes básicos (FCB), para Orem (1995, 1993) son las condiciones internas o externas a las personas que afectan las capacidades para ocuparse del autocuidado y del cuidado de otros dependientes de ellas. Según Dennis (1997), los “factores” son elementales, ya que contribuyen a los

resultados o procesos; “condicionantes”, porque conducen a las personas a modificar y adaptarse a un estado particular de ser; y “básicos”, porque son fundamentales y comunes a todos los seres humanos (figura 3).

Figura 3

Factores Condicionantes Básicos que Influyen en Acciones de Cuidado Dependiente



Dennis (1997) Adaptado por Vásquez (1998).

Los factores condicionantes básicos (FCB), influyen en las acciones de cuidado dependiente, Orem identifica 10 FCB. Para los fines de este estudio se utilizaron seis: 1) Edad del niño; 2) Sexo del niño; 3) Estado de desarrollo del niño, en las áreas: personal social, motor fino, lenguaje, y motor grueso; 4) Orientación sociocultural: escolaridad y ocupación de la madre; 5) Estado de salud de madre e hijo; y 6) Sistema familiar: estado marital, gasto semanal en

alimentos, estrato social, número hijos, forma de nacimiento del niño, posición del niño entre sus hermanos (Dennis, 1997; Orem 1995).

Los FCB de la madre tienen una base en la cultura donde ésta se formó, en la clase social a la cual pertenece (Simmons y Cavanaugh, 1996; Reeder, 1980). La madre tiene la tendencia a repetir patrones de comportamiento que incorporan a sus vidas inadvertidamente (Dennis, 1997; Olinner y Olinner, 1988; Clear y Miller, 1986). Estos factores condicionan e influyen en las acciones de cuidado dependiente, que realizan las personas para satisfacer la demanda de requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud (Simmons y Cavanaugh, 1996; Orem, 1995; Reeder, 1980).

Agente de cuidado dependiente, es la persona que asume o emprende la acción de conocer y satisfacer las demandas de cuidado de otras personas socialmente dependientes de ellos (Orem, 1995). Las acciones de cuidado dependiente, son conductas humanas, un comportamiento aprendido, que tiene la característica de acción intencionada, se produce a medida que las madres se ocupan en acciones para cuidar de sus vástagos. Las acciones de cuidado dependiente, se desarrollan en el ambiente habitual, dentro del contexto y patrón de vida diaria, son determinadas por la cultura del grupo al cual pertenece la persona (Orem, 1995). Algunas acciones se vuelven rutina por la repetición y se constituyen en hábitos (Dennis, 1997).

El cuidado dependiente tiene "forma y contenido"; la "forma", es la acción intencionada que incluye el poseer un grupo de habilidades para la intención, comprender sus características y el significado de las mismas; necesidad de cambiar las cosas observadas, habilidad de adquirir conocimientos y la

habilidad de actuar para lograr el cambio. El “contenido”, deriva del propósito hacia el cual se dirige, que es satisfacer los requisitos de autocuidado de desarrollo cualesquiera que fuesen, y los cursos de acción que son efectivos para satisfacerlos (Orem, 1995, 1993).

Las acciones de cuidado dependiente, según Orem (1995), tienen como propósito satisfacer los requisitos de autocuidado/ cuidado dependiente de las personas. Estos requisitos son de tres tipos: universales, de desarrollo y de desviación de la salud. Éstos constituyen la base para calcular la demanda de cuidado dependiente.

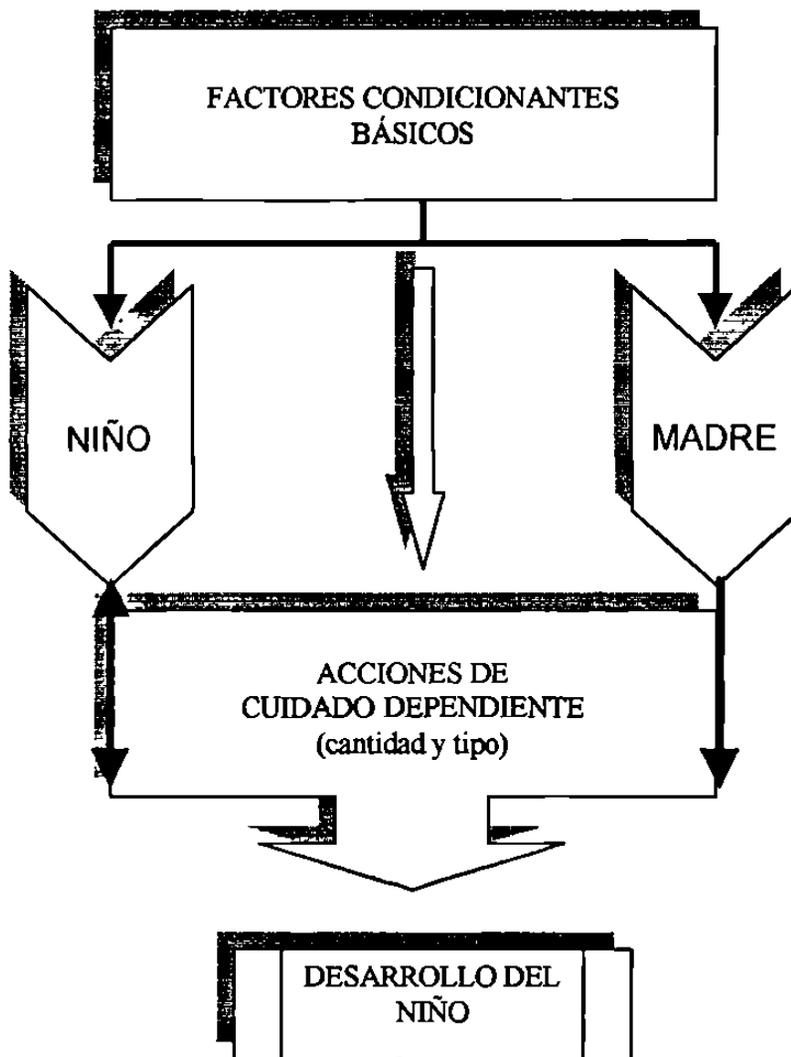
Los requisitos de autocuidado: Son los propósitos a ser alcanzados a través de las acciones de cuidado dependiente. Para este estudio se identifican, los requisitos universales, que son comunes a todos los seres humanos para el aporte de agua, aire y alimentos y para producir y mantener condiciones de vida que apoyen a los procesos vitales y mantenimiento de la integridad funcional y son esenciales para la sobrevivencia, y los requisitos de desarrollo, que están asociados a los procesos del desarrollo humano, condiciones y eventos propios de la vida; éstos últimos se ven afectados por los requisitos universales (Dennis, 1997; Orem, 1995).

Con la descripción conceptual anterior se seleccionaron los factores condicionantes básicos de las madres y de sus hijos, bajo los supuestos presentados por Orem, sobre la influencia de éstos en las acciones de cuidado dependiente que las madres realizan diariamente, para satisfacer requisitos de autocuidado de sus hijos. Por otro lado las acciones de las madres se ven

influidas por los FCB de sus hijos; y dependiendo del tipo y cantidad de cuidado proporcionado, el desarrollo del niño se afecta (figura 4).

Figura 4

Interrelación de los Conceptos de Orem Utilizados



Esquema tipo Venn elaborado por Vásquez (1998)

2.2. Desarrollo del Niño de 1 Mes a 3 Años

La teoría de Orem no maneja un concepto amplio de desarrollo, por lo que se busca ampliar el mismo en otras áreas de la salud, dada la importancia y relevancia que para el presente estudio tiene. Las etapas del desarrollo están relacionadas con la edad y el estado de salud, las cuales determinan la cantidad y tipo de ayuda requerida y la necesidad de ser cuidados como personas (Dennis, 1997; Orem, 1993, 1995).

El desarrollo y el crecimiento son dos procesos complejos que incluyen numerosos componentes sometidos a una gran variedad de influencias. El cuerpo, la mente y la personalidad infantiles se desarrollan de forma simultánea, no son independientes y emergen en secuencias y proporciones distintas (Leifer, 1982). Los lactantes dependen por completo de los adultos para satisfacer hasta las necesidades más básicas, excepto en las respuestas reflejas. Al avanzar en su desarrollo, los niños empiezan a manifestar sus necesidades en forma no verbal y verbal.

El desarrollo, considerado como el cambio y expansión gradual, desde fases sencillas a otras más complejas y avanzadas, incluye la maduración funcional, donde se producen cambios psicológicos, sociales, intelectuales y físicos. Está presente desde la vida intra-uterina y se prolonga hasta la vida adulta; requiere la formación y mantenimiento de condiciones que promuevan los procesos conocidos de desarrollo en cada periodo del ciclo vital (Orem, 1995; Whaley & Wong, 1995).

Orem (1993) señala que para satisfacer los requisitos de autocuidado del desarrollo, es necesario conocer el desarrollo actual del niño y las condiciones ambientales que lo promoverán. Cómo se produce, según las condiciones y circunstancias existentes, cuándo empieza, de qué manera interfieren, o son un obstáculo para el mismo y hasta qué punto pueden ser controladas con medios fiables. Es práctico reconocer que en un momento el individuo ha alcanzado un estado de desarrollo en particular; lo que significa que ciertos desarrollos han ocurrido o están ocurriendo y que pueden estar o no de acuerdo con lo esperado.

En la medida en que se conozca lo anterior se podrán identificar los requisitos de autocuidado de desarrollo asociados a la edad y sexo del niño de 1 mes a 3 años y establecer las condiciones necesarias mediante las cuales pueda satisfacerse e identificar los recursos que se requieren para ejecutarlo (Orem, 1995; Dennis, 1997).

Frecuentemente, el cuidado del niño se ofrece en forma ocasional y desorganizada, ignorándose la atención integral, por lo que se hace necesario orientar a la madre sobre el desarrollo del hijo y sobre cómo se favorece su proceso de maduración; es decir, facilitar las actividades espontáneas del niño y de ser necesario intervenir con tratamientos especiales si ese fuese el caso, con el propósito de favorecer el mismo (Whaley y Wong, 1995).

2.2.1. Valoración del Desarrollo del Niño

Con el progreso en la maduración biológica, ocurre un desarrollo simultáneo de conductas que permiten al menor de tres años reaccionar a su medio ambiente; estas conductas son en las áreas: personal social, motor fino-adaptativo, motor grueso y lenguaje; mismas que pueden ser valoradas con el Instrumento Denver II (Frankenburg y cols, 1990). Se aplica a niños aparentemente sanos, desde el nacimiento hasta los 6 años de edad.

La mayoría de las autoridades en el ámbito del desarrollo infantil, clasifican el crecimiento y conducta del niño en etapas de edad aproximada o en términos que describen los rasgos del grupo de edad. Los rasgos son asociados a la mayoría de los niños en donde aparecen cambios distintivos, donde los niños deben cumplir tareas específicas de desarrollo. Al conjunto de habilidades y competencias peculiares de cada etapa se le conoce como tareas. Los niños deben conseguir dominarlas, con el fin de manejar eficazmente el entorno.

Por otro lado, se conoce que el crecimiento y desarrollo sigue una dirección céfalo caudal, por lo que se observa que los lactantes consiguen un control de la cabeza antes que el control del tronco y extremidades; sostienen la espalda erecta antes de ponerse de pie, usan los ojos antes que las manos y adquieren control de éstas antes que controlar sus pies (Whaley & Wong, 1995).

2.3. Estudios Relacionados

En esta sección se presentan los resultados de estudios relacionados a la temática objeto de estudio: Los basados en el modelo de Dorothea Orem, en los factores socio demográficos, en el desarrollo del niño y en estimulación temprana.

Pérez (1997) realizó un estudio basado en la teoría de déficit de autocuidado, con el propósito de determinar en qué medida las acciones de cuidado dependiente de 138 madres se relacionaban con el estado de salud de sus niños, dentro de éste, se contempló el desarrollo. Los hallazgos más relevantes encontrados fueron: correlación significativa entre el factor cultura y las acciones de cuidado dependiente ($r_s=0.6882$ y $p=0.0001$). Encontró diferencias entre la escolaridad y las acciones de cuidado dependiente de la madre ($F_{(2,136)}=54.46$, $p=0.0001$), en donde las habilidades de las madres se incrementaban cuando la escolaridad era mayor de 6 años; pero a pesar de la significancia encontrada las madres de bajo nivel escolar obtuvieron altos promedios en acciones de cuidado dependiente. Con lo anterior sustentó la hipótesis de que los factores condicionantes básicos (FCB) se relacionan positivamente con acciones de cuidado dependiente.

Los demás FCB mostraron mucha variabilidad (Media = 72.64 y desviación estándar = 15.59), lo que indica que las respuestas son muchas y dispersas. Finalmente la autora encontró que no existía relación positiva entre acciones de cuidado dependiente ($p > 0.05$) y el estado de desarrollo del niño; explica que

probablemente sea porque son el resultado de múltiples factores y no solamente de los cuidados que le brinda su madre.

Gaffney y Moore (1996) realizaron un estudio para probar la teoría del déficit de autocuidado de Orem, específicamente la relación entre el desempeño del agente de cuidado dependiente y FCB. Los sujetos de estudio fueron 380 madres y sus hijos. La hipótesis de que los factores condicionantes básicos influyen en el desempeño del agente de cuidado dependiente fue apoyada con una $R^2=0.13$ y $p=.0001$. Los FCB individuales como la edad del niño fue significativa en relación al desempeño materno, con una $F= 6.74$ $p=0.010$. Las autoras no encontraron significancia entre los FCB representadas por edad materna, estado civil, posición socio económica, empleo materno, género del niño, orden de nacimiento, número de niños en la familia y problemas de salud en el niño, y las acciones de cuidado dependiente de la madre.

Un estudio realizado por Moore (1996), con el propósito de probar la teoría de Orem con 414 niños y 50 madres, encontró correlación entre los factores condicionantes básicos edad, sexo, estrato social y estado de salud; todos juntos fueron significativos al correlacionarlos con acciones de cuidado materno; con un coeficiente de correlación múltiple de $r=0.42$, $p=0.001$, pero solos, no mostraron significancia.

Brooks-Gunn, McCormick, Shapiro, Benasich y Black (1994) efectuaron un estudio con el propósito de ver los efectos de intervención temprana proporcionada por madres a 985 infantes de bajo peso al nacer. Se consideró el empleo materno, educación, lugar donde viven y posición socio económica. No se encontró significancia entre las características del niño con las madres

que trabajaban y las que no trabajaban. Se encontró significancia al correlacionar las características maternas como educación con la edad del niño, sexo, estado de salud neonatal $p=0.05$.

Con el propósito de investigar sobre los efectos del empleo materno en el desarrollo del niño Youngblut, Loveland-Cherry y Horan (1991) encontraron en una muestra de 110 familias con niños de solo tres meses de edad, que no había diferencias significativas entre las madres empleadas y las desempleadas, en función al desarrollo del niño. Sí se encontró relación significativa en el número de horas empleadas en el cuidado de los niños, con un índice en el desarrollo motor en la sub escala de Bayley con una $R= 0.43$ y $p < 0.01$, lo que indicó que a mayor tiempo dedicado en el cuidado de los niños, se reportaba mejor desarrollo motor; sin embargo, en el índice desarrollo mental no hubo significancia estadística.

Rojas (1995) estudió a 102 madres con sus respectivos niños, con el propósito de identificar la participación familiar en el desarrollo del niño. Encontró que la participación familiar en el desarrollo personal social y motor grueso del niño fue del 100 por ciento, en el motor fino fue de 41 por ciento, y 51 por ciento en lenguaje. Al relacionar el 96 por ciento de madres dedicadas al hogar con el desarrollo del niño en las diferentes áreas, se obtuvieron correlaciones leves, con $p < 0.05$.

Con el propósito de ver la relación entre los conocimientos de las madres adolescentes y adultas en dos dimensiones, el conocimiento de la madre sobre el desarrollo del niño y sus percepciones del comportamiento del infante, Becker (1987) realizó un estudio en 23 madres adolescentes y 22 madres

adultas. Las madres adultas no difirieron de las madres adolescentes en relación a las actividades realizadas con sus hijos($p=.005$).

Garza (1987), al valorar la importancia de la participación de la madre en la estimulación temprana, encontró que la educación de la madre en relación a estimulación para el desarrollo, es un factor muy importante para la aparición de conductas adaptativas, que son todas las acciones que el sujeto realiza para satisfacer sus necesidades psico-biológicas y psico-sociales.

Carvajal e Iglesias (1997), estudiaron la respuesta de 30 niños a estímulos de sus madres, quienes les hablaban, emitían sonidos usando juguetes y mimos, contrastado con otro momento en donde las madres tenían los rostros inmóviles y sólo miraban a sus bebés. Los resultados revelaron que la expresión que parecía ser más duradera fue cuando hubo interacción entre madre e hijo(a). El resultado significativo fue el establecido por el alargamiento de las comisuras de los labios, con las mejillas levantadas, las cejas relajadas y la boca abierta; denotaba que el bebé estaba sonriendo. Se comprobó que los niños estimulados por sus madres, sonrieron más largamente que los niños a quienes sólo se les miraba, con una diferencia entre los grupos de $F_{(1,24)}=10.43$ y $p < 0.01$; no hubo diferencias entre las respuestas según edades y condición de los bebés.

Las actividades diarias materno infantiles que proporcionan estimulación sensorial fueron estudiadas por Day (1982). Dentro de los hallazgos más importantes la autora encontró que la actividad de cuidado de bebés que más se realizaba durante un día era la de alimentar (416 minutos) seguida por jugar (129 minutos) y cargar (111.3 minutos). También comprobó que el juego era la

actividad que más estimulación sensorial proporcionaba, seguido por cargar, bañar y alimentar. Se encontró diferencia marcada entre la estimulación táctil (6.7 horas) comparada con las otras estimulaciones como la propioceptiva, vestibular, auditiva y visual, en donde la madre actuaba movida por dos influencias: las características del bebé y las percepciones de la madre del bebé.

Según la literatura revisada, se puede conocer como las diversas condiciones maternas influyen de una u otra manera, en la situación de desarrollo del niño; así mismo, las acciones de la madre pueden verse afectadas por factores socio demográficos y situacionales de ella y del hijo.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1. Diseño

El estudio se realizó en población abierta en ocho colonias urbanas del área metropolitana de Tegucigalpa Honduras, Centro América (C.A.) El tipo de estudio fue descriptivo correlacional (Canales, Alvarado y Pineda; 1997) ya que describió los factores condicionantes básicos de madres y niños, su relación con el cuidado materno y con el desarrollo de niños de 1 mes a 3 años.

3.2. Universo, Sujetos y Muestra

El universo lo conformaron las madres con niños entre 1 mes y 3 años de edad. Los sujetos fueron las madres con sus respectivos hijos aparentemente sanos, de 1 mes a 3 años de edad, quienes se seleccionaron de ocho colonias y barrios del área metropolitana de Tegucigalpa, Departamento de Francisco Morazán, Honduras Centro América.

La muestra la constituyeron 260 madres y sus respectivos hijos, fue determinada con un nivel de significancia de 0.05 y un límite para el error de

estimación de 0.07. La selección de la muestra fue por muestreo irrestricto aleatorio simple, según Canales, Alvarado y Pineda (1997); Polit y Hungler; (1994).

3.3. Criterios de Inclusión

- Madres con niños entre 1 mes y 3 años de edad.
- Niños aparentemente sanos según percepción de la madre.
- Madres y niños no afectados directamente por un desastre natural reciente.

3.4. Instrumentos

Para la captación de las variables de interés, se contó con cuatro instrumentos:

- a) El primero comprendió dos apartados: la Ficha de Factores Condicionantes Básicos de las madres (FFCBM) que incluyó: estrato social, escolaridad, ocupación, gasto semanal en alimentos, estado marital, número de hijos, y la auto percepción de salud (apéndice A). El segundo apartado fue la Ficha de Factores Condicionantes Básicos de los niños (FFCBN) que incluyó: edad, sexo, nacimiento, posición del niño entre sus hermanos, estado de desarrollo y estado de salud desde la percepción de la madre (Apéndice B).
- b) El Cuestionario de Acciones de Cuidado Dependiente (DCA) de Moore y Gaffney (1989); este instrumento contiene las acciones maternas para el cuidado de los hijos (Apéndice C). Para su uso se cuenta con la autorización

de las autoras, (Apéndice F). El DCA cuenta con 39 preguntas, de las cuales, para fines de este estudio, se utilizaron 23, que incluyeron acciones para satisfacer los requisitos universales y de desarrollo del niño.

Este Instrumento con escala tipo Likert tiene los criterios de: “siempre”, “frecuentemente”, “ocasionalmente”, “raras veces” y “nunca”; con valores de 5 a 1; donde 5 es el de mayor frecuencia y 1 es el de cero frecuencia. Se agregó un criterio más, el 9, que es para los casos que “no aplican”. El rango de la posible calificación general fue de 23 a 115. Los valores mínimos y máximos posibles variaron por la edad de los niños de la siguiente manera:

Niños de 1 a 5 meses: de 14 a 70

Niños de 6 a 7 meses: de 18 a 90

Niños de 8 a 11 meses: de 19 a 95

Niños de 12 a 17 meses: de 22 a 110

Niños de 18 a 36 meses: de 23 a 115

La razón de la variación en las calificaciones se debió a que por ejemplo: a los niños menores de 8 meses, no se les aplicaron las siguientes preguntas, “me aseguro que mi niño se alimente con cada uno de los grupos básicos”; “reviso los lugares de la casa por peligros futuros”.

La calificación más alta indica un nivel alto de desempeño del agente de cuidado dependiente. La confiabilidad del instrumento de DCA de Gaffney y Moore fue de 0.87 para la muestra (n=260) de la población hondureña, y para Estados Unidos fue de 0.88. (Tabla 1).

c) El tercer instrumento, diseñado por la autora de la presente investigación, fue el de Actividades de Estimulación Espontánea Materna (AEEM), elaborado

para conocer qué y cuánto hacen las madres para estimular el desarrollo del niño (Apéndice C). Comprende 11 preguntas abiertas con tres sub-escalas de medición; la primera, se nombró como actividades de estimulación espontánea materna 1 (AEEM1), que se refiere a si realizan o no la actividad; si la respuesta es sí, se procede a la siguiente sub-escala, que es la frecuencia de las actividades de estimulación espontánea materna 2 (AEEM2), y la tercera, se refiere al tiempo de duración de cada una de las actividades de estimulación espontánea materna (AEEM3).

Las tres sub-escalas de actividades de estimulación espontánea materna 1, 2 y 3; obtuvieron Alphas aceptables, dado que es la primera vez que se aplica el instrumento con estas sub-escalas, según, según Polit y Hungler (1997), (tabla 1).

Tabla 1

Confiabilidad de Instrumentos DCA, AEEM1, AEEM2 y AEEM3

INSTRUMENTO	REACTIVOS	CONFIABILIDAD	ESCALA
Acciones de Cuidado Dependiente (DCA)	23	0.87	Tipo Likert 1,2,3,4,5
Actividades de Estimulación Espontánea M. 1 (AEEM1)	11	0.70	Cerradas Si, no
Actividades de Estimulación Espontánea M. 2 (AEEM2)	11	0.68	Cerradas
Actividades de Estimulación Espontánea M. 3 (AEEM3)	11	0.68	Cerradas

Fuente: DCA; AEEM 1,2 y 3

n=260

d) El cuarto Instrumento lo constituyó la prueba de Valoración del Desarrollo del niño, el Denver II de Frankenburg, et al. (1990); (Apéndice E) que ha sido diseñado para usarse con niños aparentemente sanos desde el nacimiento hasta los 6 años. Está diseñado para identificar con rapidez y confiabilidad a los niños cuyo nivel de desarrollo es anormal, normal o avanzado, y para tener un registro de mediciones objetivas del desarrollo que sirven de referencia en el futuro.

El Denver II proporciona una impresión clínica organizada del desarrollo general del niño, y alerta al usuario acerca de las dificultades potenciales del desarrollo. El instrumento ha sido probado en más de 50 millones de niños en todo el mundo (Frankenburg, et al.1990), incluso en Honduras, por lo que su validez radica en su estandarización, entendiéndose ésta como la popularidad en su uso. El Denver II consiste en 125 tareas o puntos, que están ordenados en forma de examen en cuatro secciones, para examinar las siguientes áreas de función:

1. Personal social: se refiere a relacionarse con la gente y entender las necesidades personales.
2. Motor fino adaptativo: se refiere al logro de coordinación de ojos y manos, manipulación de objetos pequeños y solución de problemas.
3. Lenguaje: implica oír, comprender y usar el lenguaje
4. Motor burdo: se refiere a la capacidad de sentarse, caminar, saltar y movimientos musculares generales.

La confiabilidad del promedio del Denver II es de 0.90, y es válido a nivel mundial (Frankenburg, et al. 1990).

3.5. Prueba Piloto

Los primeros tres instrumentos se sometieron a una prueba piloto con 60 madres seleccionadas de la misma población del presente estudio. Los propósitos fueron, identificar qué reactivos aplicaban según la edad de los niños y requisitos que satisfacían; determinar la comprensión del lenguaje de cada uno de los reactivos; determinar el tiempo promedio en la aplicación de la prueba y categorizar los reactivos.

Cinco enfermeras previamente capacitadas y la autora de la investigación realizaron la prueba en mención, esto permitió efectuar algunas modificaciones al instrumento DCA inicial: se eliminaron 16 preguntas que no correspondían a acciones de madres con niños entre 1 mes y 3 años. También se eliminaron preguntas que correspondían a acciones para satisfacer requisitos de desviación de la salud, además de preguntas que no aplicaban para la población del presente estudio por la corta edad de los niños.

El cuestionario resultante fue de 23 preguntas, y concomitantemente al desempeño de ciertas actividades de cuidado materno para los hijos, por ejemplo: "me aseguro que mi niño esté provisto con comidas de los 3 grupos básicos" solo aplica a niños mayores de 6 meses; otro ejemplo es "reviso lugares fuera de la casa por peligros para mi niño", aplica a niños que ya empiezan a desplazarse solos (8 meses en adelante). Se modificó el lenguaje literal de la traducción del DCA a palabras de uso popular que significaban lo mismo y que no cambiaba el sentido de la pregunta.

Las fichas de Factores Condicionantes Básicos de la madre (FFCBM) y del niño (FFCBN) también se sometieron a prueba piloto, lo que permitió categorizar las preguntas que se tenían de manera abierta.

Se cambió el orden de las preguntas al momento de aplicarlas, para ayudar a que las madres obtuvieran el mayor interés en su participación. El tiempo promedio para la aplicación de los instrumentos fue de 25 minutos.

3.6. Procedimientos

Se diseñó y realizó un taller para enfermeras sobre “Actualización en valoración del desarrollo del niño y estimulación temprana” con una duración de 20 horas, al cual asistieron 22 profesionales de la enfermería; posterior al mismo se seleccionaron cinco personas como encuestadores y valoradores del desarrollo del niño.

La autora de la investigación actuó como modelo al aplicar tanto el instrumento de Acciones de Cuidado Dependiente (DCA), como el de Actividades de Estimulación Espontánea Materna (AEEM1, 2 y 3) y el Denver II, según programación pre-establecida, en las primeras 10 encuestas y valoraciones del desarrollo del niño, a fin de asegurar la calidad en la obtención de la información. Los cuestionarios y valoraciones de desarrollo se revisaron cada día, para que la información estuviese completa y bien elaborada. El levantamiento de datos se realizó en 90 días.

El proceso de recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

a) Antes de la recolección de datos se procedió a: seleccionar los barrios y colonias que no fueron afectados directamente por un desastre natural reciente en el país; se calculó la muestra según tamaño de la población, con un nivel de significancia y error 0.05 y 0.07 respectivamente; se seleccionaron aleatoriamente las manzanas y viviendas mediante tabla de números aleatorios y se ubicaron las viviendas en el mapa correspondiente.

b) Durante la recolección de datos se localizaron las manzanas en el mapa y se identificaron las viviendas, luego se procedió a identificar los sujetos del estudio, según criterios de inclusión predeterminados; si éstos se cumplían, se informa a la madre sobre el qué y para qué queríamos su colaboración, si aceptaban participar, se procedía al levantamiento de encuestas y a la valoración del niño. Posterior a la toma de datos y a la valoración del niño, se les entregó a las madres un folleto informativo, se dio respuesta a las interrogantes planteadas y se enfatizó sobre aspectos detectados en la valoración con la prueba Denver II.

Una dificultades encontrada durante la recolección de datos fue que en ocasiones no se encontraron en sus casas el niño o la madre, en esos casos se volvía a otra hora y/o día; otra dificultad fue que el niño se encontraba enfermo al momento de la prueba; en esos casos se seleccionaba la siguiente vivienda hasta encontrar el binomio madre-niño que cumpliera con los requisitos.

3.7. Análisis de Factores

Se determinó la validéz de los dos instrumentos de Cuidado Materno a través del análisis de factores a la muestra total (n=260).

Tabla 2

**Matriz de Componentes Rotados
Instrumento Acciones de Cuidado Dependiente (DCA)**

REACTIVOS	COMPONENTES						
	1	2	3	4	5	6	7
Comunicación efectiva	.710						
Preferencias por las comidas	.694						
Evalúa aire que respira	.674						
Peligros fuera de la casa	.592						
Le ofrece suficientes líquidos	.506						
Hogar seguro para el niño		.745					
Clima caliente doy más líquidos		.675					
Pienso como esta desarrollándose		.565					
Alimentación adecuada		.522					
Actividades con otros niños			.788				
Apoyo a actividades de grupo			.777				
Actividades sociales			.754				
Oportunidades de juego			.665				
Aprenda balbuceos y palabras				.865			
Reciba vacunas				.863			
Ayudo a ser independientes				.524			
Elogio al niño					.732		
Participación en actividades familiares					.649		
Comer de los 3 grupos					.618		
Busca períodos de descanso						.822	
Dormir bien por la noche						.601	
Control de salud							.761
Fumando en la casa							.514

Fuente: DCA

n=260

El 66.38 por ciento de la variación en los datos es explicada por los 7 componentes principales que se describen en la tabla 2. Parece ser que se agrupan por tipo de necesidades que satisfacen. Los reactivos que mostraron más carga en los componentes 1,2, 6 y 7, se inclinan por la satisfacción de

requisitos universales; mientras que los reactivos de más carga en los componentes 3,4,5; parecen ser que satisfacen requisitos del desarrollo del niño. (tabla 2).

Tabla 3

**Análisis de Componentes Rotados
Instrumento Actividades de Estimulación Espontánea Materna (AEEM)**

COMPONENTE	TOTAL	% DE VARIANZA	% ACUMULADO
1	1.788	16.256	16.256
2	1.781	16.194	32.449
3	1.422	12.923	45.373
4	1.370	12.450	57.823

Fuente: AEEM

n=260

Para el instrumento de Actividades de Estimulación Espontánea Materna (AEEM), el 57.82 por ciento de la variación en los datos (tabla 3), es explicada por los 4 componentes principales que se describen en la tabla 4.

La tendencia es que los reactivos de más carga en el componente 1 parece ser que estimulan el desarrollo del niño en las áreas motor fino y grueso; los reactivos de más carga en el componente 2 parecen que estimulan el desarrollo en el área del lenguaje; el componente 3 estimula el desarrollo en el área social; el componente 4 no presenta cargas mayores de .453, para el reactivo juega con el niño, el componente con mayor carga fue el 1 (tabla 4).

Tabla 4

**Matriz de Componentes del Instrumento
Actividades de Estimulación Espontánea Materna (AEEM)**

REACTIVOS	COMPONENTES			
	1	2	3	4
Estimula al juego	.677	-.284	.109	.321
Ejercicios corporales	.650	-4.603E-02	-.224	-.359
Ejercicios visuales	.627	2.678E-02	-.281	-.470
Ejercicios de conocimiento	.608	-.264	-.183	-.255
Juega con el niño	.577	-8.550E-02	-.137	.453
Proporciona juguetes	.552	.784	-.138	.323
Caricias	.166	.712	-.209	7.189E-02
Hablarle	.253	-6.022-02	-5.594E-02	.247
Formación de hábitos	.261	.307	.667	-.228
Sacarlo a pasear	.377	.120	.490	-.197
Escucharle	.443		.461	.195

Fuente: AEEM

n=260

3.8. Ética del Estudio

La investigación realizada se consideró sin riesgo para los sujetos del estudio, debido a que no se manipuló variable alguna. La Secretaría Técnica del Consejo y Dirección de Capacitación (1992) de Honduras fue el marco legal considerado en el presente estudio. El derecho de autonomía menciona la capacidad moral y legal que tiene la mujer de tomar sus propias decisiones y participar o no en estudios de investigación; este derecho para la mujer fue respetado por el personal de apoyo en la recolección de datos.

El derecho a la información se contempló a través de la explicación de manera sencilla y clara por el personal de salud. Se respetó el derecho a la

confidencialidad, en éste se considera el derecho que tiene la madre de que no sea divulgada la información que proporciona, de acuerdo al secreto profesional.

3.9. Análisis Estadístico

Se elaboró un programa de captura de datos, los que se procesaron en el programa estadístico computacional "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS .8.0 para Windows 95), del cual se obtuvieron los resultados estadísticos tanto descriptivos como inferenciales. Se aplicaron pruebas de coeficiente de correlación de Spearman, prueba de Kolmogorov-Smirnov, Análisis de Varianza no paramétrica de Kruskal Wallis, Prueba U de Mann Whitney y Regresión Logística.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

Este capítulo se divide en tres apartados y corresponden a:

1) Datos descriptivos, 2) Estadísticas descriptivas: medidas de tendencia central, de dispersión y de distribución; y 3) Estadísticas inferenciales: Coeficiente de Correlación de Spearman, Análisis de Varianza de Kruskal–Wallis, prueba U de Mann Whitney y Regresión Logística (Polit y Hungler, 1997; Daniel, 1993).

4.1 Datos Descriptivos

Los datos que a continuación se presentan describen a la población del estudio: madres y niños de 1 mes a 3 años.

Tabla 5

Estado de Salud de las Madres.

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS	FR	%
Estado de salud		
Muy buena	133	51.2
Buena	97	37.3
Regular	25	9.6
Mala	5	1.9

Fuente: FFCBM

n=260

FFCBM: Ficha de Factores Condicionantes Básicos Maternos.

La tabla 5 muestra que el 88.5 por ciento de las madres se auto perciben con muy buena y buena salud. El 11.5 por ciento se consideraron con regular y mal estado de salud.

Tabla 6

**Factores Condicionantes Básicos de las Madres:
(Orientación Sociocultural)**

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS DE ORIENTACIÓN SOCIOCULTURAL	FR	%
Escolaridad		
Analfabeta	14	5.4
Primaria	84	32.3
Secundaria	131	50.4
Universidad	31	11.9
Ocupación		
Ama de casa	141	54.2
Técnicas	57	21.9
Obreras	27	10.4
Profesionistas	24	9.2
Estudiantes	11	4.2
Estrato Social		
Medio	54	20.76
Bajo	206	79.24

Fuente: FFCBM;

n=260

La mitad de la población tuvo una escolaridad de nivel medio (50.4%); un 54.2 por ciento fueron amas de casa, el resto (45.8%) se ocupa en 27 trabajos diversos fuera del hogar, que fueron categorizadas en cuatro tipos. El 79.24 por ciento de la población pertenece a un estrato social bajo, el cual fue determinado por la ubicación geográfica de la vivienda, por las condiciones de la misma y el gasto semanal en alimentos (tabla 6).

Tabla 7

**Factores Condicionantes Básicos de las Madres:
(Orientación del Sistema Familiar)**

FCB/ SISTEMA FAMILIAR	FR	%
Estado Marital		
Con compañero	203	78.1
Sin compañero	57	21.9
Número de hijos		
1 hijos	102	39.2
2 hijos	63	24.2
3 hijos	53	20.4
4 o Más hijos	42	16.2
Gasto semanal en alimentos		
Menos de L. 500 (\$330)	180	69.2
De L.501 a L.1000 (\$ 330 a \$ 660)	76	29.2
De L.1001 a L.1500 (\$ 660 a \$ 990)	4	1.5

Fuente:FFCBM

n=260

L= Lempira, moneda oficial de Honduras.

El cambio a la fecha actual es de (un lempira) L.1.00 = \$ 0.66 (pesos mexicanos).

En la tabla 7 puede detectarse que la mayoría de las madres (78.1%) tienen compañeros de hogar, siendo casadas o en unión libre. El 39.2 por ciento de las madres tienen un solo hijo, el 79.6 por ciento tienen de 1 a 3 hijos, con un promedio de 2.33 hijos y variabilidad de 1.60; el máximo de hijos fue 10.

Un alto porcentaje (69.2 %) de las madres gastan menos de L.500.00 (\$330 pesos mexicanos) semanales en alimentos, con un promedio de L.468.62 (\$309.28) con amplia variabilidad de L.221.12 (\$145.94). El valor mínimo de ingreso encontrado fue de L.70.00 semanales (\$ 46.20) y el máximo de L.1500.00 (\$ 990.00) por semana.

Tabla 8

Factores Condicionantes Básicos de los Niños

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS	FR	%
Edad del niño		
1 a 5 meses	81	31.2
6 a 7 meses	20	7.7
8 a 11 meses	17	6.5
12 a 17 meses	35	13.5
18 a 36 meses	107	41.1
Sexo		
Masculino	121	46.5
Femenino	139	53.5
Forma de nacimiento		
Ignora	2	0.8
A término	224	86.2
Prematuro	24	9.2
Pos maduro	10	3.8
Posición entre sus hermanos		
1 de 1	111	42.7
2 de 2	65	25.0
3 de 3	47	18.1
Del 4 al 10	37	14.2
Estado de salud		
Muy buena	138	53.07
Buena	79	30.38
Regular	37	14.24
Mala	6	2.31

Fuente: FFCBN

n=260

FFCBN: Factores Condicionantes Básicos de los Niños

Los grupos etarios de mayor predominio, como se muestra en la tabla 8, corresponde a los niños de 1 a 5 meses (31.2 %) y a los de 18 a 36 meses (41.1%), la edad mínima fue de 1 mes y la máxima de 36 meses, una media de 15 meses y variabilidad de 11.50. Un poco más de la mitad (el 53.5 %) de los niños fueron del sexo femenino. Nacidos a término fueron 86.2 por ciento. Casi la mitad de los niños (42.7%) fueron hijos únicos; 25 por ciento ocuparon el segundo lugar entre sus hermanos; el 85.8 por ciento de los niños se

encontraban del primer al tercer lugar entre sus hermanos, con una media de 2.22 y D.E.=1.57. Destaca que las madres en un 83.45 por ciento, consideraron que la salud de sus hijos era muy buena y buena.

Tabla 9

Estado del Desarrollo del Niño

VALORACIÓN	PERSONAL SOCIAL		MOTOR FINO		MOTOR GRUESO		LENGUAJE		VALORACIÓN GENERAL	
	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%	FR	%
Normal	256	98.5	246	94.6	252	96.9	245	94.2	231	88.8
Anormal	2	.8	6	2.3	1	.4	5	1.9	8	3.1
Cuestionable	0	0	2	.8	3	1.2	3	1.2	7	2.7
Inestable	2	.8	6	2.3	4	1.5	7	2.7	14	5.4

Fuente: Denver II

n=260

Normal: Ningún retraso y máximo una cautela

Anormal: El niño que tiene 2 o más retrasos en los puntos o tareas.

Cuestionable: Un retraso y 1 o 2 cautelas.

Inestable: Depende del número de rechazos o cautelas si califican como fallas.

Cautela: Cuando falla una tarea que cae dentro de su edad.

Retraso: Cuando un niño falla o rechaza una tarea que está antes de su edad.

Puede observarse en la tabla 9, que en todas las áreas de la valoración del desarrollo prevalece la situación de normalidad al menos en 94 por ciento; sin embargo, en áreas específicas, el desarrollo anormal o inestable fue mayor en el área motor fino (2.3 por ciento). En lenguaje los niños catalogados como inestables constituyeron el de 2.7 por ciento. La valoración general muestra que el 88.8 por ciento obtuvo puntuación normal, y el 11.2 por ciento, fue valorado como anormal, inestable y cuestionable.

Tabla 10

Conducta del Niño Durante la Valoración Denver II

DENVER	CONDUCTA TÍPICA		INTERES EN SU ALREDEDOR			TEMEROSOS			ATENCIÓN A LA PRUEBA		
	SI	NO	NAD A	POCO	ALERTA	MUCHO	MODE RADO	NADA	DIS TRA IDO	POCO DIST.	APRO PIADO
Normal	209	22	2	50	179	4	64	193	5	54	172
Anormal	3	5	1	4	3	3	3	2	2	3	3
Cuestionable	6	1	0	3	4	0	3	4	0	4	3
Inestable	11	3	2	7	5	1	6	7	1	7	6

Fuente: Denver II

n = 260

La tabla 10 muestra la prueba de conducta, la que se constituye en el complemento de la valoración del desarrollo con Denver II, permitió comprobar que dicha valoración fue válida dados los resultados de la misma. El 80.38 por ciento (n=209) de los niños valorados como normales mantuvieron su conducta usual, según reportó su madre.

El 68.84 por ciento (n=179) de los niños se mostraron alertas, interesados en su alrededor; 74.23 por ciento (n=193) no se mostraron nada temerosos ante la prueba y 66.15 por ciento (n=172) mantuvieron una atención apropiada a la prueba.

Tabla 11

Acciones de Cuidado Dependiente Maternas para Satisfacer Requisitos Universales.

ACCIONES DE CUIDADO DEPENDIENTE DE LA MADRE	NUNCA	RARAMENTE	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE	NO APLICA
	FR (%)	FR (%)	FR (%)	FR (%)	FR (%)	FR (%)
Control de salud	22 (8.5)	18 (6.9)	40 (15.4)	45 (17.3)	135 (51.9)	0 (0)
Hogar seguro	4 (1.5)	8 (3.1)	17 (6.5)	46 (17.7)	185 (71.2)	0 (0)
Comer de los 3 grupos	3 (1.7)	6 (3.4)	25 (14.0)	38 (21.2)	107 (59.8)	81 (31.2)
Alimentación adecuada	1 (4)	4 (1.5)	32 (12.3)	32 (12.3)	191 (73.5)	0 (0)
Busca descanso	14 (5.4)	7 (2.7)	32 (12.3)	36 (13.8)	171 (65.8)	0 (0)
Reciba sus Vacunas	2 (8)	2 (8)	3 (1.2)	12 (4.6)	241 (92.7)	0 (0)
Duerma bien en la noche	1 (4)	4 (1.5)	20 (7.7)	41 (15.8)	194 (74.6)	0 (0)
Suficientes líquidos	0 (0)	5 (1.9)	25 (9.6)	47 (18.1)	183 (70.4)	0 (0)
Saco al niño si fuman	37 (14.2)	10 (3.9)	5 (1.9)	23 (8.8)	185 (71.2)	0 (0)
Preferencias en comidas	8 (4.5)	13 (7.3)	38 (21.2)	37 (20.7)	83 (46.4)	81 (31.2)
Reviso casa por peligros	3 (1.9)	3 (1.9)	16 (10.1)	21 (13.2)	116 (73)	101 (38.8)
Calidad aire que respira	12 (4.6)	12 (4.6)	49 (18.8)	51 (19.6)	136 (52.3)	0 (0)
Si el clima es caliente da más líquidos	12 (4.6)	9 (3.5)	31 (11.9)	56 (21.5)	152 (58.5)	0 (0)

Fuente: DCA

n=260

DCA: Acciones de Cuidado Dependiente (siglas en Inglés)

Se observa en la tabla 11 que "siempre", fue la escala más seleccionada por las madres al cuestionarlas sobre la realización de las diferentes acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales de sus hijos. Los mayores porcentajes obtenidos fueron: en el "cuidado en vacunar a sus hijos" (92.7%); que "duerma bien por la noche" (74.6%) y "alimentación adecuada"

(73.5%). Tener un “hogar seguro” y “sacar al niño de la habitación si alguien fuma”, ocuparon el cuarto lugar con un 71.2 por ciento.

Las actividades menos realizadas, reportadas como efectuadas “ocasionalmente”, “raramente” y “nunca” fueron: el “llevar a control regular de salud” (30.8%); “evaluar la calidad de aire que el niño respira” (28.8%) y “buscar periodos de descanso” para su hijo (20.4 %).

Tabla 12

Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos del Desarrollo del Niño.

ACCIONES DE CUIDADO DEPENDIENTE DE LA MADRE	NUNCA FR (%)	RARAMENTE FR (%)	OCASIONALMENTE FR (%)	FRECUENTEMENTE FR (%)	SIEMPRE FR (%)	NO APLICA FR (%)
Actividades con otros	8 (5.6)	6 (4.2)	25 (17.6)	28 (19.7)	75 (52.8)	118 (45.4)
Oportunidad de juego	4 (2.2)	2 (1.1)	20 (11.2)	31 (17.3)	122 (68.2)	81 (31.2)
Actividades familiares	4 (2.2)	6 (3.4)	22 (12.3)	42 (23.5)	105 (58.7)	81 (31.2)
Actividades sociales	9 (6.3)	11 (7.7)	19 (13.4)	34 (23.9)	69 (48.6)	118 (45.4)
Hace juicio de su desarrollo	10 (3.8)	5 (1.9)	32 (12.3)	54 (20.8)	159 (61.2)	0 (0)
Actividades de grupo	12 (8.5)	8 (5.6)	14 (9.9)	39 (27.5)	69 (48.6)	118 (45.4)
Elogia a su hijo	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (3.1)	28 (10.8)	224 (86.2)	0 (0)
Estimulo su independencia	14 (5.4)	15 (5.8)	41 (15.8)	63 (24.2)	127 (48.8)	0 (0)
Aprenda balbuceos	4 (1.5)	4 (1.5)	17 (6.5)	34 (13.1)	201 (77.3)	0 (0)
Comunicación efectiva	3 (2.8)	2 (1.9)	9 (8.4)	20 (18.7)	73 (68.2)	153 (58.8)

Fuente: DCA

n=260

En relación a las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos del desarrollo, en la tabla 12 se destaca el criterio de “siempre” en la mayoría de las variables, las actividades enunciadas que se realizaron en un mayor porcentaje fueron “elogia al hijo” (86.2%), “aprenda balbuceos” (77.3%), “comunicación efectiva” y brindarle “oportunidades de juego” ambas obtuvieron 68.2 por ciento.

Llama la atención que las actividades que ocasionalmente realizaron las madres fueron “facilitar actividades con otros niños” (17.6%); “estimular la independencia del niño” (15.8%)y “actividades sociales” (13.4%). Un grupo de 6.3 por ciento de madres nunca fomentaron actividades sociales y/o actividades de grupo (8.5%).

Tabla 13

Actividades de Estimulación Espontánea Materna para el Desarrollo del niño.

ACTIVIDADES QUE REALIZAN	No		Si	
	FR	%	FR	%
Ejercicios corporales	127	48.8	133	51.2
Ejercicios visuales	99	38.1	161	61.9
Hablarle	7	2.7	253	97.3
Caricias	1	.4	259	99.6
Escucharle y dar respuesta	13	5.0	247	95
Dar juguetes	62	23.8	198	76.2
Jugar con el niño	29	11.2	231	88.8
Estimular al juego	71	27.3	189	72.7
Sacarlo a pasear	32	12.3	228	87.7
Formación de Hábitos	57	21.9	203	78.1
E. Conocimiento y atención	126	48.5	134	51.5

Fuente: AEEM

n=260

AEEM: Actividades de Estimulación Espontánea Materna.

Hubo un alto porcentaje de madres que no realizaron ejercicios corporales (48.8%), de conocimiento y atención (48.5%), visuales (38.15%), estimular al juego (27.3%) y no proporcionan juguetes a sus hijos (23.8%). Las madres reportaron que las actividades que más realizaron son en orden descendente, "acariciar al hijo" (99.6%), "hablar con el hijo" (97.3%), "escuchar y dar respuesta" (95%), "jugar con el niño" (88.8%), "sacarlo a pasear" (87.7%), "formación de hábitos" (78.1%). Estas actividades se realizaron de 5 a 7 días por semana (tabla 13).

4.2. Estadísticas Descriptivas.

A continuación se presentan las medidas de tendencia central, de dispersión y distribución, para los índices de sub-escalas de los instrumentos DCA y AEEM.

Tabla 14

Índices de Acciones de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos Universales y del Desarrollo

INDICES DCA	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIANA	MEDIA	D.E.
Acciones para satisfacer Requisitos Universales	38.46	100.	88.46	84.75	12.47
Acciones para satisfacer Requisitos del Desarrollo	25.00	100	87.50	84.18	14.77

Fuente : DCA

n=260

La tabla 14 muestra que existen mínimas diferencias (0.57) entre las medias y medianas en ambos índices, con una variabilidad más amplia para las acciones para satisfacer requisitos del desarrollo (14.77).

Tabla 15

Actividades de Estimulación Espontánea Materna 2
(Frecuencia por Semana)

ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN ESPONTÁNEA 2	MEDIANA	MEDIA	D.E.
Ejercicios corporales	1	2.39	2.80
Ejercicios visuales	3	3.13	2.94
Hablarle	7	6.60	1.39
Caricias	7	6.92	0.59
Escucharle y dar respuesta	7	6.48	1.66
Dar juguetes	7	4.45	3.07
Jugar con el niño	7	5.30	2.53
Estimular al juego	6	4.25	3.05
Sacarlo a pasear	1	1.95	1.84
Formación de hábitos	7	5.13	2.97
Ejercicios de conocimiento y atención	1	2.73	3.07

Fuente: AEEEM

n = 260

Para todas las actividades estudiadas y presentadas en la tabla 15, el valor mínimo observado fue 0 y el máximo 7. Las actividades efectuadas durante la semana, realizadas con más frecuencia, fueron en promedio de mayor a menor: las "caricias" (6.92 días por semana); seguido de "hablarle" (6.60); luego "escucharle y dar repuesta" (6.48). Las actividades menos realizadas fueron "ejercicios de conocimiento" (2.73); "ejercicios corporales" (2.39) y "sacarlos a pasear" (1.95).

Tabla 16

**Actividades de Estimulación Espontánea Materna 3
(Tiempo en Minutos)**

ACTIVIDAD EN MINUTOS	MÁXIMO	MEDIA	MEDIANA	D.E.
Ejercicios corporales	180	13.27	3	21.01
Ejercicios visuales	120	17.18	10	22.32
Hablarle	300	59.52	40	53.89
Caricias	240	50.63	35	40.37
Escucharle y dar respuesta	300	47.74	30	46.35
Dar juguetes	480	35.15	20	51.20
Jugar con el niño	180	37.67	30	31.86
Estimular al juego	120	24.73	20	25.33
Sacarlo a pasear	480	129.65	120	101.8
Formación de hábitos	120	28.47	30	27.35
Ejercicio de conocimiento y atención	120	14.80	5	20.12

Fuente: AEEM

n =260

Las actividades a las que las madres dedicaron más tiempo, como puede observarse en la tabla 16, fueron en el orden de mayor a menor, “sacarlos a pasear” con un promedio de 129.65 minutos, con amplia variabilidad de 101.8 minutos; seguido de “hablarles” en la cual reportan 59.52 minutos en promedio y variabilidad de 53.89. Las actividades menos realizadas fueron los “ejercicios visuales” con un promedio de 17.18 minutos y variabilidad de 22.32; los “ejercicios de conocimiento y atención” con un promedio de 14.80 minutos por día; por último la actividad menos realizada fue la de “ejercicios corporales” pasivos con un promedio de 13.27 minutos.

Tabla 17

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para Índices de Cuidado Materno

ÍNDICES	MEDIA	D.E.	K.S.	VALOR DE P
DCA	84.89	18.75	2.26	.000
DCA para satisfacer Requisitos Universales	84.75	12.47	2.441	.001
DCA para satisfacer Requisitos del Desarrollo	84.18	14.77	2.294	.001
Actividades Estimulación 1	78.18	18.67	2.91	.000
Actividades Estimulación 2	4.48	1.27	1.06	.207
Actividades Estimulación 3	41.71	19.48	.897	.397

Fuente :DCA; AEEM;

n=260

Al realizar la prueba de Kolmogorov Smirnov se encontró que la distribución de las acciones de cuidado dependiente no se distribuyen de manera normal en la mayoría de las sub escalas, excepto en las actividades de estimulación espontánea materna 2 y 3.

Las medias más altas se presentaron en las escala del DCA y las sub escalas de requisitos universales y del desarrollo con valores de $p < .002$. (Tabla 17).

4.3. Estadísticas Inferenciales

4.3.1. Análisis de Correlación

A continuación se presentan resultados de los Coeficientes de Correlación de Spearman para variables continuas de los instrumentos de FFCBM, FFCBN, DCA y AEEM 1, 2 y 3

Tabla 18

Coeficiente de Correlación de Spearman para Variables Continuas

Gasto semanal en alimentos	1.000						
Número de hijos	*						
	.126	1.000					
	.042						
Edad niño en meses							
	.098	.092	1.000				
	.115	.139					
Cuidado dependiente (DCA)	*	**	*				
	.144	-.169	-.123	1.000			
	.020	.006	.048				
	**	**		**			
Actividades estimulación espontánea 1	.246	-.189	-.005	.392	1.000		
	.000	.002	.939	.000			
	**	**		**	**		
Actividades estimulación espontánea 2	.193	-.205	-.074	.386	.868	1.000	
	.002	.001	.234	.000	.000		
	**		**	**	**	**	
Actividades estimulación espontánea 3	.166	-.076	.245	.180	.299	.252	1.000
	.007	.225	.000	.004	.000	.000	
	Gasto alim.	Nº hijos	Edad niño	DCA	AEEM1	AEEM2	AEEM3

Fuente: FFCBM; FFCBN; DCA; AEEM n=260
 ** La Correlación es significativa al nivel de 0.01
 *La Correlación es significativa al nivel de 0.05

Como no se encontró normalidad en la distribución de índices de cuidado materno, se procedió a efectuar correlaciones de Spearman entre las variables continuas que se describen en la tabla 18.

Dieciseis correlaciones de Spearman fueron significativas con $p < .05$; se destacan entre ellas las del índice de acciones cuidado dependiente y los índices de actividades de estimulación espontánea materna 1, 2, 3, valores de $p < .001$, $p < .001$, y $p=.004$, respectivamente. Otras relaciones fuertes se presentaron entre los índices de actividades de estimulación espontánea

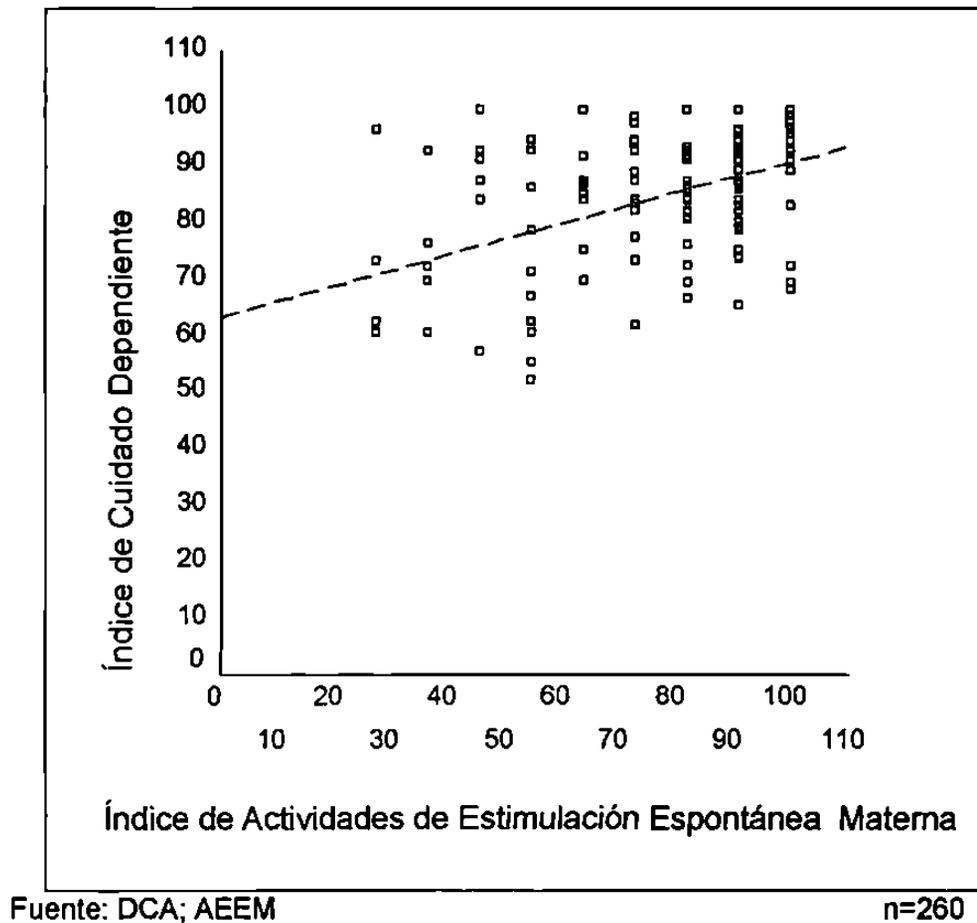
materna 1 con los índices de actividades de estimulación espontánea materna 2 y 3, valores de $p < .001$ en ambos casos.

Se encontraron relaciones negativas entre número de hijos e índices de acciones de cuidado dependiente ($p=.006$) y actividades estimulación espontánea materna (1 y 2, $p=.001$, y $p=.002$, respectivamente); no hubo significancia en relación al tiempo.

Otra relación significativa fue entre edad del niño y acciones de cuidado dependiente $r_s = .123$, $p=.048$ y; entre edad del niño con actividades de estimulación espontánea materna 3, que se refiere a la duración en minutos de cada actividad; obtuvo una $r_s = .245$, $p < .001$.

Figura 5

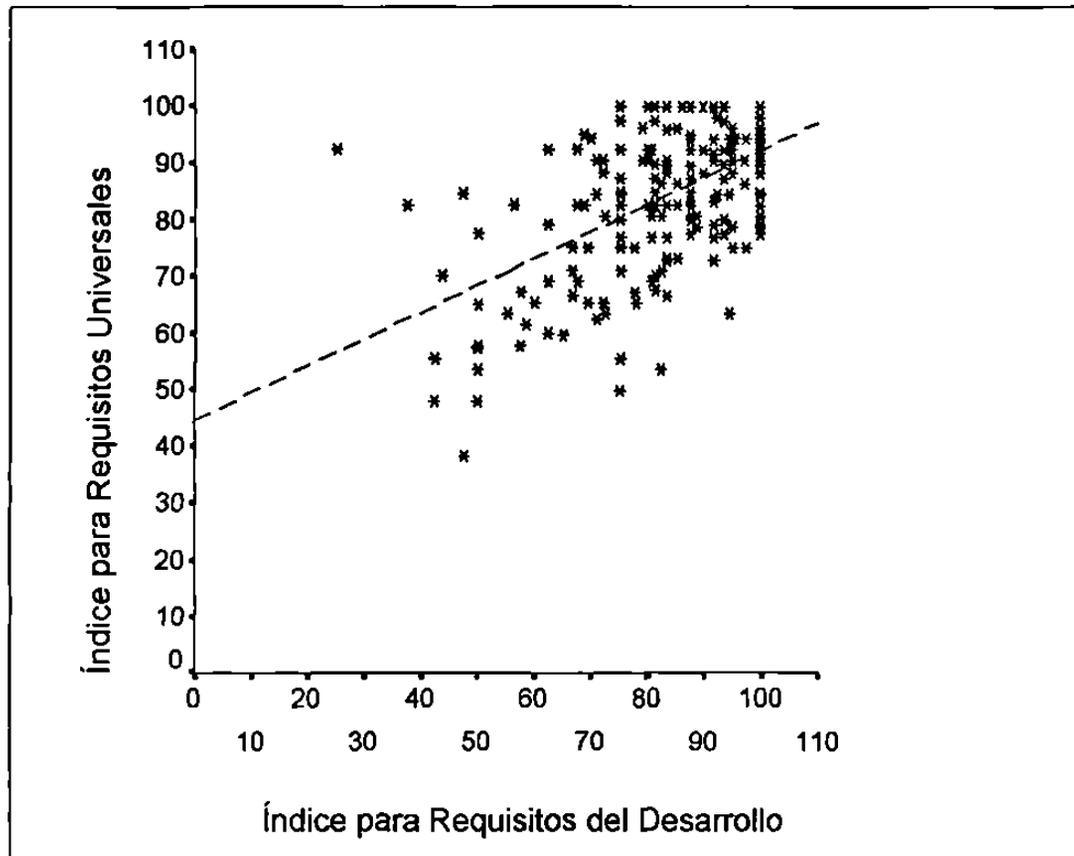
Valores Obtenidos entre Índices de Acciones de Cuidado Dependiente y Actividades de Estimulación Espontánea Materna



La figura 5 muestra la dispersión de las calificaciones positivas obtenidas entre los índices de acciones de cuidado dependiente y actividades de estimulación espontánea materna. El valor mínimo encontrado para el índice de cuidado dependiente fue de 42.39 y el máximo de 100, valor promedio de 84.63 y variabilidad de 11.74. Para el índice de AEEM el mínimo fue de 27.27 y el máximo de 100, media de 78.18 con una variabilidad de 18.67. Al correlacionar ambos índices se obtuvo un valor de $r_s=.392$ y $p=.001$.

Figura 6

Relación entre Índices de Cuidado Dependiente para Satisfacer Requisitos Universales y del Desarrollo



Fuente: DCA

n=260

En la figura 6 de dispersión, se pueden apreciar los valores obtenidos en las 260 calificaciones obtenidas al relacionar ambos índices; el valor mínimo fue de 38.46 para requisitos universales y 25.00 para los de desarrollo; el valor máximo fue de 100 para ambos índices. Se encontró además correlación significativa entre ambos índices ($r_s = .487$, $p < .001$).

4.3.2. Análisis de Varianza

En este apartado se presentan los resultados del Análisis de Varianza de Kruskal-Wallis y las tendencias del efecto y diferencias encontradas, para los casos de $p < .05$.

Tabla 19

Prueba de Kruskal-Wallis para Índices de Cuidado Materno, Estado de Salud y Marital de la Madre

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS	gl	ACCIONES DE CUIDADO DEPENDIENTE DCA		ACTIVIDADES ESTIMULACIÓN 1		ACTIVIDADES ESTIMULACIÓN 2		ACTIVIDADES ESTIMULACIÓN 3	
		χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Estado de salud de la madre	3	10.54	.015	3.05	.383	1.70	.637	7.276	.064
Estado marital	1	.889	.346	2.71	.100	3.93	.047	1.66	.197

Fuente: FCBM; DCA; AEEM

n=260

Puede observarse en la tabla 19 que el estado de salud de la madre mostró diferencias con las acciones de cuidado dependiente con $p=.015$.

El estado marital afectó las actividades de estimulación espontánea materna 2 (frecuencia por semana de las mismas) el cual mostró diferencias significativas, con $p=.047$, en donde las diferencias con valores más altos fueron para las madres con compañeros de hogar, siendo estas casadas o no. No hubo significancia entre estado de salud y AEEM 1 y 3.

Tabla 20

Estado de Salud de las Madres con Acciones de Cuidado Dependiente

ESTADO DE SALUD	n	MEDIANA	MEDIA	D.E.
Muy buena	133	89.13	86.29	11.10
Buena	97	86.95	84.40	11.09
Regular	25	81.52	77.69	14.55
Mala	5	86.84	79.92	14.82

Fuente: DCA; FFCBM, AEEM

De acuerdo a lo reportado en la tabla 20, las madres que se auto perciben con estado de salud muy buena y buena, son las que proporcionan mayores acciones de cuidado dependiente a sus hijos con un promedio de 89.13 y 86.95 respectivamente, con variabilidad de 11. En contraste, las que se perciben con regular estado de salud, proporcionan menos acciones de cuidado dependiente. (77.69). Los valores de las cinco madres con mal estado de salud proporciona promedios altos estos pudieron estar dados por escaso número de madres categorizadas dentro de esa variable.

Con la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney se evaluaron las diferencias entre el estado de salud muy buena y regular, y resultaron estadísticamente diferentes ($p=.003$); así como entre buena y regular ($p=.037$), el resto de las combinaciones no fueron significativas.

Tabla 21

Estado Marital y Actividades de Estimulación Espontánea Materna 2

ESTADO MARITAL	n	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	MEDIANA	MEDIA	D.E.
Sin compañero	57	.82	6.55	4.18	4.15	1.38
Con compañero	203	1.64	7.00	4.63	4.57	1.23
Total	260	.82	7.00	4.63	4.48	1.27

Fuente: FFCBM; DCA

Dado que se encontró efecto entre estado marital y AEEM2 (frecuencia por semana de las actividades de estimulación) se procedió a la prueba de medianas y se encontró que la tendencia es que las madres con compañeros de hogar (mediana=4.63) proporcionan actividades de estimulación espontánea un poco más veces por semana que las madres sin compañeros de hogar (mediana de 4.18).

Tabla 22

Prueba de Kruskal-Wallis para Factores Condicionantes Básicos de Orientación Sociocultural Maternos con Cuidado Materno

FCB ORIENTACIÓN SOCIO CULTURAL	gl	CUIDADO DEPENDIENTE		ACTIVIDADES ESTIMULACIÓN 1		ACTIVIDADES ESTIMULACIÓN 2		ACTIVIDADES ESTIMULACIÓN 3	
		χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Escolaridad	3	16.99	.001	32.43	.000	24.29	.000	.254	.968
Ocupación	4	16.22	.003	15.77	.003	10.68	.030	7.67	.104
Estrato social	1	22.08	.000	38.12	.000	33.71	.000	13.16	.000

Fuente: FCBM; DCA; AEEM 1,2 y 3

n= 260

La tabla 22 muestra que en 10 de las variables combinadas hubo efecto, con diferencias significativas para valores de $p < .03$. La ocupación y escolaridad de la madre mostró diferencias con acciones de cuidado dependiente y actividades de estimulación espontánea materna 1 y 2. El estrato social mostró diferencias con todos los índices de cuidado materno.

Tabla 23
Escolaridad e Índices de Cuidado Materno

ESCOLARIDAD/ CUIDADO MATERNO	n	MEDIANA	MEDIA	D.E.
DCA				
Sin escolaridad	14	70.37	73.11	16.93
Primaria	84	85.79	82.40	13.29
Secundaria	131	87.50	85.89	9.77
Universidad	31	92.39	90.56	6.66
AEEM1				
Sin educación	14	72.72	68.83	20.08
Primaria	84	72.72	70.34	20.26
Secundaria	131	81.81	81.81	15.78
Universidad	31	90.90	88.26	15.60
AEEM2				
Sin educación	14	3.68	3.94	1.48
Primaria	84	4.14	4.06	1.35
Secundaria	131	4.72	4.62	1.10
Universidad	31	5.27	5.28	1.15

Fuente: DCA, FFCB, AEEM

Se puede observar en la tabla 23 que los índices más elevados en todas las medianas fueron los de madres con educación universitaria; las madres analfabetas y las que tienen sólo educación primaria son las que presentan medianas más bajas en todos los índices de cuidado materno y amplias variabilidades. Es importante señalar que las medias permiten apreciar que

existen pocas diferencias en todos los grupos en la frecuencia por semana de las actividades de estimulación espontánea materna (AEEM2), y que existen pequeñas variabilidades dentro de las mismas.

Al efectuar la prueba U de Mann Whitney se encontró que estadísticamente sí son diferentes las medias de las categorías sin educación y primaria ($p=.047$) para el índice de acciones de cuidado dependiente; la combinación sin educación y secundaria fue estadísticamente diferente con $p < .001$ para el DCA y AEEM1; sin educación y universidad fue significativa para todos los índices de cuidado materno con $p < .005$. Al evaluar las diferencias entre las madres con educación primaria y secundaria se encontró que estadísticamente si eran diferentes con las AEEM1 y 2 ($p < .002$). Primaria y universidad fueron diferentes con todos los índices de cuidado materno ($p < .003$). Secundaria y universidad también fueron diferentes ($p < .014$).

La tabla 24 muestra que en todos los casos las medianas más altas fueron para los estudiantes, las diferencias de éstas con acciones de cuidado dependiente fue de 92.10; con actividades de estimulación espontánea materna 1 fue de 90.90 con una variabilidad de 11.56; con actividades de estimulación espontánea materna 2 la mediana fue de 4.90 con poca variabilidad. Las profesionistas ocuparon el segundo lugar, seguidas de las técnicas en casi todos los índices, excepto en las acciones de cuidado dependiente que ocupan el tercer lugar. El grupo de madres calificadas como obreras presentan los valores medios más bajos, con altas variabilidades (de 1.30 a 22.60).

Al efectuar la prueba U de Mann whitney se encontró que estadísticamente fueron diferentes las categorías amas de casa con las madres técnicas para los índices de DCA y AEEM1, $p < .05$. Amas de casa y obreras para las acciones de cuidado dependiente ($p = .007$); amas de casa y estudiantes ($p = .034$); técnicas y obreras para todos los índices de cuidado materno ($p < .005$) obreras y profesionistas con todos los índices de cuidado materno ($p < .001$); obreras y estudiantes con $p < .02$. El resto de combinaciones no fueron estadísticamente diferentes (tabla 24).

Tabla 24
Ocupación e Índices de Cuidado Materno

OCUPACIÓN / CUIDADO MATERNO	n	MEDIANA	MEDIA	D.E.
DCA				
Ama de casa	141	86.11	84.28	11.36
Técnicas	57	90.21	87.68	9.74
Obreras	27	78.57	75.30	16.32
Profesionistas	24	88.04	87.53	7.54
Estudiantes	11	92.10	89.98	8.22
AEEM1				
Ama de casa	141	81.81	76.20	19.18
Técnicas	57	81.81	83.25	14.76
Obreras	27	72.72	68.35	22.60
Profesionistas	24	90.90	84.09	15.22
Estudiantes	11	90.90	88.24	11.56
AEEM2				
Ama de casa	141	4.45	4.39	1.36
Técnicas	57	4.72	4.75	1.05
Obreras	27	3.64	3.91	1.30
Profesionistas	24	4.90	4.80	1.09
Estudiantes	11	4.90	4.99	.84

Fuente: FCBM, DCA; AEEM

Tabla 25

Estrato Social e Índices de Cuidado Materno

ESTRATO SOCIAL / CUIDADO MATERNO	n	VALOR MÍNIMO	MEDIANA	MEDIA	VALOR MÁXIMO	D.E.
DCA						
Medio	54	66.67	92.85	90.79	100	7.76
Bajo	206	42.39	85.86	83.02	100	12.08
Total	260	42.39	87.50	84.63	100	11.74
AEEM1						
Medio	54	63.64	90.90	91.24	100	9.50
Bajo	206	27.27	81.81	74.75	100	18.98
Total	260	27.27	81.81	78.18	100	18.67
AEEM2						
Medio	54	3.18	5.45	5.36	7.00	.853
Bajo	206	.82	4.27	4.25	7.00	1.26
Total	260	.82	4.63	4.48	7.00	1.27
AEEM3						
Medio	54	10.00	32.50	33.41	65.00.	12.62
Bajo	206	3.18	43.63	43.88	107.73	20.38
Total	260	3.18	40.54	41.71	107.73	19.48

Fuente: FFCM; DCA; AEEM 1,2

La tabla 25 muestra que la combinación estrato social medio con cuidado materno obtuvo los promedios y medianas más altos al compararse con los de estrato social bajo. La mayor variabilidad observada fue para el estrato social bajo (20.38).

La tabla 26, muestra que la escolaridad produce efecto en las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales y del desarrollo $p < .01$ y que el estrato social produce efecto en las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales y del desarrollo $p < .001$. También se encontró efecto de la ocupación materna y acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales ($p = .001$). El resto de las

combinaciones de variables no mostraron efecto. Las diferencias se muestran en las dos tablas siguientes.

Tabla 26

Prueba de Kruskal-Wallis entre FCBM de Orientación Sociocultural Y Acciones de Cuidado Dependiente para Requisitos Universales y del Desarrollo

FCB DE OSC / DCA PARA R. UNIVERSALES Y DEL DESARROLLO	gl	DCA PARA REQUISITOS UNIVERSALES		DCA PARA REQUISITOS DEL DESARROLLO	
		χ^2	p	χ^2	p
Escolaridad	3	15.46	.001	11.12	.011
Ocupación	4	18.58	.001	6.58	.159
Estrato social	1	15.20	.000	16.64	.000

Fuente FFCBM; DCA

n=260

Tabla 27

FCBM de Orientación Sociocultural y DCA para Requisitos Universales.

FCBM DE OSC / DCA PARA R. UNIVERSALES	n	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIANA	MEDIA	D.E.
Escolaridad	260					
Sin educación	14	38.46	100	71.25	73.08	18.30
Primaria	84	48.08	100	85.00	82.33	13.87
Secundaria	131	48.08	100	90.00	86.13	10.60
Universitaria	31	73.08	100	92.30	90.72	7.31
Ocupación	260					
Amas de casa	141	53.85	100	88.46	84.44	12.09
Técnicas	57	48.08	100	90.38	87.69	10.92
Obreras	27	38.46	100	77.50	74.99	16.19
Profesionistas	24	71.15	100	90.19	87.73	8.69
Estudiantes	11	69.23	100	94.23	90.89	9.45
Estrato social	260					
Medio	54	65.38	100	92.30	90.47	8.49
Bajo	206	38.46	100	86.53	83.25	12.93

Fuente: DCA; FFCBM

Los valores medios de la tabla 27, permiten observar que las madres con escolaridad universitaria presentaron los promedios más altos de todas la categorías (90.72), con poca variabilidad (7.31). Las madres sin educación y con educación primaria presentaron los promedios más bajos, con mayor variabilidad (18.30 y 13.87).

Las medianas más altas en la ocupación de la madre y acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales fueron las estudiantes (94.23), las técnicas (90.38), seguidas por las profesionistas (90.19). La clase media obtuvo los promedios más altos en las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales (92.30), con poca variabilidad (8.49).

La prueba U de Mann Whitney reportó que estadísticamente son diferentes las categorías de amas de casa y las obreras ($p=.003$); las técnicas y las obreras ($p=.000$); las obreras con las profesionistas y estudiantes ($p<.003$), el resto de variables no fueron significativas.

Al aplicar la prueba U de Mann Whitney a la variable escolaridad se encontró diferencias en la categoría sin educación y secundaria ($p=.008$); sin educación y universidad ($p=.002$); primaria y universidad ($p=.004$); secundaria y universidad ($p=.32$).

Tabla 28

**Escolaridad y Estrato Social con Acciones de Cuidado Dependiente para
Requisitos del Desarrollo**

ESCOLARIDAD / DCA PARA EL DESARROLLO	n	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIANA	MEDIA	D.E.
Escolaridad	260	25.00	84.18	87.50	100	14.77
Sin educación	14	47.22	73.37	78.12	100	19.52
Primaria	84	42.50	82.45	84.16	100	15.64
Secundaria	131	25.00	85.12	87.50	100	13.57
Universidad	31	56.25	89.80	93.75	100	12.03
Estrato Social	260	25.00	100	87.50	84.1	14.77
Medio	54	66.67	100	93.75	91.26	9.75
Bajo	206	25.00	100	85.00	82.33	15.31

Fuente: FFCBM; DCA

La tabla 28 reporta que en las actividades del desarrollo del niño las medianas más altas encontradas fueron en las madres con mayor escolaridad (93.75) con la menor variabilidad (12.3) y con estrato social medio (93.75)

Al realizar la prueba U de Mann Whitney se encontraron diferencias estadísticas en las categorías de sin educación y secundaria ($p=.02$); sin educación y universidad ($p=.003$); primaria y universidad ($p=.027$); secundaria y universidad ($p=.031$); resto de las combinaciones no mostró significancia.

Tabla 29

Prueba de Kruskal-Wallis para Factores Condicionantes Básicos de los Niños con los Índices de Cuidado Materno

FCB de los niños / Cuidado Materno	gl	Cuidado Dependiente		Actividades estimulación 1		Actividades estimulación 2		Actividades estimulación 3	
		χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Edad niño	4	6.279	.179	4.14	.386	3.195	.526	24.64	.000
Sexo	1	1.068	.301	2.89	.089	4.64	.031	.525	.469
Estado de salud	3	13.98	.003	8.98	.030	5.53	.137	9.85	.020
Nacimiento	2	7.57	.023	1.53	.463	.902	.637	11.87	.003
Posición	3	8.234	.041	8.62	.035	9.95	.019	2.49	.478

Fuente: FCBM; DCA; AEEM

n= 260

En la tabla 29 se muestra que la edad del niño tuvo efecto en las actividades de estimulación espontánea materna 3 ($p < .001$); el sexo del niño tuvo efecto en la frecuencia de las actividades de estimulación espontánea materna 2 ($p = .031$); y el estado de salud tuvo efecto en las acciones de cuidado dependiente ($p = .003$) y en las actividades de estimulación espontánea materna 1 y 3, con valores de $p = .030$ y de $p = .020$ respectivamente.

La forma de nacimiento del niño tuvo efecto en las acciones de cuidado dependiente ($p = .023$) y en actividades de estimulación espontánea materna 3 (tiempo de las mismas) con valor de $p = .003$. La posición del niño tuvo efecto en las acciones de cuidado dependiente y en las actividades de estimulación espontánea materna 1 y 2, con $p < .05$.

Tabla 30

Edad del Niño y Actividades de Estimulación Materna 3

EDAD DEL NIÑO	n	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	MEDIANA	MEDIA	D.E.
1 a 5 meses	81	3.18	93.64	33.63	36.61	19.77
6 a 7 meses	20	22.73	94.09	43.63	45.36	17.11
8 a 11 meses	17	9.09	107.73	43.18	43.44	24.55
12 a 17 Meses	35	10.00	79.09	30.00	33.07	14.81
18 a 36 meses	107	10.45	93.64	45.00	47.43	18.38
Total	260	3.18	107.73	40.45	41.71	19.48

Fuente: FFCBN

Dado que se encontró efecto entre edad del niño y actividades de estimulación materna en relación al tiempo de duración de las mismas, se procedió a efectuar prueba de medianas; la tendencia es que los valores más altos se presentaron en los niños mayores de 18 a 36 meses seguido de los niños entre 6 y 7 meses; cabe mencionar que las medias más bajas fueron para los niños de 12 a 17 meses.

Para evaluar las diferencias entre las categorías se procedió a efectuar la prueba U de Mann Whitney y se encontró que las diferencias entre los niños de 1 a 5 meses con los de 18 y 36 meses fue significativa con $p=.000$; los niños de 6 a 7 meses con los niños de 12 a 17 meses fue significativa con $p=.007$; y los de 12 a 17 meses con los de 18 a 36 meses también lo fue.

Tabla 31

Sexo de los Niños y Actividades de Estimulación Espontánea Materna 2

SEXO DEL NIÑO	n	MEDIANA	MEDIA	D.E.
Masculino	121	4.81	4.66	1.20
Femenino	139	4.45	4.32	1.32

Fuente: AEEM, FCBN

Puede observarse en la tabla 31 que existen diferencias, aunque pequeñas, al proporcionar más actividades de estimulación espontánea materna 2, a los niños que a las niñas; con un promedio de 4.66 y variabilidad de 1.20.

Tabla 32

Estado de Salud del Niño y Cuidado Materno.

ESTADO DE SALUD/ CUIDADO MATERNO	n	MEDIANA	MEDIA	D.E.
DCA				
Muy buena	138	88.88	86.28	10.84
Buena	79	88.04	85.49	10.56
Regular	37	80.43	78.12	14.66
Mala	6	74.15	75.72	11.92
AEEM1				
Muy buena	138	81.81	80.50	18.06
Buena	79	81.81	78.13	18.15
Regular	37	72.72	70.27	20.06
Mala	6	77.27	74.24	21.06
AEEM3				
Muy buena	138	43.18	44.11	19.04
Buena	79	40.46	41.68	18.98
Regular	37	30.00	33.29	19.31
Mala	6	30.91	38.68	26.89

Fuente: DCA ; FCBN, AEEM

Puede observarse en la tabla 32 que existen pocas diferencias entre los niños con muy buena y buena salud con acciones de cuidado dependiente (mediana de 88.88 y 88.04); con actividades de estimulación espontánea 1 no existen diferencias. Se encontró poca diferencia en relación a si hacen o no las actividades de estimulación espontánea materna (AEEM3) y el estado de salud del niño en las diferentes categorías. También puede observarse que a los niños con mal estado de salud se les dedica el menor tiempo para acciones de cuidado dependiente. Finalmente, los niños con regular estado de salud presentan las medias más bajas en actividades de estimulación espontánea materna 1 y 3.

A través de la aplicación de la prueba U de Mann Whitney para buscar las diferencias estadísticas significativas se encontró que el estado de salud muy buena y regular fue significativo, con $p < .003$ para todas las acciones de cuidado materno; muy buena y buena fue significativo con las acciones de cuidado dependiente ($p = .032$); y buena y regular fue significativo con cuidado dependiente y AEEM3 ($p < .02$); resto de combinaciones no fueron significativas.

Tabla 33

Posición del Niño entre sus Hermanos y Cuidado Materno.

POSICIÓN DEL NIÑO Y CUIDADO MATERNO	n	MEDIANA	MEDIA	D.E.
DCA	260			
1 de 1	111	89.13	85.94	10.89
2 de 2	65	87.50	85.26	11.19
3 de 3	47	88.04	85.50	10.60
Más de 4	37	80.43	78.51	14.77
AEEM1	260			
1 de 1	111	81.82	81.24	17.77
2 de 2	65	81.82	77.48	18.88
3 de 3	47	81.82	77.56	17.87
Más de 4	37	72.82	71.00	20.42
AEEM2	260			
1 de 1	111	4.90	4.72	1.23
2 de 2	65	4.54	4.42	1.29
3 de 3	47	4.54	4.40	1.18
Más de 4	37	4.09	3.97	1.38

Fuente: FFCBN; DCA; AEEM

Se encontró efecto entre la posición del niño entre sus hermanos y la mayoría de las actividades de cuidado materno a excepción del tiempo dedicado para realizarlas, por lo que se procede a ver la tendencia de esas combinaciones. La posición del niño cobra importancia con las acciones de cuidado dependiente; se encontró que las madres cuidan más a sus menores cuando estos son únicos (media=85.94), existen pocas diferencias en los cuidados para el 2^{do} y 3^{er} hijo; sin embargo es notorio que se cuidan menos cuando éstos ocupan un cuarto u otro lugar entre sus hermanos (media=78.51).

Se encontraron diferencias entre las medias en las actividades de estimulación espontánea materna con el hecho de que si hacen o no estimulación, las medias mayores fueron para las madres con un solo hijo y con

variabilidad de 17.77. En relación a la frecuencia por semana (AEEM2), las diferencias fueron mínimas.

La prueba U de Mann Whitney reflejó que las diferencias reales se presentaron en las siguientes combinaciones: la posición del niño única y el cuarto u otro lugar entre sus hermanos, para todos los índices de cuidado dependiente ($p < .007$); entre el segundo y el cuarto hijo para las acciones de cuidado dependiente ($p = .016$) y; entre tercero y cuarto para acciones de cuidado dependiente ($p = .025$) (tabla 33).

Tabla 34

Forma de Nacimiento del Niño y Actividades de Estimulación Espontánea Materna 3

NACIMIENTO	n	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	MEDIANA	MEDIA	D.E.
Ignora	2	15.45	56.36	35.90	35.90	28.92
A término	224	3.18	107.73	42.95	43.17	19.33
Prematuro	24	6.82	84.55	29.09	33.30	20.17
Post maduro	10	17.09	52.73	27.27	30.25	11.72
Total	260	3.18	107.73	40.45	41.71	19.48

Fuente: FFCBN; AEEM3

Se observa en la tabla 34 que los niños nacidos a término presentan las medias más altas (107.73) en relación a los nacidos prematuros y post maduros, con amplia variabilidad (19.33).

Se efectuó la prueba de U de Mann Whitney para valorar las diferencias entre las categorías del nacimiento del niño se encontró que las combinaciones significativas fueron, niños a término y prematuro ($p = .006$), niños nacidos a

término y post-maduro ($p=.023$); el resto de las combinaciones no fueron significativas.

Tabla 35

Prueba de Kruskal-Wallis de Cuidado Materno y Estado de Desarrollo del Niño

CUIDADO MATERNO Y DESARROLLO DEL NIÑO	gl	ACCIONES DE CUIDADO DEPENDIENTE		ACTIVIDADES ESTIMULACIÓN ESPONTÁNEA 1		ACTIVIDADES ESTIMULACIÓN ESPONTÁNEA 2		ACTIVIDADES ESTIMULACIÓN ESPONTÁNEA 3	
		χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Personal social	1	5.90	.015	.035	.852	.214	.644	.223	.637
Motor fino	1	8.93	.003	3.72	.054	3.88	.049	1.85	.173
Lenguaje	1	6.11	.013	5.96	.015	4.37	.037	.929	.335
Motor grueso	1	1.35	.246	.897	.344	.085	.771	.640	.424
Puntuación general	1	5.19	.023	3.91	.048	2.74	.098	.071	.790

Fuente: DCA; AEEM; Denver II

n= 260

El efecto del cuidado materno en el desarrollo del niño se muestra en la tabla 35. El índice de acciones de cuidado dependiente mostró efecto con el área personal social ($p=.015$); con motor fino ($p=.003$); con lenguaje ($p=.013$) y con la puntuación general del Denver II ($p=.023$); no se encontró efecto con el área motor grueso.

Las actividades de estimulación espontánea materna 1 (si hacen o no actividades) tienen efecto en las áreas del lenguaje ($p=.015$) y; en la puntuación general ($p=.048$). Las actividades de estimulación espontánea materna 2 (frecuencia por semana) mostraron efecto en las áreas de motor fino ($p=.049$) y el lenguaje ($p=.037$). No hubo efecto entre actividades de estimulación espontánea materna 3 con el desarrollo del niño, en ninguna área.

Tabla 36

Acciones de Cuidado Dependiente con Desarrollo del Niño

CUIDADO DEPENDIENTE / DESARROLLO NIÑO	n	VALOR MÍNIMO	MEDIANA	MEDIA	VALOR MÁXIMO	D.E.
Personal social						
Normal	256	42.39	87.50	84.87	100	11.61
Resto	4	57.14	69.02	69.33	82.14	11.72
Motor Fino						
Normal	246	42.39	87.50	85.36	100	11.01
El resto	14	45.65	71.73	71.93	98.91	16.71
Lenguaje						
Normal	245	42.39	87.50	85.19	100	11.29
El resto	15	45.65	80.43	75.58	96.43	15.36
Valoración General						
Normal	231	42.39	87.50	85.41	100	11.00
El resto	29	45.65	82.60	78.46	100	15.38

Fuente: DCA; Denver II; AEEM

Normal: Ningun retraso y un máximo de una cautela.

Resto: Desarrollo del niño valorado como Anormal, Cuestionable o Inestable.

Anormal: Dos o más retrasos.

Cuestionable: Un retraso y una o dos cautelas.

Inestable: Dependiendo del número de rechazos que pueden ser rechazos o cautelas.

Cautela: Cuando falla o rechaza un punto, dentro de su edad.

Retraso: Cuando falla o rechaza un punto, antes de su edad.

Los valores promedios más altos se encontraron en los niños con desarrollo normal en las áreas de personal social, motor fino, lenguaje y valoración general con acciones de cuidado dependiente, quienes obtuvieron medianas de 87.50 en todas las áreas presentadas en la tabla 36. Los promedios fueron menores en el resto (o sea en los calificados como anormal, inestables o cuestionable), lo que significa mayores acciones de cuidado dependiente para los niños valorados como normales.

Tabla 37

Actividades de Estimulación Espontánea Materna 1 con Lenguaje
y Valoración General del Desarrollo del Niño.

AEEM1 Y DESARROLLO NIÑO	n	VALOR MÍNIMO	MEDIANA	MEDIA	VALOR MÁXIMO	D.E.
Lenguaje						
Normal	245	27.27	81.81	78.94	100	18.28
El resto	15	27.27	72.72	66.06	100	21.31
Valoración general						
Normal	231	27.27	81.81	78.94	100	18.49
El resto	29	27.27	72.72	72.10	100	19.27

Fuente: DCA; Denver II; AEEM

La valoración del área del lenguaje y la valoración general y las actividades de estimulación espontánea materna 1 (en relación a si hacen o no estimulación) que se presentan en la tabla 37, muestran la tendencia a promedios mayores en las valoraciones normales, con medianas iguales (81.81), con amplia variabilidad (18).

Tabla 38

Actividades de Estimulación Espontánea 2
con Motor Fino y Lenguaje.

AEEM2 / DESARROLLO NIÑO	n	VALOR MÍNIMO	MEDIANA	MEDIA	VALOR MÁXIMO	D.E.
Motor fino	260	.82	4.63	4.48	7	1.27
Normal	246	1.64	4.63	4.53	7	1.23
Resto	14	.82	3.18	3.70	7	1.74
Lenguaje	260	.82	4.63	4.48	7	1.27
Normal	245	.82	4.63	4.52	7	1.26
Resto	15	1.91	4.18	3.84	7	1.35

Fuente: Denver II, AEEM2

Una vez que se encontró efecto entre las AEEM2 y el área motor fino se procedió a ver las tendencias en los promedios que muestran que existen pocas diferencias en los valores entre lo que es normal y el resto de valoraciones del desarrollo, como puede apreciarse en la tabla 38.

Tabla 39

Prueba de Kruskal-Wallis entre DCA para Satisfacer Requisitos Universales y Estado de Desarrollo del Niño.

DCA Y DESARROLLO DEL NIÑO	gl	DCA PARA REQUISITOS UNIVERSALES		DCA PARA REQUISITOS DEL DESARROLLO	
		χ^2	p	χ^2	P
Personal social	1	6.67	.010	1.68	.195
Motor fino	1	9.13	.003	6.70	.010
Lenguaje	1	2.28	.131	6.77	.009
Motor grueso	1	.095	.758	5.45	.020
Valoración general	1	4.27	.039	2.16	.141

Fuente: DCA

n=260

Lo efectos encontrados fueron: entre DCA para requisitos universales y motor fino ($p=.003$) y con personal social ($p=.010$). También se encontró efecto entre DCA para requisitos del desarrollo con el lenguaje ($p=.009$); con motor fino ($p=.010$) y motor grueso ($p=.020$). Sin embargo en la valoración general del desarrollo sólo se encontró efecto con las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales ($p=.039$); no hubo efecto con requisitos del desarrollo (tabla 39).

Tabla 40

**DCA para Satisfacer Requisitos Universales
con Personal Social, Motor Fino y Valoración General**

R.U Y DESARROLLO NIÑO	n	VALOR MÍNIMO	MEDIANA	MEDIA	VALOR MÁXIMO	D.E.
Personal social	260	38.46	88.46	84.75	100	12.47
Normal	256	38.46	89.58	85.05	100	12.25
Resto	4	50.00	67.30	65.52	77	13.02
Motor fino	260	38.46	88.46	84.75	100	12.47
Normal	246	38.46	90.00	85.47	100	11.81
Resto	14	48.08	72.50	72.03	100	16.88
Valoración General	260	38.46	88.46	84.75	100	12.47
Normal	231	38.46	90.00	85.55	100	11.64
Resto	29	48.08	80.76	78.34	100	16.68

Fuente: DCA; Denver II

n=260

Existen diferencias de medianas y medias entre el DCA para requisitos universales y las áreas personal social, motor fino y la valoración general del Denver II, pero se observa la tendencia a ser mayores en los niños valorados como normales, las más altas fueron las de motor fino y valoración general (Media=90.00) y personal social con promedio de 84.75. Llama la atención, que en la valoración general en todas las áreas, los valores son iguales, con variabilidad de 12.47 (tabla 40).

Tabla 41

**DCA para Satisfacer Requisitos del Desarrollo con
Lenguaje, Motor Grueso y Fino**

DCA / R.D. Y DESARROLLO NIÑO	n	VALOR MÍNIMO	MEDIANA	MEDIA	D.E.	VALOR MÁXIMO
Lenguaje	260	25	87.50	84.18	14.77	100
Normal	245	25	87.50	84.84	14.38	100
Resto	15	42.50	75.00	73.50	17.41	100
Motor grueso	260	25	87.50	83.86	14.77	100
Normal	252	25	87.50	94.37	9.13	100
Resto	8	75	100	84.18	14.81	100
Motor fino	260	25	87.50	84.18	14.77	100
Normal	252	25	87.50	83.86	14.81	100
Resto	8	75	100	94.37	9.13	100

Fuente:DCA; Denver II

n=260

En la tabla 41 se detecta que las medianas son iguales y las medias son similares en los niños valorados como normales, en las áreas del lenguaje, motor grueso y fino; con variabilidad entre 9.13 y 14.77. Al revisar por calificaciones en la variable el resto, se encontraron valores bajos en el área del lenguaje con medianas de 75 con amplia variabilidad (17.41).

4.3.3. Análisis de Regresión

Tabla 42

**Regresión Logística para Índice de Acciones de Cuidado Dependiente y Estado
de Desarrollo del Niño**

VARIABLE	B	ERROR ESTÁNDAR	WALD	gl	p	R
Índice de DCA	.0429	.0148	8.4071	1	.0037	.1877
Constante	-1.4526	1.1975	1.4714	1	.2251	

Fuente: DCA

n=260

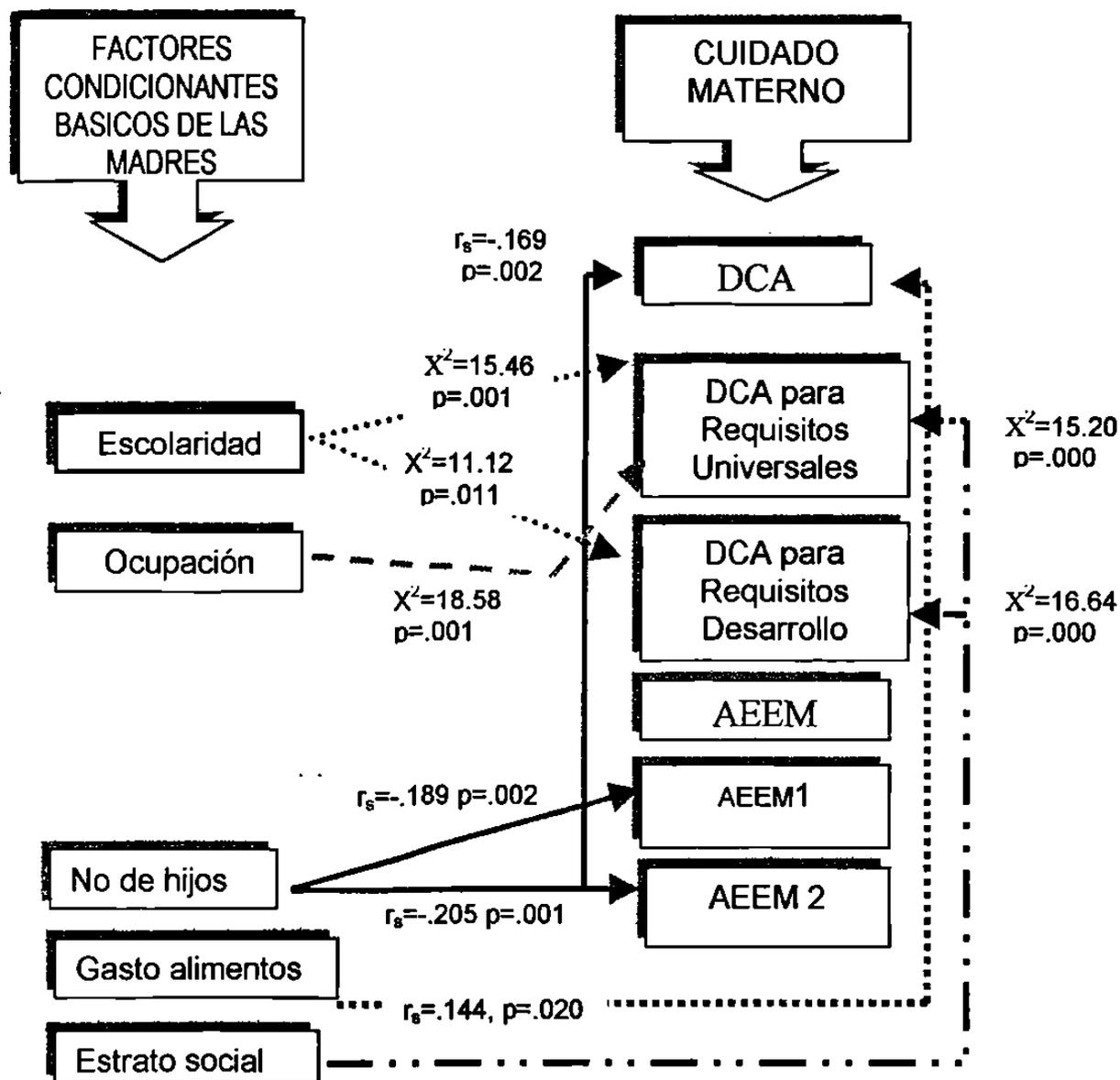
El análisis logístico que se presenta en la tabla 40 muestra la significancia entre el índice de acciones de cuidado dependiente y el estado de desarrollo del niño, con valor de $p=.003$.(Tabla 42).

4.3.4. Prueba de Hipótesis

Las hipótesis fueron sometidas a prueba a través del Coeficiente de Correlación de Spearman, el análisis de varianza no-paramétrico de Kruskal Wallis y el modelo de Regresión Logística.

La primera hipótesis planteada fue: “Los factores condicionantes básicos de orientación socio cultural como escolaridad, ocupación y orientación del sistema familiar como estado marital, estrato social, número de hijos, gasto semanal en alimentos; y estado de salud de las madres influyen sobre el cuidado materno”.

Figura 7
Hipótesis 1



Fuente : FFCBM; DCA; AEEM

n=260

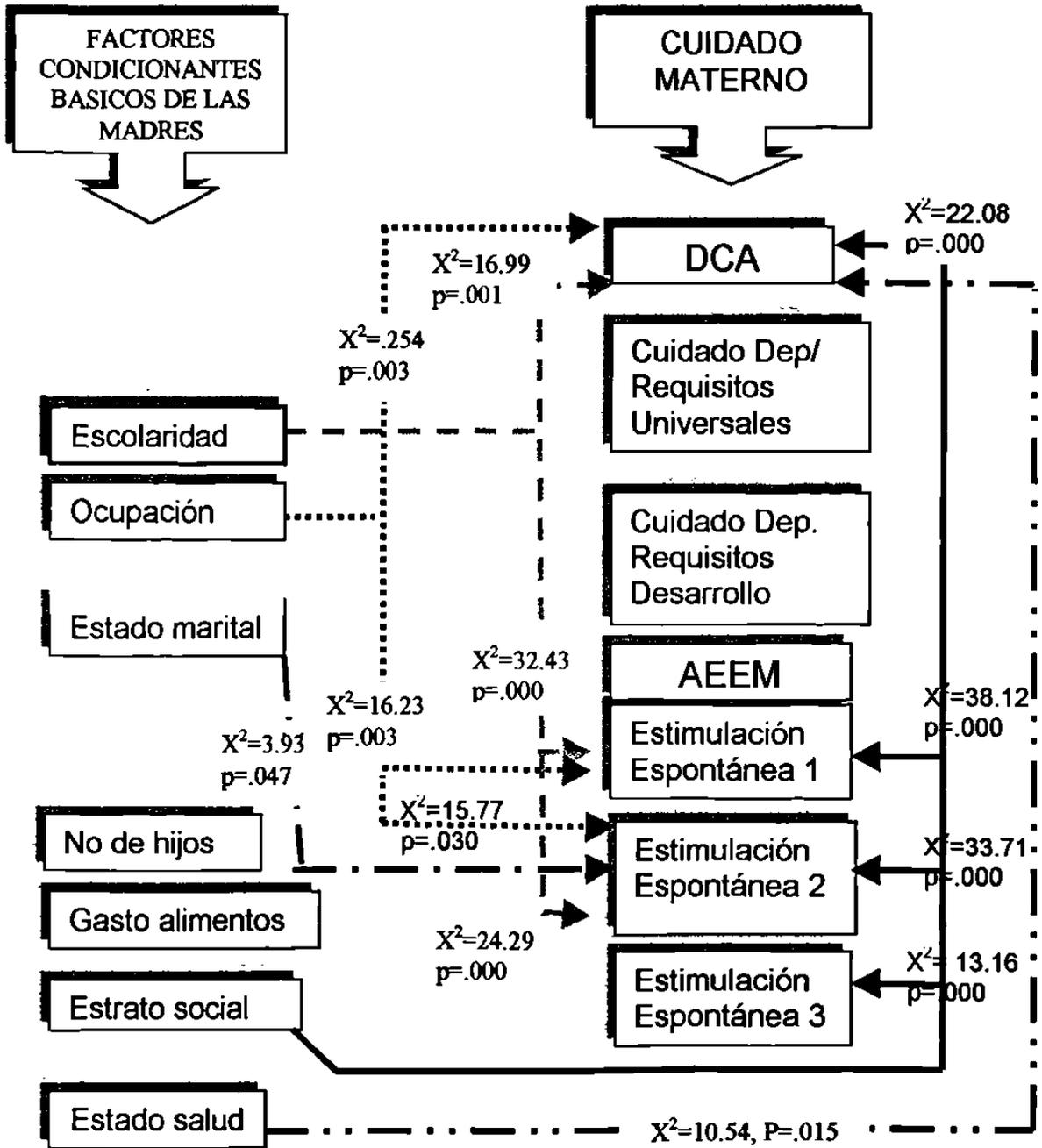
Clave: Efecto de escolaridad y DCA para requisitos U y D ...
 Efecto de ocupación y DCA para requisitos U ...
 Efecto de estrato social y DCA para requisitos U y D. ...
 Correlación entre N° hijos y cuidado materno ...
 Efecto del estrato social y DCA para requisitos U y D. ...

La figura 7 muestra los resultados de la hipótesis 1 donde las correlaciones de Spearman efectuadas reportaron lo siguiente: número de hijos se relacionó negativamente con acciones de cuidado dependiente, $r_s = -.169$, $p = .002$; con actividades de estimulación espontánea materna1 (AEEM1), $r_s = -.189$, $p = .002$; y con actividades de estimulación espontánea materna 2, (AEEM2) $r_s = -.205$, $p = .001$. El gasto semanal en alimentos se relacionó positivamente con acciones de cuidado dependiente, $r_s = .144$ y $p = .020$.

La ocupación de la madre tuvo efecto en DCA para satisfacer requisitos universales ($p = .01$), pero no tuvo efecto en las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos del desarrollo. La escolaridad y el estrato social tuvieron efecto sobre las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales y del desarrollo ($p < .01$).

La figura 8 continúa describiendo la prueba de Hipótesis 1. La variable escolaridad tuvo efecto en las acciones de cuidado dependiente (DCA) con $X^2 = 16.99$ y $p = .001$; con actividades de estimulación espontánea materna1 (AEEM 1), $X^2 = 32.43$ y $p = .000$ y AEEM 2, con $X^2 = 24.29$ $p = .000$; finalmente, no se encontró efecto entre la escolaridad y AEEM3.

Figura 8
Continúa Hipótesis 1



Fuente : FFCBM; DCA; AEEM

n=260

Clave: Efecto de escolaridad en el cuidado materno	--->
Efecto de ocupación en el cuidado materno>
Efecto de la religión en el cuidado materno	====>
Efecto del estado marital en el cuidado materno	====>
Efecto del estrato social en el cuidado materno	====>
Efecto del estado de salud en el cuidado dependiente	====>

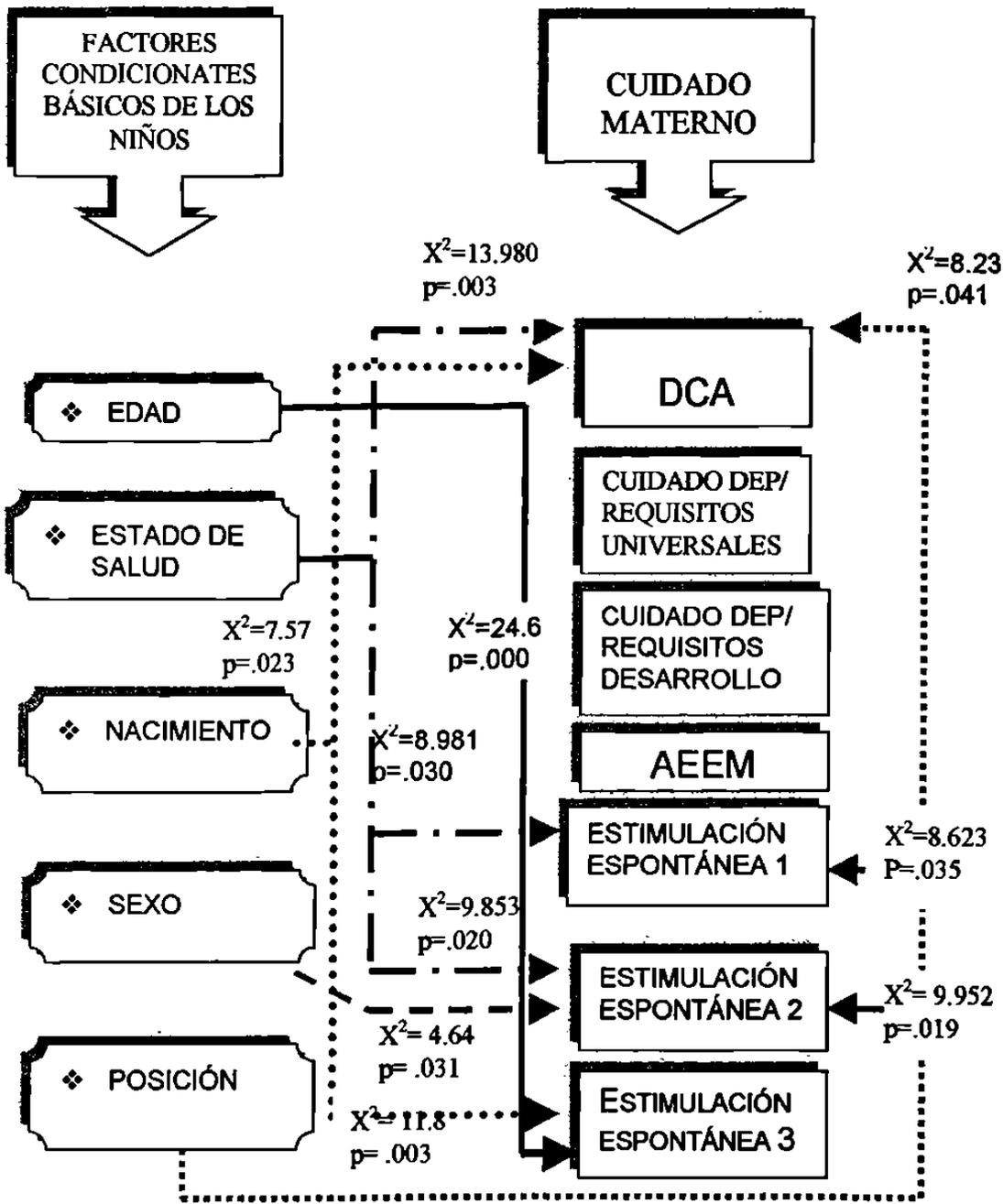
La ocupación de la madre tuvo efecto en las acciones de cuidado dependiente y en las actividades de estimulación espontánea materna 1 ($p=.003$ para ambos casos); también hubo efecto con actividades de estimulación espontánea materna 2 ($p=.03$). El estado marital mostró efecto en las actividades de estimulación espontánea materna 2 (frecuencia por semana, $\chi^2=3.93$ y $p=.047$).

Finalmente, el estado de salud tuvo efecto en las acciones de cuidado dependiente ($p=.015$); y el estrato social tuvo efecto en todas las acciones de cuidado materno, con valores de $p<.001$

Después de analizar las variables y encontrar significancia, diferencias y efecto entre cada uno de los factores condicionantes básicos con el cuidado materno, entendido éste como acciones de cuidado dependiente y actividades de estimulación espontánea materna 1, 2 y 3; se decide rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa.

La segunda Hipótesis: "Los factores condicionantes básicos de los niños: edad; sexo; orientación del sistema familia, nacimiento, posición entre sus hermanos, estado de salud y estado de desarrollo predicen las acciones de cuidado materno"

Figura 9
Hipótesis 2



Fuente FFCBN; DCA; AEEM

n=260

Clave:

- Correlación entre edad niño y DCA
- Efecto del estado de salud con cuidado materno
- Efecto del sexo en AEEM2
- Efecto de la posición en el cuidado materno
- Efecto del nacimiento en el cuidado materno

En la figura 9 se muestra que existe efecto entre el estado de salud de los niños y las acciones cuidado dependiente con la prueba de Kruskal-Wallis ($X^2=13.98$ y $p=.003$); también con actividades de estimulación espontánea Materna 1 y 2 $p=.030$ y $.020$, respectivamente. El sexo tuvo efecto en actividades de estimulación espontánea materna 2 que se refiere a la frecuencia por semana de las mismas ($X^2 =4.64$ y $p.031$), no hubo efecto con las otras actividades de cuidado materno.

La forma de nacimiento de los niños (prematuro, a término y post maduro) tuvo efecto en las acciones de cuidado dependiente ($p=.023$) y con actividades de estimulación espontánea 3 o sea con el tiempo que le dedican a las mismas ($p=.003$).

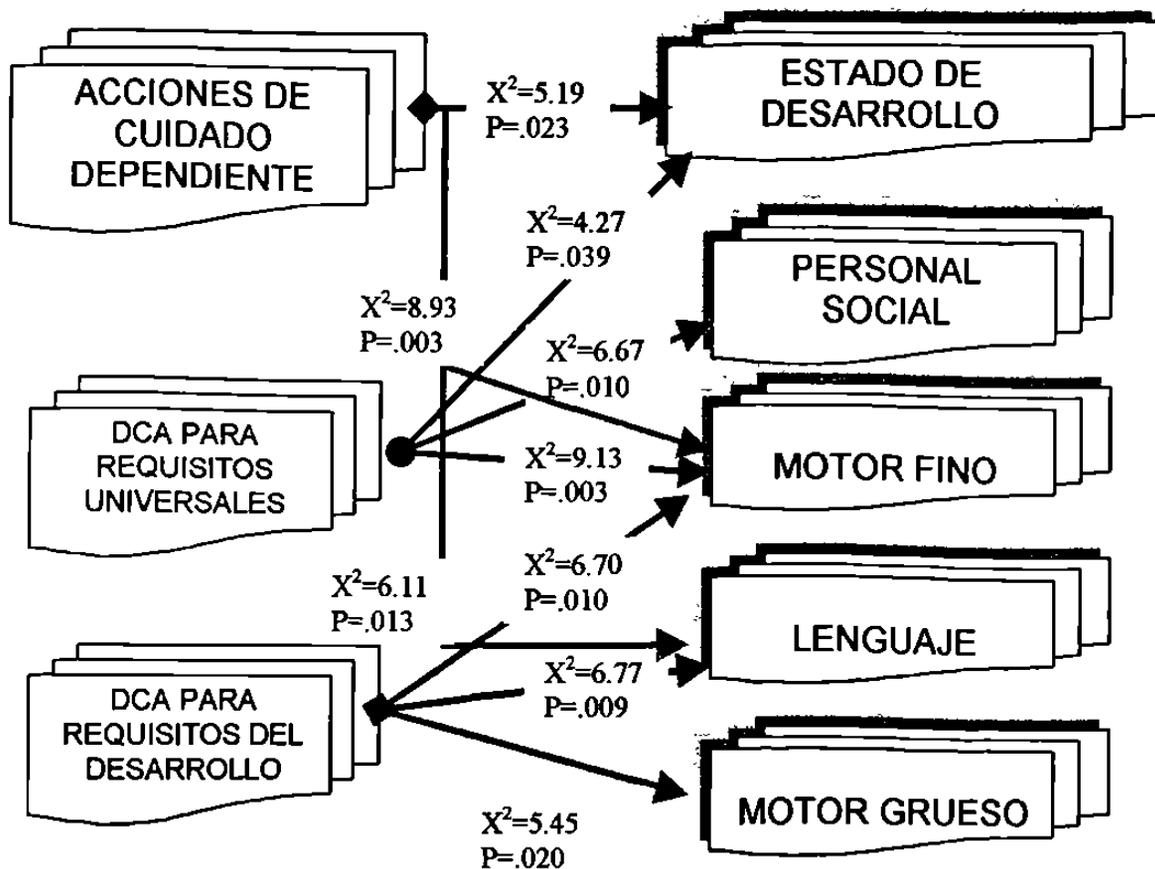
La posición del niño entre sus hermanos sí cobra importancia en todos los índices de cuidado materno con valores de $p<.05$ con excepción de las actividades de estimulación espontánea materna en el tiempo, en las que no hubo efecto. La edad del niño se relacionó con las acciones de cuidado dependiente ($r=.143$, $p=.021$).

Después de analizar las variables y encontrar significancia, diferencias y efectos descritos, se decide rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa, sustentándose de esta manera la segunda hipótesis.

La tercera Hipótesis fue: "Las actividades de cuidado materno (acciones de cuidado dependiente y actividades de estimulación espontánea 1, 2 ,y 3) afectan las puntuaciones de los niños obtenidas en la valoración del desarrollo con Denver II".

Figura 10

Hipótesis 3



Fuente: DCA, Denver II

n=260

Clave:	
Efecto del DCA y desarrollo del niño	→
Efecto del DCA para requisitos universales y desarrollo del niño	→
Efecto del DCA para requisitos del desarrollo y desarrollo del niño	→

Para la prueba de la tercera hipótesis se utilizó el estadístico de Kruskal-Wallis, y se encontró que existe efecto entre las acciones de cuidado dependiente y el desarrollo de los niños en la valoración general con $p=.023$, en

las áreas de personal social con $p=.015$; con motor fino una $p=.003$, y en lenguaje $p=.013$.

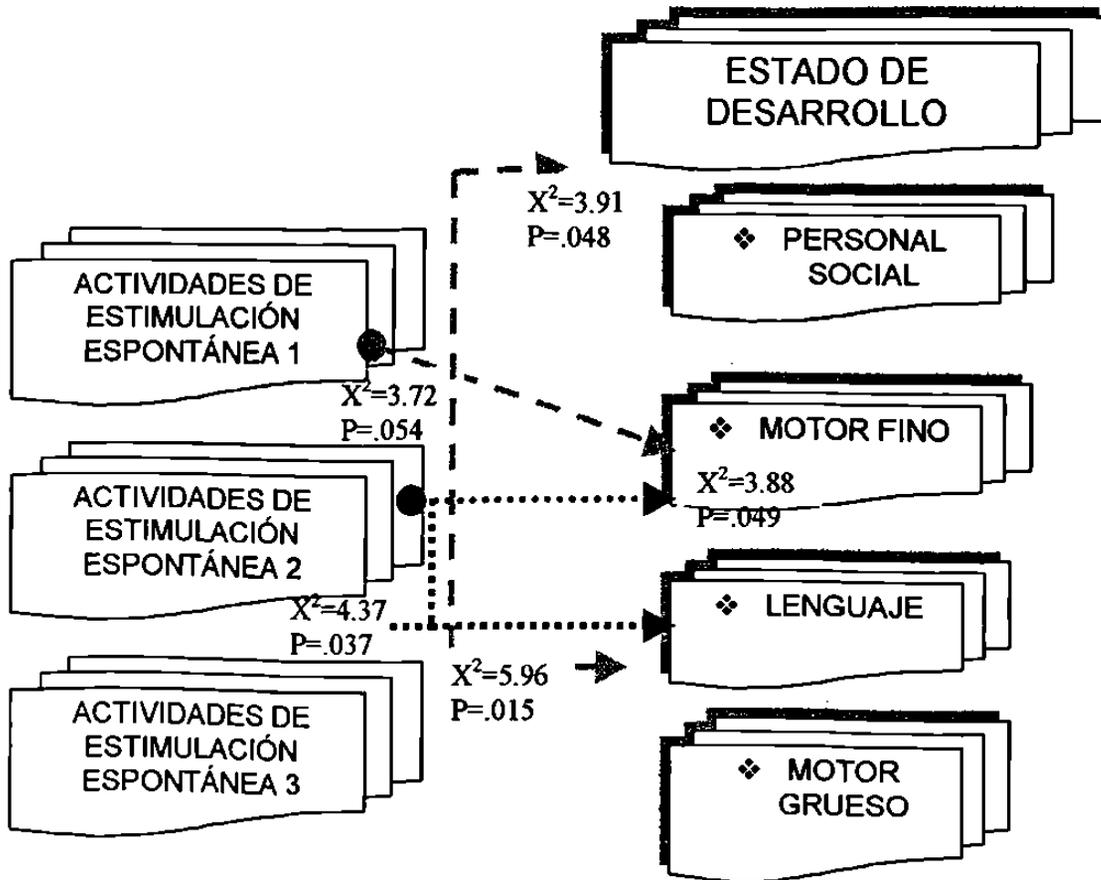
Al separar las acciones de cuidado dependiente (DCA) por requisitos que satisficían, se encontró que el DCA para requisitos universales tiene efecto en la valoración general, en personal social y en motor fino con $p<.01$. El DCA para satisfacer requisitos del desarrollo tiene efecto en las áreas del desarrollo motor fino, lenguaje y motor grueso con $p<.02$ (figura 10).

Se continúa con la prueba de la tercera hipótesis (figura 11) con las actividades de estimulación espontánea materna 1, que tuvieron efecto en el área motor fino con $p=.054$; con lenguaje $p=.015$; y con la puntuación general $p=.048$. En actividades de estimulación espontánea materna 2 se encontró efecto en el área motor fino, $p=.049$ y con lenguaje, $p=.037$. No se encontró relación con el resto de variables procesadas .

En vista de los efectos y diferencias encontradas entre las variables independientes y dependientes se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Figura 11

Continúa Hipótesis 3



Fuente DCA; AEEM; Denver II

n=260

Clave: Efecto DCA en desarrollo del niño	→
Efecto AEEM1 en desarrollo niño	- - - →
Efecto AEEM2 en desarrollo niño →

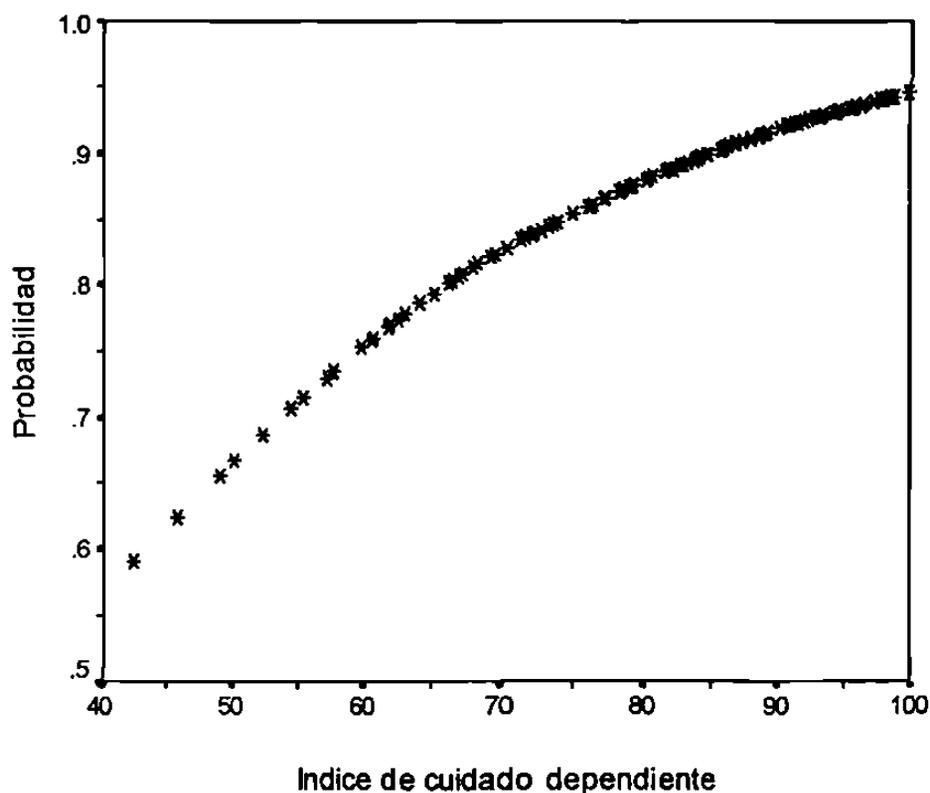
La cuarta Hipótesis fue: “Los factores condicionantes básicos y las acciones de cuidado materno predicen el estado de desarrollo del niño”.

Para la prueba de esta hipótesis se realizó Regresión Logística, en donde las variables independientes fueron los factores condicionantes básicos y las acciones de cuidado dependiente, y la variable dependiente fue el estado de desarrollo del niño. Sólo se encontró significancia entre las acciones de

cuidado dependiente en el desarrollo del niño, con $p=.003$; el resto de variables no mostraron significancia, por lo que la hipótesis es apoyada parcialmente.

Figura 12

Índice de Acciones de Cuidado Dependiente y Estado de Desarrollo del niño.



La figura 11 muestra cómo la probabilidad de obtener mejores puntuaciones en la valoración general del Denver II se incrementa en la medida en que aumentan las acciones de cuidado dependiente, con valores de $X^2=8.4071$ y $p=.0037$.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

El presente capítulo documenta la influencia de la madre en el desarrollo del niño de 1 mes a 3 años de edad, a partir de la introducción de algunos conceptos teóricos del Modelo del Déficit de Autocuidado de Orem (1995). La información se presenta en función de las hipótesis planteadas.

Las madres en un alto porcentaje se auto percibieron con “muy buena” y “buena” salud (88.5%); la mitad de ellas reportaron escolaridad de secundaria (50.5%) y fueron amas de casa (54.2%) por lo que, se supone, permanecen en sus casas, dedicadas a las faenas del hogar; el resto de las madres (45.7%) tenían empleos remunerados diversos fuera del hogar; esto último coincide con Waechter; Phillips y Holaday (1993), quienes reportaron que las madres por factores múltiples, entre ellos el trabajo remunerado fuera de casa, pasan poco tiempo con sus hijos.

Se encontró además que las madres, en su mayoría, provienen de un estrato social bajo (79.24%), determinado por la ubicación de colonias y barrios, por las condiciones de vivienda y por el gasto semanal en alimentos, ya que 69.2 por ciento consume menos de L.500.⁰⁰ a la semana (\$330 pesos), media de L.468.⁰⁰ (\$309.28 pesos). El 78.1 por ciento tenían compañero de hogar,

esto último coincide con las aproximaciones del censo de población de Honduras (SECPLAN, 1995); que reporta que 68 por ciento de las mujeres entre los 18 y 55 años tienen compañero de hogar, ya sean casadas o en unión libre.

Para la hipótesis 1, se encontró que los factores condicionantes básicos maternos de escolaridad, ocupación, número de hijos, gasto semanal en alimentos, estrato social, estado marital y estado de salud influyen en las acciones de cuidado materno entendidas éstas como acciones de cuidado dependiente y actividades de estimulación espontánea materna. Lo anterior se apoya por lo encontrado por Pérez (1997), Moore (1996), Brooks-Gun y cols. (1994), quienes de una u otra manera establecen que los factores maternos afectan las acciones de cuidado dependiente.

El estado de salud de la madre tuvo efecto en las acciones de cuidado dependiente; a mejor estado de salud de la madre, más acciones de cuidado dependiente. No hubo efecto con ninguno de los índices de actividades de estimulación espontánea materna (AEEM). El estado marital se relacionó positivamente con actividades de estimulación espontánea materna 2.

La ocupación y escolaridad de la madre tuvo significancia con las acciones de cuidado dependiente, con actividades de estimulación espontánea materna 1 y 2; las madres que tenían escolaridad a nivel universitario y las que eran estudiantes, profesionistas y con carreras técnicas proporcionaron más cuidado dependiente, y estimulación más veces por semana.

Pérez (1997) encontró relación positiva entre factores condicionantes básicos (FCB) y acciones de cuidado dependiente (DCA); no obstante que las madres tuvieron un bajo nivel de escolaridad, realizaron un alto promedio de actividades. Gaffney y Moore (1996) no encontraron relación entre estrato social, estado civil, empleo materno y las acciones de cuidado dependiente.

El tiempo dedicado a las actividades de estimulación espontánea materna no tuvo significancia en relación a ocupación, lo que podría significar que no se tiene que estar estimulando mucho tiempo a los niños; bastaría con que se hiciese periódicamente unos cuantos minutos ya sea con o sin conocimiento sobre estimulación; por supuesto, si se tiene conocimiento y se establece un programa continuo, los beneficios serían mayores para el niño (Doman, 1997). Por otro lado Youngblut, Loveland-Cherry y Horan (1991) encontraron relación significativa en el número de horas empleadas en el cuidado de los niños para el desarrollo motor, con $r=.043$ y $p<.01$. Brooks-Gunn; Mc Cormick; Shapiro; y Black (1994) encontraron que no hubo diferencia entre las madres que trabajan y las que no trabajan en relación a características del niño.

Llama la atención que las madres dedicadas al hogar (54.2%) no obtuvieron promedios altos, en relación a acciones de cuidado dependiente y solo fue significativo para satisfacer requisitos universales, pero no lo fue para el desarrollo; parece ser que el hecho de que la madre esté en la casa no significa que estimulará más a sus hijos. Para ello intervienen otros factores como la escolaridad, edad y estado de salud de la madre y niño, necesidades demandas por el niño, posición del niño entre sus hermanos, entre muchas más (Doman, 1997; Pérez, 1997; Rojas, 1995).

Se encontraron además relaciones negativas entre número de hijos y cuidado materno, en donde a mayor número de hijos, menores acciones de cuidado dependiente y actividades de estimulación espontánea materna 1, 2, 3 y viceversa. Lo anterior se apoya con lo reportado por Orem (1995), Moore (1993); Senties (1992) y Day (1982); quienes afirman que las características de las madres como edad y número de hijos influyen en los cuidados que dan a sus hijos y promueven su desarrollo.

El estrato social afectó a todos los índices de cuidado materno, en todos los casos; los valores más altos fueron para las madres de clase media, lo que podría significar que a las madres de clase baja su situación económica no les permite realizar el cuidado materno requerido para satisfacer las demandas de sus hijos. La pobreza es un factor estresante que inhibe un desarrollo saludable (UNICEF, 1989).

El estado marital afectó en lo particular a las actividades de estimulación espontánea materna 2 o sea a la frecuencia por semana de las mismas, la tendencia es que las madres con compañeros de hogar proporcionan más estimulación por semana que las que no tienen compañero de hogar, esto podría ser entre otros supuestos, porque las primeras pertenecen a una familia integrada que les permiten organizarse como cuidadoras de sus bebés, están animicamente más tranquilas, tienen una persona que proporciona o contribuye para los gastos del hogar.

Al probar la hipótesis 2 se encontró que los factores condicionantes básicos de los niños como la edad, sexo, forma de nacimiento, posición, entre sus hermanos predicen las acciones de cuidado dependiente y las actividades de

estimulación materna. Lo anterior es apoyado por Day (1982), quien dice que en relación al cuidado de los hijos, la madre actúa movida por dos influencias: las características del niño como el estado de salud, posición, forma de nacimiento, entre otras y las percepciones de ella sobre las necesidades de éstos, por ejemplo, si el niño gusta de ser cargado lo carga, si gusta de que lo acaricien, lo hace con más frecuencia.

También es apoyado por Gaffney y Moore (1996) quienes encontraron que los FCB del niño como la edad fueron significativos para el desempeño materno. Moore (1996) encontró que los FCB de los niños, todos juntos, fueron significativos con las acciones de cuidado dependiente.

La edad de la población infantil predominante fueron de 18 a 36 meses (41.1%) y de 1 a 5 meses de edad (31.2 %), con un promedio de 15 meses. El sexo femenino (53.6%) superó levemente al masculino. La mayoría nacieron a término (86.2%); y 42.7 por ciento fueron hijos únicos. Las madres consideraron que sus hijos tenían "buena" y "muy buena" salud en 83.45 por ciento.

Las actividades que más tiempo le dedicaron las madres por día; fue "pasear a sus hijos", cabe hacer mención que consideraron pasear al hecho de salir con sus hijos por cualquier razón, como ir de compras, hacer visitas al médico; esto se podría explicar debido a que las madres, en su mayoría, pasan en sus casas dedicadas a las faenas cotidianas.

Las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales que realizaron las madres fueron "llevar a sus niños a vacunarse", que "duerman bien por la noche", y que se "alimenten adecuadamente". Para

satisfacer requisitos del desarrollo las acciones más realizadas fueron “elogiarlos”, que “aprendan balbuceos”, “brindarles oportunidades de juego” y “comunicación efectiva”.

Al correlacionar la edad del niño se encontró significancia positiva con actividades de estimulación espontánea materna 3, en relación al tiempo en minutos de las mismas, lo que significa que entre mayor es el niño necesita más tiempo para actividades de estimulación, ello debido probablemente a que su mundo de haceres y saberes se amplía a medida que crece.

Por ejemplo un bebé de 18 meses, dice Doman (1997), se puede ver pendiente de todo con sus cinco sentidos; ve, siente, escucha, huele y prueba, no deja de ser curioso; quiere aprender sobre la lámpara, la taza de café; el enchufe de luz eléctrica y todo lo demás de la habitación, por lo que derrama el café, introduce el dedo en el enchufe, constantemente está aprendiendo y es más autosuficiente que uno de 2 meses. En cambio, el bebé de 2 meses usa siempre sus cinco sentidos pero su mundo está limitado a su posibilidad de movimiento y expresión. La labor de la madre es proporcionarle atención, cuidado y dejarlo que conozca por sí mismo, en la medida de sus posibilidades y limitaciones.

Por otro lado, se encontró una relación negativa entre edad del niño y acciones de cuidado dependiente, lo que significa que el niño, a mayor edad, necesita menor cuidado dependiente de su madre, en vista de que éste va ganando independencia según va creciendo y logra satisfacer algunas necesidades por sí mismo.

En el mismo sentido Senties (1992) reporta que el niño por sus características particulares, entre más pequeño es, depende de otras personas para satisfacer sus necesidades y cuidados. Dennis (1997); Gaffney y Moore (1996); encontraron que la edad del niño influye en el cuidado materno.

El sexo del niño tuvo efecto en la frecuencia por semana de las actividades estimulación espontánea materna 2, con pocas diferencias en las medianas, las cuales fueron mayores para los niños que para las niñas; esto podría significar que a los niños se les estimula un poco más que a las niñas quizá por razones culturales. Al relacionar el sexo con acciones de cuidado dependiente y con con si hacen o no actividades de estimulación espontánea materna y cuánto tiempo lo hacen, no se encontraron diferencias. Lo anterior se apoya con lo encontrado por Gaffney y Moore (1996), quienes reportaron que no existen diferencias entre sexo del niño y cuidado dependiente proporcionado.

El estado de salud del niño tuvo efecto en las acciones de cuidado dependiente y en las actividades de estimulación espontánea materna 1 y 3. Las madres brindaron más cuidado materno a los niños con muy buena y buena salud, y menor cuidado a los niños con mal estado de salud, aunque los niños en esta categoría fueron pocos ($n=6$). Pareciera ser que las madres ofrecen más cuidado dependiente y estimulación a los niños sanos que a los enfermos, esto podría deberse a que éstos últimos requieren cuidado para recuperar su salud más que cuidados para estimular el desarrollo.

La posición del niño entre sus hermanos tuvo efecto en las acciones de cuidado dependiente; con estimulación 1 y con estimulación 2; a menor número de hijos mayor cuidado materno proporcionado; lo anterior no coincide con lo

encontrado por Gaffney y Moore (1996) quienes no encontraron relación entre la posición del niño y cuidado dependiente.

En general las acciones de cuidado dependiente maternas se relacionaron positivamente con actividades de estimulación espontánea materna 1,2,3. Otra relación positiva encontrada fue entre acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales con las de satisfacer requisitos del desarrollo.

Lo anterior se apoya con lo reportado por Orem (1995), quien menciona a los requisitos universales, estrechamente ligados con los requisitos del desarrollo; señala que si los primeros son satisfechos adecuadamente deben contribuir a la prevención de alteraciones del desarrollo y promoverlo de acuerdo al potencial humano.

La hipótesis 3 formulada en este estudio dice que las actividades de cuidado materno que comprenden acciones de cuidado dependiente y actividades de estimulación materna afectan las puntuaciones de los niños obtenidas en la valoración del desarrollo con Denver II; dicha hipótesis fue apoyada en vista de los resultados encontrados. Youngblut, Loveland-Cherry y Horan (1991), encontraron que a mayor número de horas empleadas en el cuidado de los niños, mejor desarrollo motor. También Garza (1987) encontró que la participación materna es importante en relación al desarrollo de los niños. Carvajal e Iglesias (1997) encontraron que los niños estimulados por sus madres presentaban mejores respuestas en pruebas del desarrollo.

La valoración general del desarrollo de los niños fue normal en 94 por ciento, tal resultado podría deberse a las influencias de los factores condicionantes básicos maternos. Las madres en su mayoría eran jóvenes, con muy buena

salud, dedicadas al hogar, con un nivel de educativo medio, y realizaban diversa acciones de cuidado materno, tanto de cuidado dependiente como de estimulación espontánea, según se ha encontrado en el presente estudio.

Según Waechter, Phillips y Holaday (1993), la estimulación natural y espontánea asegura que el niño reciba las oportunidades precisas para un sano desarrollo. Por otro lado, Rojas (1996) encontró en su estudio que el hecho de que la mayoría los niños estudiados, fueran normales en su desarrollo se debía probablemente a que las madres participaron totalmente para estimular el desarrollo, especialmente en las áreas motor grueso y personal social.

Al explorar que hacían, con qué frecuencia y cuánto duraban las actividades de estimulación espontánea para favorecer el desarrollo del niño, se encontró que las más realizadas fueron: "acariciar al niño"; "hablarle", "escuchar y dar respuesta"; todas ellas realizadas siete veces por semana y las realizaban porque les gustaban a los bebés. Llama la atención que el 48 por ciento de las madres no realizó ejercicios corporales y de conocimiento a sus hijos, tampoco visuales, ni proporcionó juguetes; esto podría ser porque no lo consideraron necesario, no tenían conocimiento de ello, porque repiten patrones anteriores y por múltiples ocupaciones, o bien porque no les gustan a los bebés, entre otras razones.

El estado de desarrollo, especialmente en las áreas de personal social motor fino y lenguaje del niño, tuvo efecto en las acciones de cuidado dependiente. Los promedios de niños normales, en la valoración general, en personal social, motor fino y lenguaje, son más altos que los niños con anormalidad,

cuestionable o inestable; con respuestas diversas. Esto significa que el cuidado materno influye en el desarrollo del niño en las diferentes áreas.

No hubo efecto entre desarrollo y actividades de estimulación espontánea 1,2 y 3, a excepción de lenguaje. El estudio realizado por Pérez, encontró que no existe relación positiva entre acciones de cuidado dependiente y el estado de desarrollo del niño; explica que, probablemente, el desarrollo se debe a muchos otros factores y no solo a los provenientes de su madre. Las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos universales tuvieron efecto en el desarrollo del niño, en personal social, motor fino y valoración general. En todos los casos los promedios mayores fueron para los niños valorados como normales.

Las acciones de cuidado dependiente para satisfacer requisitos del desarrollo tuvieron efecto en las áreas de motor fino, lenguaje y motor grueso. Los promedios mayores se dieron en los niños normales, esto significa que las madres contribuyen al desarrollo del niño, no en su totalidad, pero dada la dependencia de éste, por su corta edad, aquélla se constituye en un elemento vital en el desarrollo integral.

Al juntar los factores condicionantes básicos con las acciones de cuidado materno no se encontró significancia en el estado de desarrollo del niño, pero sí se encontró de manera aislada entre las acciones de cuidado dependiente con el desarrollo del niño; se observa que si las acciones de cuidado dependiente aumentan, las puntuaciones de la valoración con Denver II también. Lo anterior se apoya con lo encontrado con Rojas (1995) quien encontró relación entre las acciones de cuidado materno y el desarrollo del niño. Podría ser que el alto

porcentaje de niños normales en la valoración general de Denver II no permitió realizar la prueba efectivamente, ya que los grupos catalogados como anormales fueron mínimos.

La prueba de hipótesis 4 fue apoyada parcialmente en vista de que se efectuaron todas las combinaciones posibles y sólo se encontró significancia entre las acciones de cuidado dependiente y el estado de desarrollo del niño.

Se puede decir que los resultados contribuyen a la credibilidad de los conceptos de Orem utilizados, tales como los factores condicionantes básicos maternos y de los niños. Los factores seleccionados influyeron en las acciones de cuidado dependiente maternos. Finalmente las hipótesis 1 y 2 fueron rechazadas en vista de la significancia y efectos encontrados entre las variables. Por otro lado, las hipótesis 3 y 4 fueron apoyadas, dado que se encontró significancia en varias combinaciones efectuadas, más no en todas.

5.1. Conclusiones

En base a los hallazgos encontrados se concluye que:

Existe significancia entre los factores condicionantes básicos de las madres, tales como la escolaridad, ocupación, estrato social y las acciones de cuidado materno, que incluyen acciones de cuidado dependiente y actividades de estimulación espontánea en beneficio de sus hijos, con $p < .002$.

Hay relación positiva entre los factores condicionantes básicos de los niños y las acciones de cuidado materno. Pareciera ser que las madres actúan movidas por las características de los niños como edad, sexo, posición, nacimiento y por las propias, para brindar cuidado a los hijos.

Entre más se proporcionaron acciones de cuidado materno, entendidas éstas como acciones para satisfacer requisitos universales y del desarrollo y para estimular el mismo, los niños obtuvieron mejores puntuaciones en las diferentes áreas del desarrollo del niño.

Las madres hondureñas fueron en su mayoría amas de casa, jóvenes, de estrato social bajo, escolaridad secundaria, con compañeros estables y con pocos hijos; características que podrían explicar de alguna manera el hecho del incremento en frecuencia y tiempo de las actividades realizadas a sus hijos; como pasearlos, acariciarlos y jugar con ellos.

El estado de desarrollo de la mayoría de los niños entre 1 mes y 3 años, fue normal; fueron hijos únicos o segundos, nacidos a término y cuidados, en un alto porcentaje, por sus madres.

Las actividades que las madres más realizaron fueron aquellas que se relacionaban con el satisfacer necesidades universales o básicas, seguidas de las que fomentan el desarrollo del niño.

El instrumento Acciones de Cuidado Dependiente (DCA) de Gaffney y Moore (1989) aplicado en le presente estudio, obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.87, que es bastante aceptable y similar al obtenido en Estados Unidos (.88).

El instrumento en general de Actividades de Estimulación Espontánea Materna,(AEEM) obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.70, aceptable para ser la primera vez que se aplica.

5.2. Recomendaciones

Aplicar el presente estudio en contextos socioculturales diferentes, e incorporar variables al cuestionario de Actividades de Estimulación Espontánea Materna.

Realizar un “estudio cualitativo”, con variables similares que permita conocer más el quehacer de las madres y las circunstancias bajo las cuales realizan el cuidado de sus hijos.

Realizar un estudio similar prospectivo- longitudinal, con dos o tres mediciones, que permita ver las diferencias en el desarrollo del niño en el tiempo, con intervenciones maternas dirigidas.

Aplicar el instrumento de Acciones de Cuidado Dependiente a niños de otras edades y en otros contextos.

Introducir en estudios posteriores, otros conceptos de Orem como Capacidades, desviación de la salud y agencia de enfermería entre otros.

Incorporar otros factores condicionantes básicos de madres y de niños a estudios similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuña, H. (1979). La salud de los niños un desafío y una responsabilidad. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana.(4) pp. 25-38.

Becker , P. (1987). Sensitivity to infant development and behavior: A comparison of adolescent and adult single mothers. Research in Nursing & Health. (10) pp. 119-127.

Brooks-Gunn,J., McComick, N., Shapiro, S., Benasich, A., & Black, J. (1994). The effects of early education intervention on maternal employment, public assistance, and health insurance: The infant health and development program. American Journal of Public Health. 84 (6) pp. 924-931.

Burchinal, M, Lee, M., Ramey, C. (1989). Type of day care and preeschool intellectual development in disavantaged children. Child development. (60) pp: 128-137.

Canales, F., Alvarado, E., y Pineda, E. (1997). Metodología de la Investigación. (2ed.). Limusa. Mexico.

Carvajal, F., Iglesias, J. (1997). Intercambio de sonrisas de madre e hijo durante la interacción cara a cara en infantes con y sin Síndrome de Down. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, España.

Carpenito, L.J. (1995). Diagnóstico de Enfermería. (5ª ed.). McGraw Hill Interamericana México D.F.

Clearly, E.G., & Miller, J. (1986). Socialization and situational influences on sustained altruism. Child Development (57) pp.1358-1369.

Day, S. (1982). Mother infant activities as providers of sensory stimulation. The American Journal of Ocupational Therapy. pp.579-585.

Daniel, W. (1998). Biestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3 ed. Uteha. México.

Dennis, C. (1997). Self care deficit theory of nursing. Mosby. USA.

Doman, G. (1997). Como enseñar a leer a su bebé. 10 ed. Diana. México.

Español, C., Ricardo. (1987). Los cuidados del niño. Desarrollo psicomotor y sus trastornos. Siglo Cultural S.A. España.

Frankenburg, W.K., Dodds, J., Archer, Ph., Bresnick, B., Maschka, P., Edelman, N., & Shapiro, H. (1990). Denver II. Denver Developmental materials incorporated. Denver Colorado.

Freud S. (1986). Los textos fundamentales del psicoanálisis. Alianza Editorial. México.

Gaffney, K., Moore, J. (1989). Dependentt Care Agent Questionaire. George Mason University.

Garza, M. (1987). Participación de los padres en la estimulación temprana. Tesis de grado Facultad de Psicología UANL.

Ibañez, B. B. (1995). Manual para elaboración de tesis. 2da. Ed. Trillas. México.

Lester, B., Boukydis, Z., García-Coll, C., Peucker, M., McGrath, M., Vohr, B.; Brem, F. & Oh, W. (1995). Developmental outcome as a funtion of the goodness of fit between the infant´s cry characteristics and the mother´s perception of her infant´s cry. Pediatrics, 95 (4), pp.516-521.

Leifer G. (1982). Enfermería Pediátrica 3^{era} ed. Interamericana, México, D.F.

Moore, J. (1993). Predictors of children´s self care performance: Testing the Theory of self-care deficit. Scholarly inquiry for nursing practice: An International Journal. (7, 3) pp. 199-217.

Moore, J. (1995). Measuring the self-care practice of children and adolescents: Instruments development. Maternal- Child Nursing Journal 23 (3) pp. 101-107.

Moore, J.; Gaffney, K. (1989) Development of an instrument to measure mother´s performance of self-care activities for children. Advances in Nursing Science. (12,1) pp:76-84.

Musaiger, A. (1991). Cambiar no siempre es bueno. Salud Mundial de la OMS.

Nelson. R. (1992). Tratado de Pediatría. 14 ed. Vol. 1 Interamericana. McGraw- Hill. México.

Oliner, S., & Oliner, P. (1988) The altruism personality: Rescues of jews in Nazi Europe. New York: Free press.

Orem, D. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Ed. Científicas y Técnicas S. Barcelona España.

Orem, D. (1995). Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Mosby. España.

Organización Panamericana de la Salud. (1986). Manual de crecimiento y desarrollo. Serie Paltex N° 8.

Organización Panamericana de la Salud. (1988). Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño. Cuaderno Técnico N°18.

Pérez, V. (1997). Salud del preescolar, capacidades y acciones de cuidado dependiente de las madres en una Colonia urbano-marginada de Monterrey. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con especialidad en Materno infantil: Pediatría. Facultad de Enfermería UANL, Monterrey N.L. México.

Polit, D.; Hungler, B. (1994). Investigación científica en ciencias de la salud. 4 ed. Interamericana. México D:F.

Polit, D; Hungler, B. (1997): Investigación científica en ciencias de la salud. 5 ed. Interamericana. México D.F.

Reeder, S.; Martín, L.; y Koniack, D. (1980). Enfermería Materno Infantil. Interamericana. Mexico D.F.

Rojas, I. (1995). Desarrollo en el preescolar valorado por enfermería y participación familiar. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con especialidad Materno Infantil: Pediatría. Facultad de Enfermería UANL, Monterrey N.L. Mexico.

Rosenhan, D. (1970). The natural socialization of altruistic autonomy. In J. Macauley & L. Berkowitz. Altruism and helping behavior. New York: Academic Press pp.251-268.

SECPLAN Secretaría de Planificación (1997). Aproximaciones del censo poblacional. Información disponible en la misma Secretaría. Honduras C.A.

Senties, Y. (1992). La condición de la mujer mexicana. Memoria del II Seminario Nacional de la Federación Mexicana de Universitarias. Universidad Autónoma de México. Puebla.

Servin, B., Marquina, M., Noguez, H., y Peer, F (1992). Madres solteras adolescente en el D.F. publicación disponible en el Hospital de la mujer.

Spector, R.E. (1985). Cultural diversity in health and illness (2nd ed.). Norwalk, CA Appleton Century-Crofts.

Society of Pediatric nurses. (1996) Statement on the scope and standards of pediatric clinic nursing practice. American Nursing Foundation.

Simmons, P., Cavanaugh, S., (1996). Relationships among childhood parental care, professional school climate, and nursing student caring ability. Journal of Professional Nursing.12.(6) pp. 373-380.

Thompson E.D. Enfermería Pediátrica. 4ta. edición, México D.F. 1986.

UNICEF. (1989). Important to teach parents and family. Intercom.(No. 51). pp.11-14.

Valenzuela, R. (1983). Manual de Pediatría. Ateneo, Buenos Aires Argentina.

Vidal, M.; Díaz J. (1995). Atención temprana. Ciencias de la Educación preescolar y especial. General Pardiñas. Madrid España.

Whaley & Wong, D. (1995). Enfermería Pediátrica. Mosby / Doyma. España.

Waechter, P., Phillips, J., Holaday, B. (1993). Enfermería Pediátrica (10 ed).1. Interamericana McGraw Hill México.

Wassef, H. (1987). Las mujeres administradoras de alimentos. Salud Mundial de la OMS. pp. 18-19.

Youngblout J., Loveland Ch., & Horan, M. (1991). Maternal employment effects on family and preterm infants at three months. Nursing Reserch. (40, 5).pp. 272-275.

APÉNDICES

APÉNDICE A

Ficha de Factores Condicionantes Básicos de la Madre (FFCBM)

Datos personales de la madre:

	Codificación
1. Colonia: _____	_____
2. Edad: _____	_____
3. Educación: _____	_____
4. Ocupación: _____	_____
5. Religión: _____	_____
6. Gasto semanal en alimentos: _____	_____
7. Estado marital:	_____
a) Con compañero. B) Sin compañero	
9. Religión que profesa: _____	_____
10. Como considera usted su estado de salud:	_____
a) Muy buena. b) Buena c) Regular d) Mala	

APÉNDICE B

Ficha de Factores Condicionantes Básicos de los Niños
(FFCBN)

1. Edad del niño: _____
2. Sexo: _____
3. Nacimiento:
 - a) Prematuro b) A término c) Post – maduro
4. Posición del niño entre sus hermanos: _____
5. Estado de salud:
 - a) Muy buena b) Buena
 - c) Regular d) Mala

APÉNDICE C

* Instrumento de Acciones de Cuidado Dependiente.(DCA)
(Gaffney y Moore 1989).

* Instrumento de Actividades de Estimulación Espontánea Materna 1, 2 y 3
(Vásquez, M., 1998)

APÉNDICE D

Características del Desarrollo del Niño de 1 Mes a 3 Años.

El desarrollo se efectúa siguiendo un orden bastante constante de aparición, sin embargo desde el punto de vista cronológico pueden variar de niño a niño. En su progresión se observan períodos de avance rápido y otros de latencia, para luego dar paso a conductas más perfeccionadas. Freud (1986), Español (1987), Nelson (1992), Thompson (1986), Vidal; (1995) OPS (1996-1998), Whaley y Wong, (1995).

Edad	Comportamiento
Recién nacido a 3 meses.	<p>Movimientos involuntarios. Reflejos arcaicos, prensa fuerte los objetos. En estado de vigilia calmo, atento a la percepción de objetos y desplazamientos frente a él, a una distancia entre 20-30 cm. Estrabismo que desaparece a los tres meses Llanto al cambiar de posición y de contacto corporal de la persona que se ha ocupado de él. Sistema auditivo funcional, selecciona sonidos y anula otros, a los tres meses deja actividad por un sonido que le llama la atención. Reproduce mímicas como sacar la lengua, abrir y cerrar la boca, fruncir la cara etc.</p> <p>Tono muscular es de flexión, levanta la cabeza para cambiar de lado, pero no la sostiene hasta los dos meses</p>
3 meses a 6 meses	<p>Si se le sienta mantiene derecha la cabeza. Extremidades siguen flexionados pero no tan pegados al tronco. Mira sus manos. Principio de exploración del cuerpo. A los 6 meses regulan el equilibrio, articulaciones con libre movimiento.</p> <p>Tira de la sabana, se lleva las manos a la boca, se las chupa.</p> <p>Posturas: acostado, sentado, de pie.</p> <p>Es capaz de seguir objetos en todos los planos, se distrae mirando manos, pies; dibujos complejos y pequeños detalles.</p> <p>Interesado por asir objetos pequeños. Coordinación psicomotora. Buen contacto con personas extrañas si no le provocan miedo, reconoce lo familiar y lo desconocido. Suele sonreír a los desconocidos después de observarlos.</p> <p>Interés por investigar y explorar el entorno, acepta ayuda cuando no puede alcanzar un juguete.</p>
7 a 9 meses	<p>Tono muscular normal. Puede estar sentado solo, girar sobre si mismo, e iniciarse en el gateo. Camina de lado agarrado. Competencias visuales parecidas a las de los adultos. Mira su cara en el espejo. Reacciona a diversas tonalidades con expresiones de agrado o de desagrado, le gusta imitar sonidos propios del entorno. Sigue jugando con sus manos y pies, le</p>

	<p>gusta tomar objetos y soltarlos. Tiende a coger objetos usando el índice y el pulgar.</p> <p>A partir de los ocho meses le gusta señalar con el índice, aplaudir, dar palmadas, golpes, tirar objetos lejos. Manipula objetos con ambas manos, es fácil observar preferencia por una de ellas. Socializa fácil con niños de su edad, busca contacto con ellos tocándolos, mirándolos, pero sigue necesitando ayuda para hacerlo con personas adultas. Explora el entorno más intensamente y no reconoce el peligro, pues no los conoce.</p>
10 a 12 meses	<p>Puede estar de pie erguido, apoyándose. Controla bien la cabeza al perder el equilibrio. Le gusta hacer carotas, sacar la lengua, fijar la mirada en los ojos de los demás. Demuestra claramente alegrías y enfados. Coge objetos pequeños con el índice y el pulgar. Se pasa objetos de una mano a otra.</p> <p>Le cuesta quedarse quieto, quiere tocar todo lo que ve, y llevárselos a la boca para conocerlos.</p> <p>Tiene buena memoria y extraña un juguete mientras lo estaba manejando, intenta buscarlo y a veces demuestra enfado por no encontrarlo.</p> <p>Demuestra interés por conocer cosas nuevas.</p> <p>Se complace imitando y cuando lo imitan.</p>
12 a 18 meses	<p>Utilización manual cada vez más precisa</p> <p>Manipula, desplaza, transporta, ordena, desordena.</p> <p>Esboza garabatos con lápiz. Bebe en vaso.</p> <p>Se mantiene de pie solo.</p> <p>Marcha, con andar rígido y precipitado.</p> <p>Permanece mucho tiempo sentado, es la postura preferida.</p> <p>Puede agacharse y recoger un objeto y no perder el equilibrio.</p> <p>Puede subir escalones.</p> <p>Empieza a imitar actividades: hablar por el teléfono, barrer etc. Vuelve las páginas de un libro.</p>
18 a 24 meses	<p>Trepa las sillas. Baja la escalera reptando hacia atrás. Lanza una pelota con torpeza. Hace pequeñas torres con cubos.</p> <p>Sube la escalera de la mano. Empieza a correr.</p> <p>Se pone de cuclillas y mantiene el equilibrio.</p> <p>Buena coordinación de manos, realiza manipulaciones finas.</p>
2 a 3 años	<p>Se mantiene en cuclillas, se agacha y levanta sin perder el equilibrio.</p> <p>Salta con los dos pies, al acercarse al tercer año lo hace solo con un pie.</p> <p>Sube y baja escaleras alternando los pies.</p> <p>Dos y medio años puede andar en puntillas: al llegar a los tres no tiene dificultades para subirse en butacas. Puede andar en triciclo. Puede utilizar tijeras, puede ensartar bolas en un cordel.</p> <p>Empieza a diferenciar su mundo con el mundo exterior.</p> <p>Hay mas dominio por un lado del cuerpo.</p> <p>Hay mayor independencia, los juegos colectivos le empiezan a interesar.</p> <p>Empieza a comprender que puede y no puede hacer. Curiosidad por conocer su entorno. Imita a los adultos.</p>

Adquisición del Lenguaje:

La definición clásica del lenguaje según Español Crespo (1987), es la facultad del ser humano para comunicarse con sus semejantes, por medio de

un sistema de signos de naturaleza vocal, estos signos nacidos de la necesidad de comunicación dentro de una forma de vida organizada de la sociedad. Una serie de órganos intervienen en la elaboración del lenguaje: cerebro, órgano de la audición y órganos de la fonación. El desarrollo y la calidad del lenguaje del niño, dependerá en gran medida del modelo lingüístico ofrecido por su entorno, así como de la actitud comunicativa de las personas que lo componen.

Comprensión	Edad	Expresión	Comunicación extra lingüística
Responde a sonidos volviéndose.	2-3 meses	Ruidos roncocalizaciones (a, e, l, o, u) y consonantes (j, k, f, s, v, z) que unidas forman palabras. (ajo)	Sonrisa intencional
Comprende ciertas entonaciones: reproches, alabanzas	3 a 6 meses	Repite cadena de sílabas y juega con ello. Al quinto mes le gusta chillar, reír con frecuencia, controla la intensidad de su voz.	No debe interrumpirse
Inicio del lenguaje oral. (dependerá de la estimulación recibida)	7 -9 meses	Periodo lingüístico. Clic labial del beso. Mamá, papá, etc. Imita mucho lo que oye. Se les observa mucho con la lengua afuera. Utiliza el grito para demostrar que quiere persistir en lo que esta haciendo. Señala con el dedo para preguntar, que cosa es.	Dice "no" con la cabeza, imitación gestual del "adiós" "bravo" "cucú". Se esfuerza por entender y comprender palabras y preguntas: ¿ dónde está mamá?
Comprende numerosos sustantivos concretos, frases simples alusivas a sus actividades: siesta, paseos, comidas. Ordenes simples	De los 12 a 18 meses	Adquisición de palabras. Palabras frases. Dos o tres palabras yuxtapuestas. Comprende el significado de "si y no". Le gusta cambiar de voz, pasar de susurrar a voz fuerte. Pregunta ¿ Qué es eso?.	Mímica adoptada cuando se le riñe. Enseña lo que quiere: juguete, comida etc. Muestra braga o pantalón mojados.
Comprende numerosos sustantivos: de animales, partes del cuerpo,	De los 18 a 24 meses	Posee 10 a 15 palabras. Pequeñas frases no gramaticales. Pregunta por la palabra que quiere usar. Dice no.	Arrastra a las personas hacia lo que quiere

ropas, objetos corrientes.			
	2 años	Se amplia el vocabulario. Pequeñas frases: Maneja verbos y objetivos.	
	30 meses	Usa artículos, pronombres, preposiciones.	
Comprende sustantivos abstractos (color), adjetivos de dimensión. Palabras que indican nociones especiales.	3 años	Dice su nombre. Nombra objetos corrientes, los enumera en una imagen. Empieza a utilizar algunas palabras abstractas. Utilizar el plural, las preguntas ¿dónde, cuando, porque? El pronombre yo.	
Sustantivos abstractos (medida, diferencia). Adjetivos de semejanza.	3-4 años	Lo esencial del lenguaje está constituido. Vocabulario cada vez más rico. La pregunta ¿Como?	

Escala del desarrollo y del comportamiento psico social.

Edad	I. Comer
Recién nacido	Discrimina olores y sabores desde los primeros días. La succión no es la misma con un biberón, que con la leche materna. Mímica facial variada. Con soluciones dulces expresiones sonrientes. Con soluciones amargas reacción de rechazo y mímica de disgusto.
12 a 18 meses	❖ Empieza a beber y comer solo.
2 años	❖ Mastica los alimentos antes de tragar. ❖ Bebe con taza o vaso sin ayuda con una o dos manos, sin derramar demasiado. ❖ Come con cuchara (sin ayuda y sin que se le caiga mucho).
3 años	❖ Empieza a utilizar el tenedor para comer. ❖ Come solo sin derramar 8 cuchara o taza) ❖ Coge la taza por el asa (con una sola mano)

	II. Vestirse y desnudarse
12 a 18 meses	➤ Se quita las prendas de vestir, pero no se las puede poner.
2 años	➤ Se descalza con esa intención, no por juego o azar. ➤ Cierra una cremayera. ➤ Participa mientras lo visten.
3 años	➤ Suelta las lazadas de los zapatos. ➤ Puede desnudarse (batas vestidos simples). ➤ Consigue vestirse sin ayuda (pero sin abrocharse).
	III. Higiene y aseo
12 a 18 meses	✓ No controla hábitos de limpieza, aun que se da cuenta y avisa, pero generalmente cuando ya lo ha hecho.
2 años	✓ Colabora en el lavado y peinado. ✓ Posibilidades de retención urinaria.

	✓ Posibilidades de retención intestinal.
3 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se seca las manos. (después de que las ha lavado) ✓ Expresa los deseos de ir a evacuar (vejiga e intestino) por medio de gestos o palabras. Requiere aún ayuda.
	IV. Autonomía en los desplazamientos.
2 años	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Anda solo por la casa (vigilancia ocasional) ◆ Soluciona los obstáculos simples (abre una puerta, sube a una silla, transporta objetos). ◆ Puede correr sin caerse.
3 años	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sube las escaleras sin ayuda ◆ Independencia de los desplazamientos dentro de la casa. ◆ Puede andar sobre la punta de los pies.

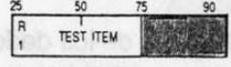
AÑOS

MESES 2 4 6 9 12 15 18 24 3 4 5 6

APÉNDICE E

Denver II

Porcentaje de peso para el niño



Pase con reporte No. (Vea al reverso)

Nombre:
Nacimiento:
ID No.:

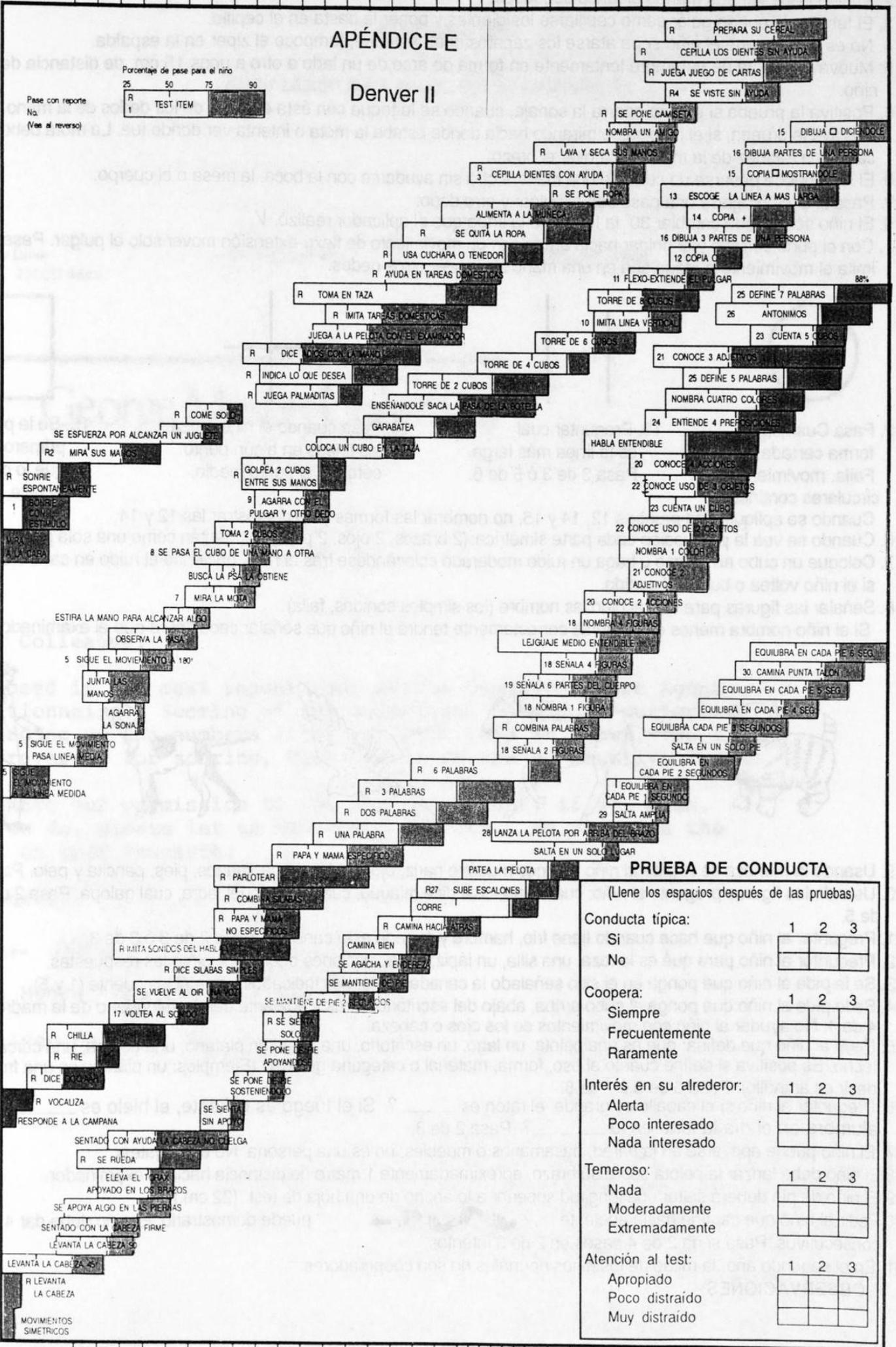
Examinador:
Dato:

PERSONAL - SOCIAL

MOTOR FINO - ADAPTIVO

LENGUAJE

MOTOR GRUESO

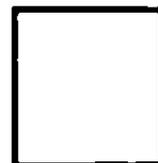
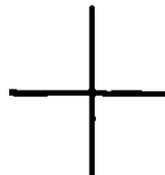
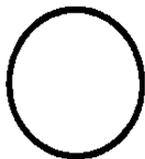


PRUEBA DE CONDUCTA
(Llene los espacios después de las pruebas)

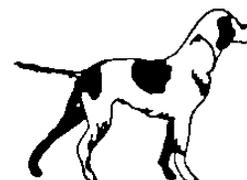
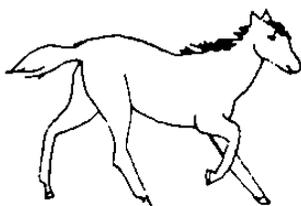
Conducta típica:	1	2	3
Si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coopera:	1	2	3
Siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interés en su alrededor:	1	2	3
Alerta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco interesado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada interesado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temeroso:	1	2	3
Nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moderadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extremadamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención al test:	1	2	3
Apropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco distraído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy distraído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSTRUCCIONES:

1. Se intenta conseguir una sonrisa del niño hablando sonriendo y/o haciendole señales pero no se debe tocar.
2. El niño debe ver sus manos algunos segundos.
3. El familiar le puede guiar como cepillarse los dientes y poner la pasta en el cepillo.
4. No es preciso que el niño sepa atarse los zapatos ni abotonarse, tampoco el zipper en la espalda.
5. Mueva una mota de estambre lentamente en forma de arco de un lado a otro a unos 15 cm. de distancia de la cara del niño.
6. Positiva la prueba si el niño agarra la sonaja, cuando se le toque con ésta el dorso de los dedos de la mano.
7. Positiva la prueba, si el niño sigue mirando hacia donde estaba la mota o intenta ver donde fue. La mota debe dejarse caer con rapidez de la mano sin mover el brazo.
8. El niño puede pasarse un cubo de una mano a otra sin ayudarse con la boca, la mesa o el cuerpo.
9. Pasa si el niño agarra una pasa con el pulgar y otro dedo.
10. El niño sólo puede cambiar 30° la forma de la línea que el aplicador realizó. ✓
11. Con el puño cerrado y el pulgar hacia arriba con un movimiento de flexo-extensión mover solo el pulgar. Pasa si el niño imita el movimiento aunque sea en una mano sin mover otros dedos.



12. Pasa Cualquier forma cerrada.
Falla. movimientos circulares continuos.
Cuando se apliquen las pruebas 12, 14 y 15, no nombrar las formas y no demostrar las 12 y 14.
 13. Preguntar cuál es la línea más larga.
Pasa 3 de 3 ó 5 de 6.
 14. Pasa cuando el niño cruza las líneas en algún punto cercano al punto medio.
 15. Se le pide primero al niño que lo dibuje.
Si falla, demostrar.
16. Cuando se vea la puntuación cada parte simétrica: (2 brazos, 2 ojos, 2 piernas) cuentan como una sola parte.
17. Coloque un cubo en la taza u haga un ruido moderado colocándose tras el niño, haciendo el ruido en cada oído y pasa si el niño voltea o busca el sonido.
18. Señalar las figuras para que el niño las nombre (los simples sonidos, falla).
Si el niño nombra menos de 4 figuras correctamente tendrá el niño que señalar cada figura que el examinador le nombre.



19. Usando la muñeca se le pide al niño que nos muestre nariz, ojos, oídos, boca, manos, pies, pancita y pelo. Pasa 6 de 8.
20. Usando las figuras pregunte al niño: cuál vuela, cuál dice miauuu, cuál habla, cuál ladra, cuál galopa. Pasa 2 de 5 ó 4 de 5.
21. Preguntar al niño que hace cuando tiene frío, hambre y cuando está cansado. Pasa 2 de 3 ó 3 de 3.
22. Preguntar al niño para qué es la taza, una silla, un lápiz; en las acciones deberá incluirse las respuestas.
23. Se le pide al niño que ponga en el sitio señalado la cantidad de cubos indicados y que él las cuente (1 y 5).
24. Se le pide al niño que ponga el cubo arriba, abajo del escritorio. Atrás y adelante del examinador o de la madre. Pasa 4 de 4. No ayudar al niño con movimientos de los ojos o cabeza.
25. Pedir al niño que defina: que es una pelota, un lago, un escritorio, una casa, un plátano, una cortina, una cerca, un techo. Es positiva si define cuanto al uso, forma, material o categoría general. (Ejemplos: un plátano es una fruta, no solo decir es amarillo). Pasa 5 de 8 ó 7 de 8.
26. Preguntar al niño si el caballo es grande, el ratón es _____? Si el fuego es caliente, el hielo es _____? Si el Sol alumbraba en el día la luna en la _____? Pasa 2 de 3
27. El niño puede apoyarse en la pared, pasamanos o muebles, no es una persona. No debe gatear.
28. El niño debe lanzar la pelota sobre su brazo, aproximadamente 1 metro de distancia hacia el examinador.
29. El niño de pie deberá saltar una longitud superior a lo ancho de una hoja de test (22 cm).
30. Pedir al niño que camine hacia adelante  puede demostrarlo. El niño debe dar 4 pasos consecutivos. Pasa si da 2 de 4 pasos en 2 de 3 intentos.
31. En el segundo año, la mitad de los niños normales no son cooperadores.

OBSERVACIONES:

APÉNDICE F

Autorización para el uso del Instrumento DCA

400 University Drive
Fairfax, Virginia 22030-4444

School of Nursing

(703) 323-2446

George Mason University

Dear Colleague,

Enclosed is the most recent copy of the Dependent Care Agent Questionnaire. Scoring of the instrument should be performed by adding up the numbers (1-5) for each item as shown. No items are reversed for scoring, that is, there are no negative items.

You have our permission to use the instrument, if you wish. If you do, please let us know your results. We wish you the best on your research!

Sincerely,

JEAN MOORE

Jean Moore, RN, PhD

Kathleen Gaffney, RN, PhD

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Mirna Ledesma Vásquez Aguilera

Candidata para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: **CUIDADO MATERNO Y DESARROLLO
DEL NIÑO DE 1 MES A 3 AÑOS**

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud.

Biografía:

Datos personales: Nacida en Tegucigalpa, Honduras C. A.; el 8 de Diciembre de 1955, hija de Carlos Antonio Vásquez Alvarenga y de Didia Consuelo Aguilera Juárez.

Educación: Egresada de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, C. A.

Experiencia Profesional: En el Hospital Atlántida Integrado como jefe de sala de Urología, Ginecología y labor y Parto de 1983 a 1985. En el Instituto Hondureño de Seguridad Social como enfermera de Hemodiálisis y de Cuidados Intensivos, desde 1985 a 1991. En la Embajada de Estados Unidos como enfermera Industrial de 1989 a 1992 y en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras como docente en áreas médico quirúrgica y pediátrica y como coordinadora de carrera desde 1992 a la fecha.

