

# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



## FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES DIRECCIÓN DE POSGRADO MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL FAMILIAR

**TEMA:**

---

**“LA PUERICULTURA DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y EL  
DESARROLLO DEL INFANTE HASTA LOS TRES MESES DE EDAD EN  
EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN”**

---

### **Trabajo de Titulación**

Previo a la obtención del Grado Académico de Magíster en Trabajo Social  
Familiar

**Autora:** Dra. Martha Fabiola Naranjo Barreno

**Directora:** Dra. Tamara Alexandra Carrillo Tamayo, Mg.

Ambato – Ecuador  
2014

## **Al Consejo de Posgrado de la Universidad Técnica de Ambato**

El Tribunal de la Defensa del trabajo de titulación presidido por el Doctor Ángel Patricio Poaquiza Poaquiza Magíster, Presidente del Tribunal e integrado por los Señores: Doctor Luis Alberto Gamboa Orozco Magíster, Licenciada Malena Karina Quiroga López Magíster, Licenciada Viviana Fidencia Naranjo Ruiz Magíster, Miembros del Tribunal de Defensa, designados por el Consejo Académico de Posgrado de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor la defensa oral del trabajo de titulación con el tema: “LA PUERICULTURA DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y EL DESARROLLO DEL INFANTE HASTA LOS TRES MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN”, elaborado y presentado por la Señora Doctora Martha Fabiola Naranjo Barreno, para optar por el Grado Académico de Magíster en Trabajo Social Familiar.

Una vez escuchada la defensa oral el Tribunal aprueba y remite el trabajo de investigación para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

-----  
Dr. Ángel Patricio Poaquiza Poaquiza, Mg.  
Presidente del Tribunal de Defensa

-----  
Dr. Luis Alberto Gamboa Orozco, Mg.  
Miembro del Tribunal

-----  
Lcda. Malena Karina Quiroga López, Mg.  
Miembro del Tribunal

-----  
Lcda. Viviana Fidencia Naranjo Ruiz, Mg.  
Miembro del Tribunal

## **AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el trabajo de Titulación con el tema: “LA PUERICULTURA DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y EL DESARROLLO DEL INFANTE HASTA LOS TRES MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN”, le corresponde exclusivamente a la Doctora Martha Fabiola Naranjo Barreno, Autora bajo la Dirección de la Doctora Tamara Alexandra Carrillo Tamayo Magíster, Directora del trabajo de Titulación; y el patrimonio a la Universidad Técnica de Ambato.

-----  
Dra. Martha Fabiola Naranjo Barreno

-----  
Dra. Tamara Alexandra Carrillo Tamayo, Mg.

Autora

Directora

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga uso de este trabajo de Titulación como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los Derechos de mi trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además autorizo su reproducción dentro de las regulaciones de la Universidad.

-----  
Dra. Martha Fabiola Naranjo Barreno

c.c. 010290678-1

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco al Padre Celestial por su amor y generosidad, a la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales, por darme la oportunidad de alcanzar esta maestría que me ha permitido, crecer como ser humano y fortalecer los conocimientos que contribuyen en el ámbito profesional.

Un profundo agradecimiento a mi Directora de Tesis Dra. Tamara Carrillo Magíster, quien me ha motivado y guiado en el desarrollo y culminación de este trabajo de investigación, a mis padres y de manera especial a mis suegros quienes fueron un apoyo incondicional para cumplir un objetivo más en mi vida.

**Martha**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de Investigación a mi esposo Marcelo Rodríguez a mis hijos: Andrés, Mary y Cayetana, quienes han sido la razón para continuar superándome y alcanzar un sueño tan anhelado como el de culminar este proyecto en mi vida profesional.

**Martha**

## ÍNDICE GENERAL

### PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
Al Consejo de Posgrado de la Universidad Técnica de Ambato .....	ii
Autoría de la Investigación .....	iii
Derechos de Autor.....	iv
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria .....	vi
Índice General .....	vii
Índice de Cuadros.....	x
Índice de Gráficos .....	xii
Resumen Ejecutivo.....	xiv
Executive Summary .....	xv
Introducción .....	1

### CAPÍTULO I EL PROBLEMA

Planteamiento del problema.....	3
Contextualización.....	3
Macro .....	6
Meso:.....	7
Micro:.....	8
Arbol de problemas .....	10
Análisis crítico .....	11
Prognosis .....	12
Formulación del problema .....	12
Interrogantes investigativas.....	12
Delimitación del problema.....	13
Justificación.....	13
Objetivos .....	14
General .....	14

Específicos .....	15
-------------------	----

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

Antecedentes investigativos .....	16
Fundamentación .....	16
Filosófica.....	16
Legal.....	17
Psicológica .....	20
Categorías fundamentales .....	21
Hipótesis.....	73
Señalamiento de variables.....	73

**CAPÍTULO III**  
**METODOLOGÍA**

Enfoque de la investigación .....	74
Nivel o tipo de investigación.....	74
Población y muestra .....	75
Operacionalización de las variables .....	76
Plan de recolección de información .....	80
Plan de procesamiento de la información .....	81

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Verificación de la hipótesis.....	128
Combinación de frecuencias .....	129
Modelo lógico .....	130
Conclusión.....	132

**CAPÍTULO V**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Conclusiones .....	133
--------------------	-----



Recomendaciones.....	134
----------------------	-----

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

Datos informativos .....	135
Antecedentes de la propuesta .....	135
Justificación.....	136
Objetivos .....	138
General .....	138
Específicos .....	138
Análisis de factibilidad.....	138
Fundamento científico.....	139
Fundamentación .....	144
Legal.....	144
Psicológica .....	145
Pedagógico .....	148
Metodología .....	151
Desarrollo de talleres.....	152
Administración.....	163
Previsión de la evaluación.....	163
Bibliografía .....	164
Linkografía.....	168
Anexos.....	169

## ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N. 1: Variable independiente: puericultura de las madres .....	76
CUADRO N. 2 : Variable dependiente: desarrollo del recién nacido .....	78
CUADRO N. 3: Edad de las madres adolescentes.....	83
CUADRO N. 4: Factores socioeconómicos de las Madres Adolescentes .....	85
CUADRO N. 5: ¿Cómo recibió la noticia del embarazo su familia? .....	89
CUADRO N. 6: ¿Quién le acompañó durante el parto? .....	90
CUADRO N. 7: ¿Cuáles son los cuidados durante el embarazo?.....	91
CUADRO N. 8: ¿De quién recibió apoyo durante el embarazo? .....	93
CUADRO N. 9: ¿Cuántos chequeos médicos tuvo durante el embarazo? .....	94
CUADRO N. 10: ¿Dio a luz con asistencia médica?.....	95
CUADRO N. 11 ¿Cuándo debe iniciar la lactancia el recién nacido?.....	96
CUADRO N. 12¿Cada cuántas horas debe alimentarse?.....	97
CUADRO N. 13 ¿Además de la leche materna debe recibir agua?.....	98
CUADRO N. 14: ¿El recién nacido debe recibir leche maternizada? .....	99
CUADRO N. 15: ¿En relación a las evacuaciones es normal?.....	100
CUADRO N. 16: ¿Cuántas veces al día debe curarse el cordón umbilical?.....	101
CUADRO N. 17: ¿Con qué se cura el cordón umbilical?.....	102
CUADRO N. 18: ¿Cuándo se cae el cordón umbilical? .....	103
CUADRO N. 19: ¿Se puede dejar cubierto con pañal el cordón umbilical? .....	104
CUADRO N. 20: ¿Cuántas horas duerme el recién nacido? .....	105
CUADRO N. 21: ¿Cuál es la posición ideal para dormir? .....	106
CUADRO N. 22: ¿Es preferible que el recién nacido duerma?.....	106
CUADRO N. 23: ¿Puede dormir con almohadas en la cuna?.....	108
CUADRO N. 24: ¿Puede dejarse el plástico del colchón en la cuna?.....	109
CUADRO N. 25: ¿Cuándo se debe bañar al recién nacido?.....	110
CUADRO N. 26: ¿El agua para bañar al bebé debe estar?.....	111
CUADRO N. 27: ¿Debe bañar diariamente al recién nacido?.....	112
CUADRO N. 28: El recién nacido ¿debe recibir vacunas? .....	113
CUADRO N. 29: ¿Cuántas vacunas debe recibir el recién nacido? .....	114
CUADRO N. 30: ¿Qué vacunas puede recibir el recién nacido? .....	115

CUADRO N. 31: ¿Cuántas veces debe ir al pediatra el bebe? .....	116
CUADRO N. 32: ¿Se utiliza los hisopos para limpiar los oídos del bebé? .....	117
CUADRO N. 33: ¿Se deben asear los genitales del recién nacido? .....	118
CUADRO N. 34: ¿Él bebe puede ver, oír, oler, degustar o sentir? .....	119
CUADRO N. 35: ¿Cómo desarrollar la visión del recién nacido? .....	120
CUADRO N. 36: ¿Cómo desarrollar la audición del bebe? .....	121
CUADRO N. 37: ¿Cómo desarrollar el olfato del bebe?.....	122
CUADRO N. 38: ¿Cómo desarrollar el tacto del recién nacido? .....	123
CUADRO N. 39: ¿tiene riesgo de enfermar el bebe si no está vacunado?.....	124
CUADRO N. 40: Noción de las madres adolescentes sobre puericultura. ....	125
CUADRO N. 41: Desarrollo físico de los niños atendidos en el HPAV .....	129
CUADRO N. 42: Desarrollo afectivo-social y cognitivo a los tres meses .....	131
CUADRO N. 43: Actividades para desarrollar talleres .....	151
CUADRO N. 44: Taller 1 .....	152
CUADRO N. 45: Taller 2 .....	153
CUADRO N. 46: Taller 3 .....	154
CUADRO N. 47: Taller 4 .....	155
CUADRO N. 48: Taller 5 .....	156
CUADRO N. 49: Taller 6 .....	157
CUADRO N. 50: Taller 7 .....	158
CUADRO N. 51: Taller 8 .....	159
CUADRO N. 52: Taller 9 .....	161
CUADRO N. 53: Taller 10 .....	162

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N. 1: Árbol de Problemas .....	10
GRÁFICO N. 2: Categorías Fundamentales.....	21
GRÁFICO N. 3: Variable Independiente.....	22
GRÁFICO N. 4: Variable Independiente.....	23
GRÁFICO N. 5: Edades de las Madres Adolescentes .....	83
GRÁFICO N. 6: Factores socioeconómicos de las Madres Adolescentes.....	86
GRÁFICO N. 7: ¿Cómo recibió la noticia del embarazo su familia?.....	89
GRÁFICO N. 8: ¿Quién le acompañó durante el parto? .....	90
GRÁFICO N. 9: ¿Cuáles son los cuidados durante el embarazo?.....	91
GRÁFICO N. 10: ¿De quién recibió apoyo durante el embarazo?.....	93
GRÁFICO N. 11: ¿Cuántos chequeos médicos tuvo durante el embarazo?.....	94
GRÁFICO N. 12: ¿dio a luz con asistencia médica?.....	95
GRÁFICO N. 13: ¿Cuándo debe iniciar la lactancia el recién nacido?.....	96
GRÁFICO N. 14: ¿Cada cuantas horas debe alimentarse?.....	97
GRÁFICO N. 15: ¿Además de la leche materna debe recibir agua?.....	98
GRÁFICO N. 16: ¿El recién nacido debe recibir leche maternizada?.....	99
GRÁFICO N. 17: ¿en relación a las evacuaciones es normal?.....	100
GRÁFICO N. 18: ¿Cuántas veces al día debe curarse el cordón umbilical?.....	101
GRÁFICO N. 19: ¿Con que se cura el cordón umbilical?.....	102
GRÁFICO N. 20: ¿Cuándo se cae el cordón umbilical? .....	103
GRÁFICO N. 21: ¿Se aconseja dejar cubierto con pañal el cordón umbilical? .	104
GRÁFICO N. 22: ¿Cuántas horas duerme el recién nacido?.....	105
GRÁFICO N. 23: ¿Cuál es la posición ideal para dormir?.....	106
GRÁFICO N. 24: ¿Es preferible que el recién nacido duerma?.....	107
GRÁFICO N. 25: ¿Puede dormir con almohadas en la cuna?.....	108
GRÁFICO N. 26: ¿Puede dejarse el plástico del colchón en la cuna? .....	109
GRÁFICO N. 27: ¿Cuándo se debe bañar el recién nacido?.....	110
GRÁFICO N. 28: ¿el agua para baño al bebe debe estar?.....	111
GRÁFICO N. 29: ¿Debe bañar diariamente al recién nacido?.....	112
GRÁFICO N. 30: ¿El recién nacido debe recibir vacunas?.....	113

GRÁFICO N. 31: ¿Cuántas vacunas debe recibir el recién nacido?.....	114
GRÁFICO N. 32: ¿Qué vacunas puede recibir el recién nacido?.....	115
GRÁFICO N. 33: ¿Cuántas veces debe ir al pediatra en su primer mes?.....	116
GRÁFICO N. 34: ¿en la limpieza de los oídos se debe usar hisopos? .....	117
GRÁFICO N. 35: ¿se debe asear los genitales del recién nacido? .....	118
GRÁFICO N. 36: ¿El recién nacido puede oír, ver, oler degustar o sentir?.....	119
GRÁFICO N. 37: ¿Cómo desarrollar la visión del recién nacido?.....	120
GRÁFICO N. 38: ¿Cómo desarrollar la audición del recién nacido?.....	121
GRÁFICO N. 39: ¿Cómo desarrollar el olfato del recién nacido? .....	122
GRÁFICO N. 40: ¿Cómo desarrollar el tacto del recién nacido?.....	123
GRÁFICO N. 41: ¿enfermara él bebe si no está vacunado?.....	124
GRÁFICO N. 42: Conocimiento de las madres sobre puericultura.....	126

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES  
DIRECCIÓN DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL FAMILIAR

Tema: “LA PUERICULTURA DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y EL DESARROLLO DEL INFANTE HASTA LOS TRES MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN”.

**Autora:** Dra. Martha Fabiola Naranjo Barreno

**Directora:** Dra. Tamara Alexandra Carrillo Tamayo, Mg.

**Fecha:** 21 de Noviembre del 2013

### RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación se realizó en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez, con una población universo de 83 madres adolescentes que acudieron a consulta con sus hijos en el primer periodo del 2012. El objetivo fue identificar el nivel de conocimientos que tienen las madres adolescentes sobre Puericultura y la incidencia sobre el desarrollo del recién nacido en los tres primeros meses. Para su estudio se utilizó el método el inductivo-deductivo, las técnicas fueron la encuesta y el fichaje. Los resultados permiten determinar que el porcentaje de madres adolescentes se encuentran entre los 16 y 17 años, solteras, provienen del sector urbano y de hogares con ingresos económicos bajos. Con respecto al conocimiento sobre puericultura, se puede concluir que el 89% se ubicó en el nivel bajo y el 10,84% en un nivel regular. Concluyendo que el bajo nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre puericultura, afectó en el desarrollo físico, socio-afectivo y cognitivo recién nacido.

**Descriptor:** Puericultura, Madres adolescentes, Edad de las madres adolescentes, Cuidados del recién nacido, Alimentación, Atención médica, Desarrollo del niño, Desarrollo físico, Desarrollo socio-afectivo, Infante.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES  
DIRECCIÓN DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL FAMILIAR

Theme: "THE NURSERY OF TEENAGE MOTHERS AND DEVELOPMENT  
OF INFANT TO THREE MONTHS IN PEDIATRIC HOSPITAL  
ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN."

**Author:** Dra. Martha Fabiola Naranjo Barreno

**Directed by:** Dra. Tamara Alexandra Carrillo Tamayo, Mg.

**Date:** November 21, 2013

**EXECUTIVE SUMMARY**

This research was conducted at the Pediatric Hospital Alfonso Villagomez, with a world population of 83 adolescent mothers who consulted with their children in the first quarter of 2012. Aimed to identify the level of knowledge they have on teenage mothers and Childcare the impact on the development of the newborn in the first three months. To study the inductive -deductive method was used; the techniques were the survey and signing. The results allow determining the percentage of teenage mothers is between 16 and 17 years old, single, coming from urban areas and low-income households. Regarding knowledge about child care, it can be concluded that 89 % were located in the lower level and 10.84% at a regular level. Concluding that the low level of knowledge of adolescent mothers about child care, affected the socio- affective and cognitive physical, newborn.

**Descriptors** .- Childcare –Pediatrics, Teenager mothers, Teenager mothers age, newborn baby's cares, Feeding, medical attention, child development, Physical Development, Socio-affective development, Infant.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación ha sido orientada a determinar la incidencia que tiene el conocimiento de las madres adolescentes sobre puericultura en el desarrollo del recién nacido en sus tres primeros meses. El conocimiento hace referencia a lo que sabe la madre adolescente de los cuidados que debe tener la madre durante el embarazo, durante el parto y después del parto. Durante el control prenatal y post natal se aplican una serie de medidas que contribuyen a que el embarazo transcurra y culmine exitosamente en una madre y neonato sanos; estos conceptos elementales orientaron nuestro estudio.

El estudio se realizó con 83 madres adolescentes comprendidas entre los 13 y 18 años de edad que asisten a consultas periódicas en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román durante el primer semestre del año 2012 y el desarrollo de sus hijos. Inicialmente se planteó trabajar con una población de 90 adolescentes, pero en la ejecución la población se redujo a 83 madres, obligada por la imposibilidad de tener contacto con un cierto porcentaje de madres que ya no acuden al centro hospitalario a su atención.

El objetivo principal de la investigación se orientó a determinar si nuestro grupo de estudio poseía o no los conocimientos elementales para cumplir con la importante responsabilidad de traer al mundo un bebé y con estos resultados medir si el desarrollo del recién nacido hasta los tres meses ha sido o no afectado. En segundo lugar se orientó a realizar una estimación porcentual de los conocimientos que tienen las madres sobre puericultura antes, durante y después del parto y en tercer lugar, establecer la incidencia entre los conocimientos que tiene las madres adolescentes y el desarrollo del neonato en sus tres primeros meses.

Entre los resultados más significativos encontrados fueron: que ninguna la madre adolescente tuvo un conocimiento bueno sobre puericultura, solo un 10,84% de



las madres tuvo un conocimiento regular y el 89,16% se ubicó en un nivel de conocimiento malo.

El informe de investigación se basa en los siguientes capítulos:

**Capítulo I** se describe el problema planteado, especificando las posibles causas que ocasiona los embarazos en las adolescentes, se plantean los objetivos que persigue obtener la investigación y se justifican las principales razones para realizar el trabajo.

**Capítulo II** se desarrolla la fundamentación teórica que sostiene la investigación, contiene los conceptos de puericultura, su división, características de las madres adolescentes, los cuidados del recién nacido, también se describe la variable dependiente con respecto al desarrollo del infante, las características del recién nacido, los factores que intervienen, los cuidados de transición. Contiene las hipótesis y la operacionalización de las mismas.

**Capítulo III** se establece el tipo de investigación, el marco metodológico, la población, los métodos, técnicas e instrumentos utilizados durante el proceso.

**Capítulo IV** contiene el análisis y la interpretación de los resultados y el proceso de comprobación de la hipótesis.

**Capítulo V** encontramos las conclusiones y recomendaciones.

**Capítulo VI** contiene la propuesta educativa dirigida a madres adolescentes embarazadas, la metodología para su implementación, los diez talleres diseñados y los resultados de su ejecución.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **Tema**

“LA PUERICULTURA DE LAS MADRES ADOLESCENTES Y EL DESARROLLO DEL INFANTE HASTA LOS TRES MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN”,

#### **Planteamiento del Problema**

##### *Contextualización*

La adolescencia en la actualidad es un tema de mucho análisis y debate ha sido, este periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica y fija sus límites entre los 10 y 20 años. Desde el enfoque médico es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud, pero desde el punto de vista psicológico y social es vista como la etapa de mayores conflictos.

Sin lugar a dudas, se ha logrado el reconocimiento en mayor medida de sus derechos, pero esto también ha significado un mayor nivel en la actividad sexual, lo que ha conllevado a un mayor libertinaje en este campo y el incremento de los embarazos en un gran número de jóvenes, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo durante la adolescencia es considerado de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales que deja y la distorsión en el proyecto de vida de los/las jóvenes.

Este alto índice de embarazos, es hoy considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo , el parto y post parto, que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2010 fallecieron 3.204 niños menores de un año.

La Sierra es la región con más número de muertes infantiles en menores de un año, perinatal y neonatal. Si los casos no llegan a la muerte, los niños recién nacidos y durante sus primeros años padecen de una serie de condiciones negativas que impiden su normal desarrollo, partiendo desde la falta de atención médica, una mala nutrición de la madre y del feto, ausencia de vacunas que le proteja de enfermedades peligrosas, hasta la ingesta de drogas; durante el parto las condiciones en la mayoría de casos no mejoran, las adolescentes no son atendidas por el personal médico, no hay el apoyo en el cuidado del recién nacido y luego del parto factores como económico, el apoyo familiar, el de su pareja son mínimos inciden para, la etapa infantil se convierte en una lucha de sobrevivencia, tanto para la madre como para el recién nacido

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, la mayoría de ellas se ven obligadas a desertar del sistema escolar, quedando con un nivel de escolaridad bajo que no le permite acceder a un trabajo digno para satisfacer al menos sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en la que se convierte la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño, en algunos casos se formaliza forzosamente la relación. Esta realidad tiene implicaciones socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social.

Está claro, durante el embarazo y luego del parto comienza una nueva etapa de vida para los dos, las necesidades de atención médica, los cuidados en

alimentación, el vínculo madre e hijo, el cuidado y la dependencia total del niño de su madre, son aspectos fundamentales que van transformando la vida de la adolescente, aspectos que superados de buena manera van a permitir el óptimo desarrollo y bienestar del recién nacido y del suyo, pero una mala atención en esta etapa va a repercutir durante toda la vida. Más aún si consideramos que sus cinco primeros años de vida marcan el destino del ser humano en el campo, físico, psicológico y social.

Un niño mal alimentado, mal cuidado, sufrirá de desnutrición y subdesarrollo durante toda su vida, según el PMA, OPS y UNICEF que vienen apoyando en el Ecuador, indican que al menos 1 de cada 5 niños menores de cinco años tienen baja talla para la edad. El 12% de los niños tiene desnutrición global, es decir bajo peso para la edad. El 16% nacen con bajo peso. Seis de cada 10 embarazadas y 7 de cada 10 menores de 1 año sufren de anemia por deficiencia de hierro. Estas cifras casi se duplican en poblaciones rurales e indígenas, por ejemplo en Chimborazo, con alta población indígena, la desnutrición alcanza un 44% mientras el promedio nacional es de 19%.

En el ámbito psicológico, el embarazo en la adolescente es una situación que comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social para afrontar su situación.

En la *adolescencia temprana*, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no

asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

Entonces, los cuidados que se le brinda antes, durante y después al recién nacido hacen parte de su calidad de vida a futuro relacionados directamente con la satisfacción de sus necesidades básicas, afectivas. Para llevar a cabo la satisfacción de esas necesidades es fundamental que la madre adolescente tenga un entorno favorable y los conocimientos indispensables sobre los cuidados que suplen estas necesidades de forma adecuada y la importancia de realizarlos diariamente.

Enmarcando esta situación está inmerso en la madre adolescente un proceso continuo de desarrollo y madurez físico, psicológico, mental, emocional, sexual y cognitivo precisamente por la etapa del ciclo vital en la que se encuentra y la cual se ve alterada por su nuevo rol de madre, sino lo cumple con la responsabilidad, madurez, preparación y los conocimientos, va a contribuir aún más a poner en riesgo la salud e inclusive la vida de los dos.

## **MACRO**

Según el Informe de Organización Panamericana de la Salud (2007) en los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra al grupo de 15 a 19 años. Los/as adolescentes representan al 20% del total de la población andina. De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, lo peor aún que la probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección.

La fecundidad global ha disminuido de manera marcada en América Latina en general, y en la Subregión Andina en particular, pero la fecundidad de las y los adolescentes, se redujo solamente 6 %, permaneciendo alta y presentando inclusive tendencias al alza en algunos países como el nuestro.

En los países en vías de desarrollo según la (OPS) mueren 480 madres por cada 100,000 bebés nacidos vivos y en los desarrollados 27, las fallecidas pueden ser: una madre adolescente, sola, lejos de la ayuda profesional; una mujer que llegó al hospital con hemorragia y muy tarde para salvar su vida; una mujer que, en su desesperación, recurrió al aborto para terminar con un embarazo no deseado; una mujer con varios hijos que no asistió a la atención prenatal a tiempo para identificar y prevenir complicaciones.

En la atención al recién nacido, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, menos de la mitad de los bebés empiezan a amamantarse en sus primeros 60 minutos después del parto y más del 60% de los lactantes no son alimentados exclusivamente con leche materna hasta el sexto mes, como recomiendan la OPS/OMS.

### **MESO:**

Según datos del INEC (2010) en el Ecuador aproximadamente el 30% de la población son adolescentes y jóvenes, de ellos 2.958.879 son adolescentes de 10 a 19 años. La tendencia de la fecundidad en la última década se ha incrementado, siendo la más alta de la sub-región andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. Dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez, los resultados obtenidos ubican a las adolescentes embarazadas entre los 16 y los 17 años, (Marzuc: 1988, pág. 5).

En el 2011 se registraron 45.708 partos de madres adolescentes, la región costa obtuvo el porcentaje más alto de partos de adolescentes entre 12 y 19 años con el 55,3 por ciento. Dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). El 57.8% de mujeres de entre 15 y 24 años, eran estudiantes cuando supieron de su primer embarazo e interrumpieron sus estudios, de ellas solo el

16,5% volvió a estudiar.

### **MICRO:**

En la provincia de Chimborazo la realidad no es muy diferente, Según el Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia ODNA (abril 2006) en la provincia nacen 29 niños/as y dos adolescentes tienen un hijo cada día, esto quiere decir de cada 100 embarazos, 20 corresponden a madres adolescentes, mientras que de cada 10 muertes maternas, una es adolescente.

Las altas tasas de mortalidad infantil debidas especialmente a enfermedades infecciosas del sistema respiratorio y enfermedades parasitarias por falta de atención oportuna. Por otra parte, la tasa de mortalidad materna sigue siendo significativamente más alta que la nacional. Las principales causas de muerte están relacionadas con inexistencia o deficiencia en controles prenatales y atención profesional del parto. La incidencia de estos factores en el área rural es casi del doble que en el área urbana.

En el Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” se ha registrado un aumento considerable de madres adolescentes que llevan a sus hijos al control médico, la mayoría de ellas acuden solas, en ciertos casos han sido abandonadas por sus parejas y muchas se han sido víctimas de violaciones. La mayoría de los hijos presentan condiciones desfavorables: niños con bajo peso, desnutridos, mal cuidados y sin una frecuencia de control llevan al niño/a cuando está enfermo) esto implica mayores dificultades de atención, mayores egresos de recursos económicos y humanos para el Estado, mayor preocupación para la familia y menores condiciones de desarrollo de los niños y consecuentemente, un retraso en el desarrollo social.

Al problema indicado anteriormente, se suma, la poca preparación y bajos conocimientos que tienen sobre los cuidados del recién nacido; la indiferencia con la que muchas madres adolescentes asumen este nuevo rol, preocupa, se observa la descuidada atención afectiva hacia su hijo, se evidencia el desinterés por

aprender sobre temas relacionados con su salud y la del hijo; la dificultad económica para cubrir las necesidades básicas del recién nacido, dentro de las cuales podemos encontrar alimentación, higiene, vestido.

Durante el desarrollo de mi trabajo pude observar que muchas madres adolescentes que acudieron al Hospital Alfonso Villagómez Román, tuvieron gran dificultad en el cuidado proporcionado a su hijo, tal vez por miedo, inseguridad. Se observó que no poseen una técnica adecuada para amamantar a su hijo recién nacido, dificultades e inseguridad en la limpieza.

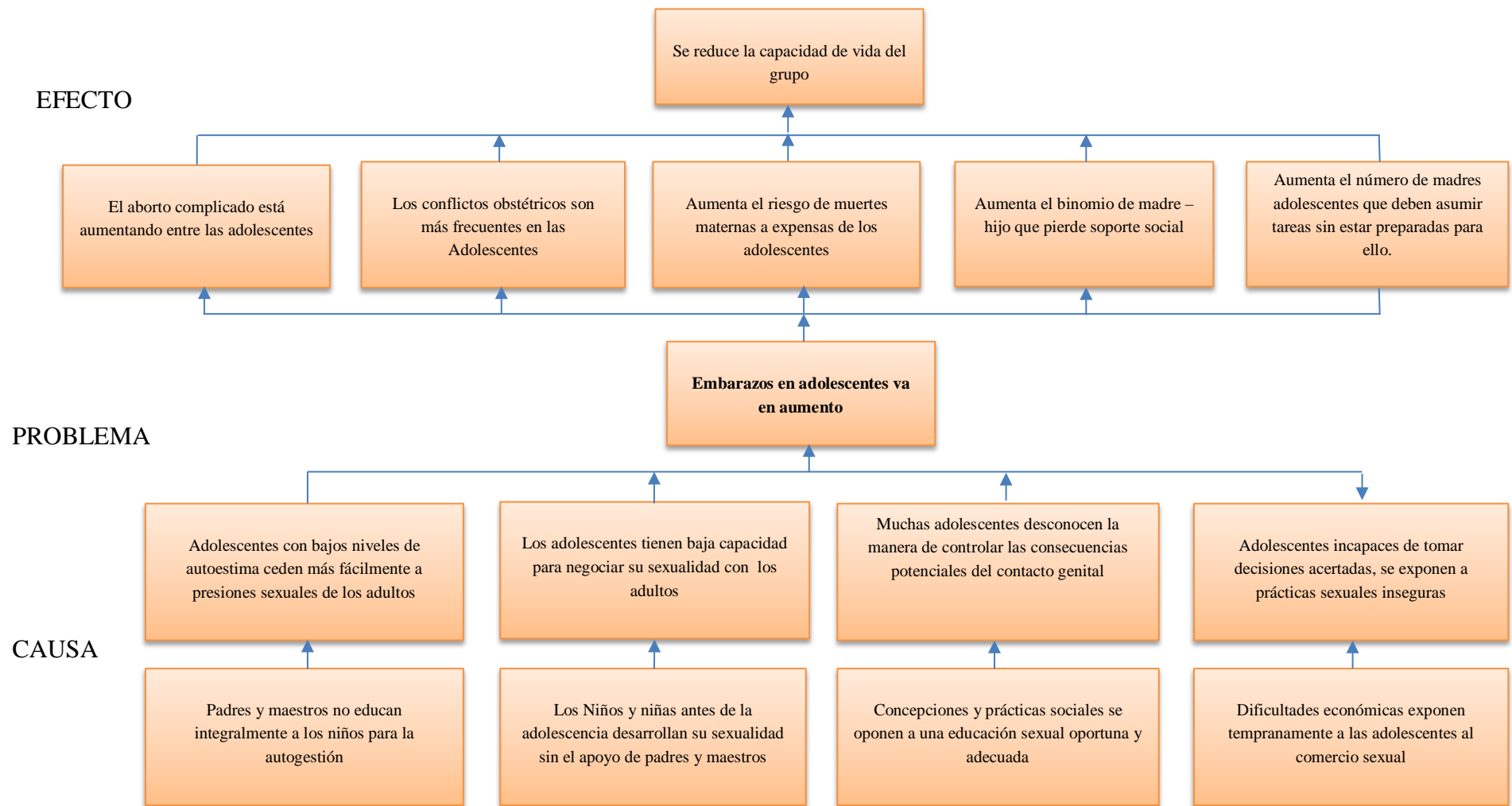
En cuanto a la actitud de las madres adolescentes, se evidenció en la mayoría de ellas, cierto rechazo hacia su hijo recién nacido, probablemente porque no fueron embarazos planificados, o porque no contaron con el apoyo de su pareja o su familia o quizás por incompreensión en su hogar, sumado a la falta de educación y orientación sexual en su hogar o institución educativa.

Se observó además, una falta de interés en su rol de madre cuidadora, pues, no estaba pendientes a las necesidades de su hijo recién nacido ya que dejaban que lloren por tiempos prolongados, no eran alimentados oportunamente, no les cambiaba el pañal en el momento adecuado.

Tampoco les hacían gestos de ternura como abrazos, caricias o besos, sin embargo muy pocas madres tuvieron actitudes consistentes manifestándose en aceptación y alegría frente a su hijo, atención a la limpieza de las cavidades, a esto se sumaría a los problemas propios de las adolescentes como son: cambios en el estado de ánimo, depresión e inseguridad, porque su situación es nueva y desconocida; o por temor a que se presenten problemas de salud en el neonato, como el cólico del lactante, alteraciones en su temperatura o falta de adaptación a la vida extrauterina.



## ARBOL DE PROBLEMAS



**GRÁFICO N. 1:** Árbol de Problemas

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Observación Trabajo Social Hospital Alfonso Villagómez, 2012

## **Análisis crítico**

Uno de los problemas que aquejan a la sociedad actual, es el progresivo aumento de los embarazos en las adolescentes, causado por una serie de factores de índole afectivo, social, cultural y económico. El primer factor que influye se puede considerar la baja autoestima de la mayoría de adolescentes, las mismas no disponen de las herramientas para decir no a las presiones sociales, físicas, de los enamorados, producto de una carencia de afecto, estilos rígidos de educación, a la falta de cariño y afecto de sus padres y a la poca estima recibida por maestros en la escuela.

Otra de las causas atribuibles a la problemática es el poco o ningún conocimiento que tienen las adolescentes sobre sexualidad, sobre el funcionamiento de su cuerpo, de los órganos reproductores, una es la información teórica que reciben en la escuela y otra es la realidad de la experiencia sexual producto de la realidad, muchas veces confunden cualquier gesto de afecto con cariño (cualquier palabra o gesto de una persona del sexo opuesto es porque las aman) no saben que cuando están en la etapa de reproducción a la primera experiencia pueden quedarse embarazadas, ahí no funciona el mito de que en la primera vez no se embaraza).

Por otro lado la juventud actual no está preparada para asumir con responsabilidad las consecuencias de tener relaciones sexuales, esta misma inconciencia conllevan a tener relaciones sexuales prematuras, se comportan como si estuvieran sordas o ciegas, no escuchan consejos, consideran a los adultos como personas pasadas de moda y sin autoridad para orientarlas. Se dejan llevar por la presión del grupo.

Otra causa es la reproducción del hecho en la familia, como mi madre lo hizo, mi hermana lo hizo, porque yo no, el hecho se convierte en una cultura familiar, poco a poco se va perpetuando el problema.

Finalmente un factor muy relacionado con el problema es la situación económica de la familia, se produce muchas veces el comercio sexual de la adolescente a cambio de dinero, incluso muchas veces con el visto bueno de los padres como la

oportunidad de una ayuda para sostén la economía familiar

Como consecuencias del problema, tenemos el aumento de número de abortos por complicaciones orgánicas de las adolescentes, al ser menores de edad sus órganos reproductores no están preparados, concomitantemente conflictos obstétricos, aumento de la mortalidad materno infantil, aumenta el binomio de madres e hijos que pierden soporte social, aumento del número de adolescentes que deben asumir tareas y roles sin estar preparadas.

### **Prognosis**

La falta de conocimientos sobre el cuidado del recién nacido en las madres adolescentes provoca un incremento de los índices de morbilidad y mortalidad y subdesarrollo físico, socio-afectivo y cognitivo de los niños/as menores a tres meses.

### **Formulación del problema**

¿De qué manera incide el conocimiento sobre puericultura que tienen las madres adolescentes atendidas en el Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” en el desarrollo de los infantes?

### **Interrogantes Investigativas**

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de las madres adolescentes atendidas en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, en términos de edad, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación, apoyo familiar?
- ¿Qué conocimientos sobre puericultura tienen las madres adolescentes que acuden con sus niños/as al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román?

- ¿Cuál es la incidencia que tiene el nivel de conocimiento de puericultura con relación al desarrollo del recién nacido en sus tres primeros meses?

### **Delimitación del problema**

**Campo:** Social

**Área:** Salud

**Aspecto:** Socio- afectivo

**Poblacional:** Madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román

**Temporal:** I semestre del 2012

**Espacial:** La presente investigación se realizará en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román.

### **Justificación**

Tenemos pleno conocimiento que el problema de la maternidad en las adolescentes del Ecuador, la provincia y la localidad cada vez va en aumento, afecta de manera principal al grupo poblacional más vulnerable y de más bajos ingresos económicos, las adolescentes.

La necesidad de investigarlo surge de un interés personal y profesional sin lugar a dudas, mi experiencia laboral de dos años aproximadamente en el Departamento de Trabajo Social del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez en comunicación directa con todos los servicios que brinda la institución, orientación sobre planificación familiar, promoviendo programas de educación para la salud, realizando estudios socioeconómicos mediante visitas domiciliarias y la conformación de grupos de apoyo a madres adolescentes respecto a los cuidados durante su embarazo, parto y posparto, me ha permitido observar un incremento de adolescentes embarazadas y madres adolescentes en los últimos años en el Hospital llegando a un promedio mensual de 15 a 18 usuarias.

Esta realidad obliga a determinar el conocimiento puerperio de estas madres y cómo este puede incidir en el desarrollo del neonato, para que de alguna manera el hospital y la sociedad en sí, se sensibilice ante esta realidad y oriente con mayor precisión la atención.

En lo profesional me ayudará a implementar nuevas estrategias para contribuir a la disminución de este problema.

Por la observación del trato y la atención al recién nacido se puede deducir los escasos conocimientos que poseen sobre puericultura y por su actitud displicente ante su realidad llevan a pensar que no tienen ningún interés por capacitarse y dar una mejor atención a su bebé. Los estudios realizados por Valdivia y Freitez en los cuales las madres adolescentes no tienen los conocimientos ni experiencia suficiente para asumir su rol de madre del recién nacido, es otra razón de investigar a ciencia cierta los niveles de conocimiento de estas adolescentes y la incidencia que puede tener este accionar en el desarrollo del bebé hasta los tres meses de edad.

La mayoría de las adolescentes no tenían planificado su embarazo, situación que afecta su autoestima, disminución del apoyo familiar y en muchos casos el abandono de su pareja. La teoría indica que el bebé desde su fecundación ya tiene contacto con su entorno a través de diferentes estímulos como la música, las palabras, las caricias y cada uno de estos factores va incidiendo en su adecuada formación y desarrollo, resulta importante poner a prueba estos conceptos para descubrir la realidad de estos niños

## **Objetivos**

### **General**

Identificar los conocimientos que tienen las madres adolescentes sobre puericultura y su incidencia en el desarrollo del infante durante los tres primeros meses de vida, en el Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román”

## **Específicos**

- Identificar las características socio-demográficas de las madres adolescentes, en términos de edad, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación, apoyo recibido en la familia y pareja.
- Realizar una estimación porcentual de los conocimientos que tienen las madres adolescentes sobre puericultura antes, durante el embarazo, parto y post parto del recién nacido.
- Establecer la incidencia entre los conocimientos que tienen las madres adolescentes sobre puericultura y el desarrollo de los hijos/as infantes hasta tres meses.
- Diseñar un plan de acción como estrategia de prevención dirigida a madres adolescentes en base a la identificación de las necesidades de conocimiento exploradas.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **Antecedentes Investigativos**

Respecto al tema planteado en la Biblioteca de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato no existe una investigación igual o parecida a la presente, por lo que es de absoluta responsabilidad de la autora.

De igual forma no existen estudios similares con este tema en las bibliotecas de las universidades y en hospitales de la localidad, la presente investigación se desarrollará específicamente con madres adolescentes que asisten al Hospital Alfonso Villagómez Román durante el Primer Semestre del año 2012.

Realizada consulta fonológica en el IEPI, tampoco se encontraron trabajos similares, sin embargo de lo cual se puede afirmar la existencia de estudios con temas algo parecidos en el campo de la puericultura y en otras dimensiones y lugares distintos.

#### **Fundamentación**

##### **Filosófica**

El paradigma crítico-propositivo es como una alternativa para la investigación social que se fundamenta en el campo de esquemas sociales. Es crítico porque cuestiona los sistemas sociales y es propositivo cuando la investigación no se detiene en la observación de los fenómenos, sino plantea alternativas de solución

en un clima de actividad esto ayuda a la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales en su totalidad. (Taylor y Bogdan, 1998).

Uno de los compromisos es buscar la esencia de los mismos, la interrelación e interacción de la dinámica de las contradicciones que generan cambios profundos, la investigación está comprometida con los seres humanos y su crecimiento familiar.

El estudio se fundamentará en la Teoría Psicosocial del Desarrollo Humano de Erik Erison, especialmente en lo concerniente a su quinta etapa que habla de la búsqueda de identidad versus difusión de la identidad que indica que junto con la pubertad el adolescente experimentará una búsqueda de identidad y una crisis de identidad, que reavivará los conflictos en cada una de las etapas anteriores, llevando al yo a establecer una nueva síntesis de sí mismo con un renovado sentimiento de continuidad, de cohesión interior, integrando los aspectos antes disociados y de la etapa primera de la Confianza versus la desconfianza, en la cual el bebé recién nacido desarrolla la sensación de confianza.

El bebé al recibir el calor del cuerpo de su madre, de su pecho y de sus cuidados amorosos, desarrolla el vínculo que será de base de sus futuras relaciones con otras personas.

## **Legal**

Para realizar este trabajo es necesario revisar todo cuanto establece la normativa en el campo de la salud en nuestro país, partiendo por lo que indica la Constitución de la República del Ecuador 2008, en sus artículos:

Art. 32.- “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.



El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. ”

Art. 35.-“Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.”

Art. 39.- “El Estado garantizará los derechos de las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público.

El Estado reconocerá a las jóvenes y los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación. El Estado fomentará su incorporación al trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimiento.”

Art. 45.- “Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a

su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria (...).”

En el Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia, establece en:

Art. 23.- “Se sustituirá la aplicación de penas y medidas privativas de libertad a la mujer embarazada hasta noventa días después del parto, debiendo el Juez disponer las medidas cautelares que sean del caso.(...)”

Art. 24.- “Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo.

Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.”

Art. 25.- “El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.”

En la Ley de fomento, apoyo y protección a la Lactancia Materna se establece en:

Art. 3.- “(...) garantizar una nutrición segura y suficiente a los niños recién nacidos que no tengan necesidades especiales de alimentación dentro del período de lactancia, mediante el fomento y protección de la lactancia materna y la regulación y control de la comercialización de alimentos infantiles, incluyendo los llamados sucedáneos de la leche materna.”

Art. 4.- “La lactancia materna, como recurso natural, debe proveerse hasta que el niño cumpla dos años de edad.”

Finalmente en el Código Orgánico de la Salud se menciona en:

Art. 20.- “Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva

garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.”

## **Psicológica**

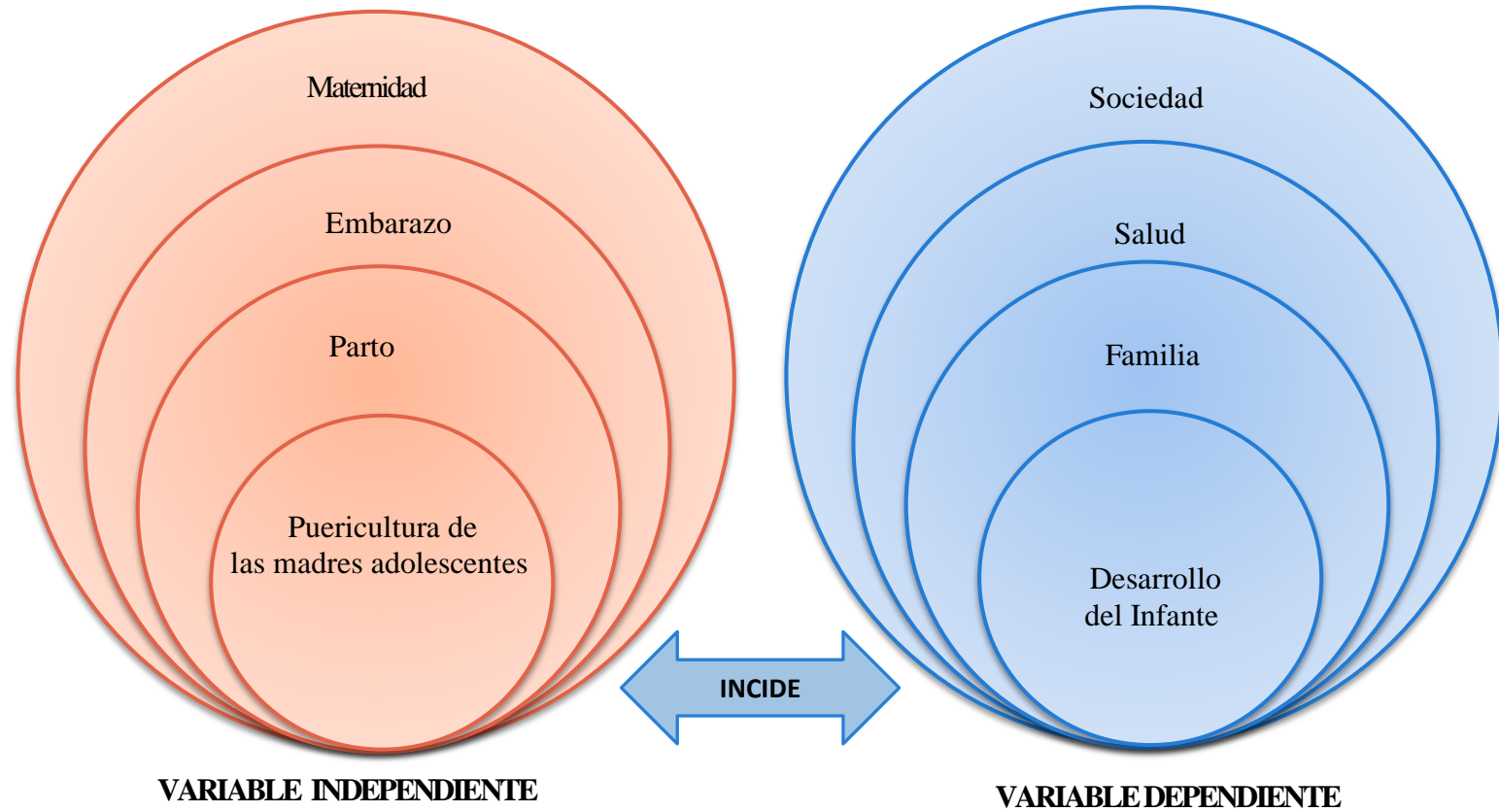
El aprendizaje de un consejo incluido en la pedagogía y también es objeto de estudio de la psicología, por estar relacionada con los procesos mentales, la inteligencia, el desarrollo del ser humano que le permita comprender, actuar y sentir de manera eficiente.

El conocimiento del individuo (como premisa de la Psicológica Científica) no se puede lograr un reconocimiento en forma aislada de la totalidad de su propio contexto; es imprescindible para conocer la naturaleza psíquica del sujeto general y del educando en particular; partir de la integridad del mundo.

La función psíquica integral permitirá poner en el escenario del proceso de formación educativa de las estudiantes.

Las funciones psíquicas que procuran el aprendizaje deberán ser las más estimuladoras para que el educando alcance una interiorización y valorización de su yo que actúa adquiriendo conocimiento científico, técnicos que le permita ser verdadero, firme y consigo mismo y con los demás. Para comprender origen del conocimiento, se considerará el constructivismo social modelo que manifiesta que el conocimiento además de formarse a partir de las relaciones ambiente - yo, es la suma del factor entorno social. Los nuevos conocimientos se forman a partir de los propios esquemas de la persona producto de su realidad, y su comparación con los esquemas incorporados posteriormente.

## CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



**GRÁFICO N. 2:** Categorías Fundamentales

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Martha Naranjo

## Constelación de Ideas - Variable Independiente



**GRÁFICO N. 3:** Variable Independiente

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Martha Naranjo

## Constelación de Ideas - Variable Dependiente



**GRÁFICO N. 4:** Variable Independiente

**Fuente:** Investigación

**Elaborado por:** Martha Naranjo

## DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS

### MATERNIDAD

La maternidad, de forma general podría definirse como el conjunto de acciones realizadas a favor de la mujer en época de gestación, nacimiento de la nueva persona, cuidados posteriores, atención y ayuda al recién nacido. Es decir: *concepción, embarazo, parto, crianza y desarrollo.*

Todo lo anterior también implica la educación de la madre mucho antes de la gestación, en diferentes edades y épocas de su vida, en cuanto a la conservación adecuada de sus funciones generativas, para el mejor cumplimiento de su función primordial. Esta educación debería ser integral, con anterioridad al momento de la gestación, en la vida de esa persona embarazada para obtener los mejores resultados, debería existir una preocupación de la sociedad por esta formación, como la *educación sexual adecuada*, para evitar desviaciones, anomalías o errores de carácter sexual, que dificulten posteriores relaciones.

Revisando el concepto de (Tubert S., 1997, pág.7) que afirma que la “Maternidad es un conjunto de fenómenos de gran complejidad que no podría ser abarcado por una única disciplina: la reproducción de los cuerpos es un hecho biológico, que se localiza, efectivamente, en el cuerpo de la mujer, pero en tanto que se trata de la generación de un nuevo ser, no es puramente biológico sino que se integra otras dimensiones”, es imprescindible visualizar el problema dentro de un concepto más inter y multidisciplinar.

Dentro de este enfoque es importante complementar también con lo manifestado por (Norma Ferro: 1991, pág. 134), “...el hecho de que el organismo esté preparado no quiere decir que deba ser realizada. La mujer puede desear ser madre o no, eso no tiene por qué definir su feminidad” desde este enfoque, el deseo del hijo no es natural sino histórico, generado en el marco de las relaciones intersubjetivas, resultado de una operación de simbolización, por lo cual la presencia de un niño representa aquello que nos podría hacer felices o completas.

Según Ferro, lo que marca la naturaleza es el deseo. Pero la orientación de ese deseo lo marca la cultura, que será la que imponga su ley y de acuerdo a esta se signifique su ley.

Se distingue entre el deseo pre maternal, actitud relacionada con el deseo de tener hijos, y el deseo pos maternal, que es aquel que sigue a la concepción y tiene su mayor expresión después de que el niño ha nacido. Es la diferencia entre estar embarazada y ser madre. En la conducta post maternal, se producen los cambios glandulares y hormonales, pero ello no explicaría el deseo pre maternal ni la relación madre hijo en la adopción. La cultura toma un impulso el sexual y lo transforma en otro lo maternal. No espera a que aparezca la maternidad biológica. Supone que existe previamente a la biología, y así se crea el mito de que la mujer no solo es madre en potencia sino que es madre en deseo y necesidad.

Si analizamos así, el caso del hombre es distinto, según esta autora, para el hombre la fuerza motivadora es el impulso sexual y la procreación es secundaria. El hijo puede ser una forma de inmortalidad, de continuidad del apellido, de prueba de fertilidad, pero nunca algo constitutivo de su identidad, inherente a su ser. En general la esterilidad de una pareja es atribuida a la mujer. No hay duda de la masculinidad del hombre.

La principal preocupación en el campo de la salud, está señalada por el riesgo que conlleva para la vida y la salud de la madre y el hijo, proveniente de una maternidad temprana. Sin embargo, ya a fines de la década de 1970 había investigaciones que evidenciaban que los riesgos de salud para la madre adolescente y el hijo obedecían en gran medida a la falta de cuidados médicos y a deficiencias nutricionales debidas a su situación económica (las madres adolescentes eran mayoritariamente pobres) esta realidad no ha variado en los tiempos actuales, también se debe en otros casos al descuido de la propia salud y no solamente atribuible a la edad de las madres en sí misma (Baldwin y Caine: 1980 pág. 234).



Una compilación reciente de los estudios realizados en México sobre parturientas adolescentes tampoco muestra que estas corran riesgos significativamente superiores a los de las adultas (Román Pérez y otros, 2001).

La preocupación por la fecundidad adolescente también se fundamentaba en las desventajas vinculadas a la condición de madre soltera, para ella y su hijo. Ahora bien, en muchas sociedades, la mayor parte de las madres adolescentes son casadas o unidas consensualmente al momento de tener el hijo, aunque a menudo la unión o casamiento son posteriores al embarazo, pero anteriores al nacimiento (Añaños, 1993: p. 4; Pantelides: 1995: p. 17; Singh y Wulf: 1990: p. 62-64), en nuestro país la realidad es diferente, la mayoría son solteras, sin duda, el convertirse en madre en la adolescencia conduce a un menor nivel de educación y de estatus socioeconómico en general (Hayes: 1987, p.123).

Este argumento se relaciona con el enfoque que atribuye a la maternidad temprana como un mecanismo de transmisión de la pobreza (Buvinic y otros, 1992). Sin embargo, la evidencia puede ser leída en forma inversa; es la pobreza la que perpetúa situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia. Dicho en forma más general, las condiciones socioeconómicas preexistentes explicarían por qué algunas adolescentes se convierten en madres y otras no.

Hay posiciones sin embargo que consideran que la fecundidad adolescente no estaba aumentando y que los riesgos de salud no eran una consecuencia de la edad de las madres y las carencias educacionales y económicas no eran al menos no en gran medida un resultado de la maternidad temprana, según esta posición la proporción de nacimientos que corresponden a madres adolescentes ha ido en aumento, en general no debido a un incremento de las tasas de fecundidad en esas edades sino porque la fecundidad de las menores de 20 años disminuyó relativamente menos que de las demás mujeres (Ferrando, 2003). Del mismo modo ha ido en aumento en muchos países el número de nacimientos de madres adolescentes, tampoco en virtud del aumento de las tasas de fecundidad sino porque tasas estancadas o en descenso lento se han combinado con grupos de tamaño creciente. Ello ha dado lugar a la impresión, especialmente a los

profesionales de los servicios públicos de salud, que atienden el grueso de los nacimientos en edades tempranas y cada vez a más madres adolescentes, de que la fecundidad de este grupo etario está aumentando.

En segundo lugar, como consecuencia del avance de los movimientos feministas, se está imponiendo la preocupación por que las mujeres que así lo deseen tengan la oportunidad de trabajar, estudiar o tener otros objetivos y actividades además de o en lugar de la maternidad. Tener un hijo a edad temprana sin duda dificulta la realización de ese tipo de objetivos.

Por último, puede tratarse también de una reacción frente al ejercicio de la sexualidad especialmente por parte de las mujeres jóvenes, que parece haber escapado al control social.

## **EMBARAZO**

En cuanto al embarazo, para la Organización Mundial de la Salud (OMS) este comienza cuando termina la implantación, proceso que inicia cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero, unos 5 o 6 días después de la fecundación, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 días tras la fecundación.

Desde el punto de vista embriológico, esto es así, pero se requiere analizarlo desde un enfoque multifactorial, principalmente de orden psicosocial, porque ocurre en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, importan algunas consideraciones a ser tomadas en cuenta como en los estratos medio, alto, la mayoría de las adolescentes interrumpen la gestación voluntariamente a pesar de contar con recursos, en cambio en los estratos bajos es más común que tengan un hijo.

Es claro asegurar sin dudas ya, que los distintos grupos sociales ejercen influencia

en la conducta adolescente, el tipo de familia en que el adolescente ha sido socializado o con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas. Así, las familias “bien constituidas”, con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector. Los adolescentes provenientes de esas familias podrían tener una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección y por lo tanto de quedar embarazada o embarazar a su pareja en el caso de los varones.

Algunos estudios realizados en Estados Unidos demuestran la existencia de ese tipo de relación entre estructura familiar y conductas reproductivas aunque en América Latina no existen muchas evidencias, se puede citar algunos datos encontrados en investigaciones con adolescentes de 15-18 años, se determinó que las mujeres que no conviven con la madre ni con el padre registran la mayor frecuencia de conductas de riesgo, su falta de cuidado en materia de anticonceptivos es tres veces más frecuente en la primera relación y casi nueve veces más frecuente en la última relación que la registrada por las chicas que conviven con ambos progenitores.

Al respecto también (Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez: 1995, pág. 29) apoyan la teoría “... que si bien las jóvenes que viven con un solo progenitor en la inmensa mayoría de los casos, con la madre exhiben una mayor frecuencia de conductas de riesgo que aquellas que viven con el padre y la madre, es significativamente más que la manifestada por las adolescentes que no conviven con ninguno de los dos”.

Existen datos que demuestran esta afirmación, el 83,3% de las jóvenes encuestadas que no viven con ninguno de sus progenitores ya se habían iniciado sexualmente, en comparación con 55,2% de las que viven con uno de los padres y 40% de las que viven con ambos, no cabe duda la importancia de la presencia de los padres en el hogar, Silvestre Paradiso: (1997) manifiesta que “las adolescentes no embarazadas viven con mayor frecuencia en familias intactas y menos

probablemente en familias uniparentales que las adolescentes embarazadas”, (pág. 235).

El intento de escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es una causa del embarazo temprano. Climent y otros, (1998) recoge testimonios de adolescentes quienes desean tener hijos propios para no seguir cuidando de los hermanos pequeños, tarea comúnmente asignada a las adolescentes mujeres en los estratos más pobres, o para ser tratada como adulta por los padres.

Otro aspecto de la calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres, según (Geldstein, 1993; Pick de Weiss y otros, 1987) la madre parece ser la figura clave en este sentido, aún para los adolescentes, la posición se alinea con la posición que “varones y mujeres prefieren a la figura paterna del mismo sexo y las mujeres recurren al padre con poca frecuencia” (Lauraga: 1995, pág. 49, Pantelides y Cerruti:1962, pág. 69),

Está claro que al ejercer el rol precautorio, las madres tratan de proteger a las adolescentes de los riesgos que acarrea una vida sexual activa, procurando que las hijas adopten el modelo sexual que ellas consideran más beneficioso que por lo general implica una concepción tradicional de los roles de género. Para alcanzar esos objetivos, la madre fundamentalmente transmite valores e impone límites. La transmisión de contenidos instrumentales para favorecer el ejercicio de una sexualidad responsable y protegida es, en cambio, mucho más limitada (Geldstein, Infesta Domínguez y Delpino: 2000, pág. 216).

En este sentido las jóvenes reciben mensajes que “toman la forma de prohibiciones, restricción de movimientos y advertencias sobre las consecuencias negativas del embarazo premarital, pero no información sobre sus cuerpos, la menstruación o el proceso reproductivo” (Gage: 1998, pág. 20).

La fuente interpersonal preferida para hablar sobre temas de sexualidad (incluida la anticoncepción) es el grupo de pares, es decir, amigas, vecinas y hermanas

(Berglund y otros: 1997; Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez, 1995). La mayoría de adultos estamos conscientes que los pares a menudo no son una fuente de información de buena calidad, por otra parte los pares pueden tener influencias negativas en cuanto a la adopción de conductas de riesgo reproductivo, cuando empujan a los varones a iniciaciones que quizás de otro modo habrían sido postergadas.

Un dato interesante que surge de la investigación es que los docentes son el otro grupo de adultos con quien los adolescentes dialogan de temas sexuales (Kornblit y Mendes Diz, 1994), concluyen que el 70% de los jóvenes no recurre ni a maestros ni a padres y alrededor del 50% no conversa ni con los padres ni con los amigos, estableciendo un muro de silencio alrededor de su sexualidad.

Otro factor de riesgo de embarazos no planificados es la iniciación sexual bajo coerción que, además de dañina para la salud sexual de la joven, generalmente se da sin protección anticonceptiva. Pantelides y Geldstein (1998) comprobaron que la experiencia de una iniciación sexual forzada o no deseada pero finalmente aceptada, disminuía drásticamente a medida que aumentaba la edad en que había tenido lugar.

En los extremos, el 100% de las niñas que tuvieron su primer coito antes de los 13 años habían sido forzadas y ninguna de las que se iniciaron entre los 17 y 18 años lo fue. Datos de 1996 correspondientes a Brasil muestran algo semejante; mientras que el 4,9% de las mujeres que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años fueron forzadas, solo un 0,4% de las que lo hicieron entre los 15 y 17 años y ninguna de las que se iniciaron entre los 18 y 24 años lo fue (BENFAM, 1999).

### **Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes**

La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Los estudios indican que la mayoría de madres adolescentes pertenecen a sectores más desprotegidos y en las circunstancias en que ellas se desarrollan, su adolescencia se convierte en experiencias negativas para su vida. Es habitual que asuman responsabilidades inusuales de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como hija-madre, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en la que crecieron.

También en su historia se encuentran figuras masculinas cambiantes que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándoles de la confianza y seguridad del sexo opuesto, incluso del propio padre biológico. Así por temor a perder lo creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos especialmente en menores de 14 años, el embarazo es consecuencia del abuso sexual, en la mayoría de los casos de su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre, sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio), con modelos de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

### **Riesgos del embarazo adolescente**

#### **Grupo de alto riesgos obstétrico y perinatal**

Se cita aquí algunas condiciones que llevan a tener niveles mediano y alto de riesgos durante el embarazo en las adolescentes:

Antecedentes de patología médica obstétrica general importante

Antecedente de abuso sexual

Enflaquecimiento (desnutrición)

Estatura de 1,50 m o menor

Cursando los dos primeros cursos de enseñanza media

Pareja estudiantes o sin trabajo.

### **Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal**

Menarca a los 11 años o menos

Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo

Ser la mayor de los hermanos

## **PARTO**

Se puede conceptualizar al parto como el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Su evolución está influida no sólo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también por factores psicológicos, culturales y ambientales.

La mayoría de las mujeres sanas, con la atención y apoyo adecuados, con un mínimo de procedimientos médicos pueden dar a luz sin poner en riesgo su seguridad y la de los bebés, pero para aquellas madres que atraviesan circunstancias difíciles pueden presentarse una serie de complicaciones.

Según datos de organismos Internacionales como la OMS, las complicaciones en el embarazo y el parto son la primera causa de muerte de adolescentes de entre 15 y 19 años en los países pobres y en vías de desarrollo, donde las gestaciones tempranas suponen también un importante impacto en los sistemas de salud por los problemas sanitarios que generan.

Según el Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reunido en Ginebra, los nacimientos de madres adolescentes representan el 11%

del total mundial, un porcentaje que aumenta hasta el 23 % cuando se contabilizan las dolencias y problemas de salud derivados de la gestación y el parto. Por ejemplo, un 65 por ciento de las mujeres que sufren fístula obstétrica desarrolló estas dolencias durante la adolescencia, tanto físicas como sociales. Además, existe un fuerte vínculo entre los embarazos en edad temprana y los abortos practicados en condiciones deficientes.

La OMS destaca que los embarazos tempranos también son peligrosos para los bebés, con tasas de muertes neonatales, en la primera semana y en el primer mes que son de hasta un 50 por ciento superiores en adolescentes que en mujeres de entre 20 y 29 años. En el informe se afirma que cuanto más joven es la madre, mayor es el riesgo.

A esto se puede sumar otros factores de riesgo que afectarían en el momento del parto, muchas adolescentes consumen bastante dosis de tabaco, alcohol y a veces el consumo de otras drogas que empeoran las condiciones del parto y la incidencia en el recién nacido. Se han dado casos que dan a luz en casa y sin ninguna atención de un profesional médico.

## **PUERICULTURA DE LAS MADRES ADOLESCENTES**

### **Concepto**

La preocupación del hombre por su sobrevivencia y bienestar ha hecho que, desde el inicio de la historia de la humanidad, cuide su salud y su vida, este precepto, lo ha llevado al desarrollo de la medicina, a la acumulación de numerosos conocimientos, la creación y ejecución de prácticas destinadas a la cura de enfermedades y la promoción de la salud. Estas prácticas aplicadas durante los primeros años de vida del niño/a sanos entre 0 y 6 años de edad y escolares entre 6 y 11 años son estudiadas y aplicadas por una rama de ciencia médica denominada Puericultura.



Para Bastidas, Posada y Ramírez (2006): la puericultura se trata de una disciplina preventiva y de una herramienta para la promoción de la salud. Es un concepto que debe incorporar varias áreas del conocimiento humano como la antropología, sociología, biología, genética, inmunológica y psicología, entre otras. <http://www.sld.cu/sitios/puericultura/> Estructura de la consulta en puericultura; Posada, Gómez Ramírez (2005). .... Agosto 2006.

Con el concurso de todas y la experiencia práctica en el trabajo con los niños, las niñas y jóvenes, se han consolidado todo un cuerpo de doctrinas que establecen lineamientos y ofrecen orientaciones para el acompañamiento estimulante y afectuoso en el proceso de crecimiento de niños, niñas y jóvenes”.

Ahora bien, es importante destacar que dada la variabilidad en las características, tanto físicas como psicológicas de los individuos, la puericultura no puede caracterizarse por ser rígida, ni representar una receta o cuestionario para responder a preguntas específicas, sino ser una disciplina que de paso a reflexiones críticas y amplias en las que se tome en cuenta el contexto físico y familiar de los individuos ya que uno de los propósitos fundamentales de la puericultura es brindar apoyo, mediante el dialogo de saberes a los adultos significativos, de tal manera que puedan acompañar de una forma inteligente y afectuosa al niño y niña en su crecimiento y desarrollo.

Así, desde el punto de vista etimológico, el término proviene del latín pueri que significa niño, y cultura que significa cultivo: cultivo del niño/a o los cuidados para la salud del niño/a. (Castillo, M.:2008, pág. 180).

## **IMPORTANCIA DE LA PUERICULTURA.**

Actualmente se habla no solo de la Puericultura científica como forma de saber los cuidados del niño enfermo, sino también a lo relativo al cuidado de los niños en condiciones normales, considerando regularmente los factores de crecimiento, el desarrollo de su inteligencia y las actividades que realiza en forma cotidiana,

buscando un entorno saludable para el crecimiento y desarrollo desde su nacimiento hasta la adolescencia.

Su importancia tiene una gran cantidad de campos de aplicación, desde las políticas de estado que deben garantizar y apuntar a los cuidados de los más pequeños, hasta el cumplimiento de los derechos del niño en lo que respecta a su formación y el tránsito a ser los individuos adultos del mañana.

La puericultura favorece la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, de acuerdo con las necesidades concretas de cada momento vital por las que pasa el ser humano; desde el asesoramiento genético, los cuidados en el post parto, y las posteriores orientaciones en el proceso de crecimiento y desarrollo, que mediante el puericultor o el promotor de salud, que dan a las personas orientaciones para cambiar estilos de vida, con el propósito de mejorar su calidad. (Ursula Rojas 2009).

Partiendo del precepto principal de la puericultura que es el de mantener la salud entendida como el equilibrio entre lo biológico, psicológico y lo social, la importancia de la puericultura radica en el abanico de posibilidades que la misma presenta por medio de propuestas y métodos para llevar a cabo un proceso adecuado de crecimiento y desarrollo desde la gestación hasta la adolescencia.

## **DIVISIÓN DE LA PUERICULTURA**

La puericultura ofrece los conocimientos para comprender el proceso de crecimiento y desarrollo a través de cada etapa de la vida del niño/a continuación se plantea una división de la misma con el objeto de cuidar, atender, promocionar la salud y prevenir enfermedades de acuerdo al período de vida del niño/a. (Bastidas, Posada y Ramírez 2006).

## **Puericultura Preconcepcional**

En este periodo, la medicina crea, la puericultura Preconcepcional, con el propósito de preparar tanto biológica, psicológica y social a los futuros padres, y brindarle al bebe las condiciones óptimas, durante el periodo de fecundación, gestación, nacimiento y vida post natal. Además de los padres, corresponde a la pareja, al trabajador de la salud y comunidad en general participar activamente en la motivación y educación en puericultura.

## **Puericultura Concepcional:**

Bastante vinculada con la exigencia propia del ser humano de mejorar la especie; la puericultura a continuación descrita, está orientada a una concepción sana, en la que se reduzca al mínimo los riesgos de enfermedades determinadas genéticamente; así mismo a la selección del momento más adecuado para la fecundación.

## **Puericultura Prenatal:**

Durante los últimos años se ha avanzado de forma considerable en el estudio y conocimiento para una mejor comprensión del proceso de gestación; por ello la importancia de la puericultura prenatal para el cuidado de la familia gestante, vigilando, brindando apoyo y recomendaciones profesionales, sobre la influencia de factores como: cambios psicosociales, las adaptaciones biológicas de la familia gestante, entre otros fenómenos cuyo conocimiento es de suma importancia para el proceso de crecimiento y desarrollo intrauterino del niño/a.

El control prenatal se considera como la piedra angular que permite evitar y controlar la morbilidad y los causales de la muerte perinatal fundamentándose en la detección y prevención oportuna de los problemas de salud, siendo la evaluación de su efectividad complicada por la presencia de factores de riesgos,

en Estados Unidos casi todos los embarazos (92-95%) terminan con bebés a término, saludables y bien desarrollados.

Durante este periodo la madre debe tener muchas precauciones, es un gran peligro levantar y transportar cargas, los cambios hormonales que ha experimentado la hacen más susceptibles a las sobrecargas musculoesqueléticas durante su gestación, en todo caso, la madre puede solicitar ayuda que eleve el peso o transporte el objeto.

Con respecto al humo del tabaco, se debe tener el cuidado de fumadores o de acceso al humo, en los últimos años se está descubriendo que existen efectos de madres fumadoras o pasivas sobre el desarrollo del bebé. Lo mejor es prevenir.

En cuanto a la alimentación a la madre embarazada no debe faltarle vitaminas y minerales, a veces solo apetece dulces como pasta y harinas (carbohidratos), quizá se está descuidando otros aspectos de la alimentación que son fundamentales en estos meses, con sobredosis de carbohidratos, se puede tener carencia de magnesio, calcio, vitaminas, ácido fólico, etc.

### **Puericultura Natal:**

Posterior a un adecuado proceso de gestación, es fundamental los cuidados en el momento del parto, porque representa un factor determinante en la vida del ser humano, para lo cual el personal de salud, los familiares y el futuro padre, deben tener en cuenta aspectos tanto físicos (lugar debidamente limpio, y todos los implementos necesarios tanto médicos como de aseo personal) como emocionales (disponibilidad afectiva para la madre y el recién nacido). El parto o el momento del nacimiento, es una experiencia que indudablemente dejará huellas en el nuevo ser. La puericultura natal, se preocupa entonces, por generar las condiciones que garanticen que el parto se produzca con el menor riesgo para el binomio madre - hijo.

### **Puericultura Post natal:**

La puericultura post natal, a su vez se refiere a la atención y los cuidados del nuevo ser, desde recién nacido hasta los diez años; aquí se incluyen aspectos como la alimentación, formación de hábitos de higiene, entre otros que puedan favorecer la adecuada vigilancia del desarrollo integral.

## **CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES**

### **Emocionales**

Muchos expertos en el tema afirman que "la variables que determinan que la niña se embarace son afectivas y de relación familiar, no de falta de información", el embarazo precoz produce un circuito que puede terminar por convertir al bebé de la joven en un nuevo padre o madre adolescente, las principales características identificadas son:

Sentimientos de soledad, de poca confianza en sí mismas que intentan suplir con las relaciones íntimas con el otro sexo.

Sufren de una escasa o nula comunicación con sus padres o con las hermanas mayores, sobre todo, en lo que concierne al sexo. Esto les lleva a buscar y encontrar la opinión y el consejo de otros jóvenes de su edad con su misma inexperiencia y falta de correctos patrones de conducta, esto les induce a un desmedido afán por entrar en contacto con "nuevas experiencias".

### **Socio Familiares**

Todas las estadísticas realizadas demuestran que hay mayor número de embarazos en adolescentes cuyas familias están separadas y también en familias con un solo progenitor (un 60% de las jóvenes madres pertenecen a familias cuyos padres están separados; y un 40% no ha vivido nunca una situación familiar estable).

En todas ellas prevalece una mala historia de rendimiento escolar. Existe un alto índice de abandono precoz de los estudios, sobre todo entre las madres más jóvenes. Además parece ser que las jóvenes incluidas en programas de educación especial tienen también más riesgo de tener un embarazo en su adolescencia.

Finalmente se ha comprobado que el embarazo adolescente es más común en jóvenes cuyas madres son solteras, lo eran cuando las concibieron o habían tenido hijos a una edad muy temprana.

En el aspecto económico, las madres adolescentes se caracterizan por pertenecer a hogares de escasos ingresos económicos bajos, aunque no se descarta la procedencia de hogares de ingresos altos, pero muy escasos; el nivel de escolaridad es básico.

### **NECESIDADES BÁSICAS DEL NIÑO DE 0 A 3 MESES**

Al igual que el adulto el recién nacido tiene necesidades básicas las cuales son indispensables en esta etapa del ciclo vital, ya que de la satisfacción de las mismas depende no solo el bienestar del niño si no su vida, y más aún porque se encuentran en una etapa de total dependencia de los demás para la satisfacción de sus necesidades y el brindarle los cuidados necesarios propios de su edad.

Abraham Maslow, plantea con su teoría de las necesidades humanas cinco c

- Necesidades fisiológicas como respirar, comer, eliminar
- Necesidad de seguridad
- Necesidad de amor y pertenencia
- Necesidad estima
- Necesidad de autorrealización a través de la expresión por medio del llanto.

A medida que se suplen las necesidades del recién nacido existe un mayor nivel de supervivencia debido al perfeccionamiento y desarrollo del ser humano, siendo

relevantes en el recién nacido principalmente por la dependencia que tienen el niño para satisfacer sus necesidades y cuidados que deben ser realizados principalmente por la madre, debido al vínculo madre e hijo.

## **Fisiológicas**

### **Alimentación**

#### **Lactancia materna**

Todos conocemos que la leche materna es el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse en forma exclusiva a los niños hasta los seis meses y con otros alimentos hasta los dos años.

Los niños alimentados con leche materna tienen como ventaja que son más inteligentes, contraen menos enfermedades y están mejor nutridos que los que reciben otros alimentos.

#### **Ventajas para el niño en los dos primeros años:**

El calostro, primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido. La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo. La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.

Entre las ventajas para la mujer, tenemos la disminución la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna, por otro lado disminuye el riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios. En el campo afectivo la lactancia incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia.

El recién nacido debe ser alimentado cada vez que quiera, desde el mismo momento del nacimiento y hasta que suelte el pecho; sin tener en cuenta el

tiempo, ya que cada recién nacido tiene su propio ritmo y es normal que lacte también por la noche; la cantidad de leche será mayor cuantas más veces se dé el pecho.

Para que la lactancia sea efectiva se debe dar un pecho hasta que no quiera más, ofreciéndole el otro, aunque no siempre lo querrá; en general, el inicio suele ser de manera muy irregular. Siendo habitual que el niño mame muy frecuentemente en los primeros días y luego tienda a espaciar la toma, aproximadamente cada 2 horas el niño debe alimentarse.

Es importante en la libre demanda que el niño este bien sujeto al pecho, tanto la madre como el niño en una adecuada posición y la toma debe durar el tiempo que quiera el bebé, y aunque la mayoría termina en pocos minutos, algunos pueden succionar hasta media hora; hay que recordar que los que succionan lentamente reciben la misma cantidad que los que succionan rápidamente.

### **Posturas de la madre para lactar:**

La comodidad es importante en el cuidado porque permite que el bebé se coja con mayor facilidad y que la madre este cómoda, facilitando y manteniendo la lactancia. Una buena posición al pecho permite al bebé un menor esfuerzo y un estímulo adecuado y eficaz para alcanzar una buena producción de leche, el bebé se queda satisfecho, el aumento de peso es el adecuado, la madre no tiene sensación dolorosa ni grietas y ambos disfrutan de la lactancia.

Por lo general se utilizan dos posturas importantes en las cuales tanto la madre como él bebe están cómodos, pero se puede usar cualquier posición si se está seguro que la madre esta cómoda y que él bebe tiene la posición adecuada con el pezón para una lactancia eficaz.

Para Hildara Araya por ejemplo, actual miembro de la Asociación Internacional para la Educación Prenatal ( ICEA) por sus siglas en, el éxito de la lactancia materna depende de cuatro factores claves: estímulo por parte del bebé, que la madre se relaje, la posición correcta y un acoplamiento adecuado.



Para empezar se debe intentar diferentes posiciones para amamantar, se puede elegir la que sea más cómoda para ambos y más efectiva para la alimentación del bebé.

**Acostada:** Es la posición más habitual cuando la madre se encuentra débil o dolorida tras el parto y para las tomas nocturnas. La madre debe acostarse de lado, lo más cómodamente posible, apoyando la cabeza y la espalda en almohadas. El recién nacido se coloca frente a ella, también de lado, de modo que puedan mantener contacto visual.

Puede emplear el brazo sobre el que está acostada para acercar el recién nacido y el libre, para coger el pecho; pero si le resulta difícil mover el brazo apoyado en la cama, es preferible usar el otro para aproximar el bebé al pecho y llevarlo a la boca del niño.

**Sentada:** Es la más clásica y más cómoda. Sentada en una silla sin apoyabrazos o lo suficientemente ancho como para prescindir de ellos, con la espalda bien apoyada en un respaldo recto de modo que sea fácil incorporarse ligeramente para que el pecho caiga hacia adelante, la madre coge al bebé como para llevarlo en un solo brazo de la forma más natural sujetándole las nalgas con la mano y con la cabeza a la altura del codo y la espalda apoyada en el antebrazo, cuidando que el cuerpo del bebé este vuelto hacia ella y no mirando hacia arriba.

Lógicamente, el niño se sostiene con el brazo del mismo lado que el pecho que se le va a dar, utilizando el otro para sujetar el pecho si es preciso. En esta posición, muchas madres lo hacen formando la letra C con los dedos, con el pulgar por encima y los otros dedos por debajo. Si hay que levantar mucho el antebrazo para que la boca del bebé quede a la altura del pezón, será más cómodo apoyarlo en unas almohadas puestas sobre la falda.

Es importante que la madre no se eche hacia atrás, sino más bien hacia adelante, para que el pecho no quede plano, y suele ser conveniente poner un cojín para sostener la espalda. A menudo resulta más cómodo tener los pies algo elevados. En todo caso, los pies deben tener apoyo.”

Si hace falta sujetar el pecho, en este caso se hace formando la letra U, con el pulgar a un lado y los demás dedos al otro. Esta posición puede ser útil cuando los pechos son muy grandes, tras cesáreas y en niños prematuros y con bajo peso de nacimiento.

### **Como poner él bebe al pecho**

Se coloca la mano bajo el pecho, con cuatro dedos por debajo y el pulgar por encima, lejos de la areola, descansando ligeramente y sin presionar. Sujetar el pecho y elevarlo un poco para facilitarle al niño el agarre; en general, el pecho puede soltarse en cuanto el niño succione bien.

Esto depende de que el bebé y la madre estén cómodos. Se debe rozar ligeramente el labio superior del niño con el pezón y esperar a que abra la boca completamente antes de introducir el pecho para que no coja sólo el pezón, sino también la mayor parte de la areola por debajo.

La madre debe sentir que el bebé utiliza la lengua y la mandíbula inferior, así se sabe que el pezón está bien situado dentro de la boca y no sufrirá ningún roce; vigilar que los labios, sobre todo el inferior, estén invertidos, no hacia dentro.

En resumen, como afirman Maldonado, Serrano & Calero: 2000, pág. 352). “el niño debe estar muy cerca del cuerpo de la madre, bien apoyado y agarrado; tener la boca por debajo del pezón mientras se prepara para colocarse al pecho. Una vez colocado, lo que se debe es acercar el bebé al pecho, no el pecho al bebé. Comprobar que está perfectamente agarrado.”

### **Errores comunes durante la lactancia**

No se debe alimentar de ambos pechos cada vez, él bebe debe tomar de un pecho y cuando ya no quiera más se debe iniciar la toma por este mismo pecho hasta que lo termine, cuando desocupe totalmente un seno se debe iniciar la toma del otro teniendo en cuenta la libre demanda.

Para que el niño “aguante” la noche, hay que darle un biberón. La libre demanda del bebe es durante todo el día, se debe recordar que aproximadamente los bebes necesitan alimento cada dos horas, y durante los primeros 6 meses lactancia exclusiva. Un biberón es una “ayuda” para la madre y permite que los pechos se llenen mejor. No, para que la producción de leche aumente es necesario que el niño succione, esto estimula la producción de la misma.

Los pechos pequeños no son buenos para dar de mamar. No, durante la gestación y luego del parto, los pechos de la mujer se adaptan para dar inicio a la lactancia según los requerimientos necesarios por él bebe.

Es normal que duela dar el pecho. Al iniciar la lactancia puede doler un poco pero esto se debe precisamente a la postura tanto de la madre como del bebe, por lo tanto el agarre del bebe al pezón debe ser correcto para que el pecho no duela.

Si la madre toma medicación no necesariamente se debe suprimir la lactancia. En este caso es indispensable consultar al médico antes de medicarse, lo que sí está contraindicado en la lactancia y en todo momento de la vida es la automedicación.

Cuando un niño llora no es necesariamente por hambre, también puede ser por incomodidad, por dolor, porque necesita cambio de pañal, etc.

## **Sueño**

Por lo general los recién nacidos duermen la mayor parte del día y se despiertan para comer o cuando se sienten cansados o incómodos, pero luego de la primera o segunda semana identifican el sueño con la noche y el estar despierto con el día.

En los primeros días después del nacimiento el sueño del recién nacido es superficial, esto se evidencia con el parpadeo del niño, quejidos, movimiento de las manos, movimientos de sobresalto, acciones que son muy normales y no tiene relación con que este soñando o se asuste. El ciclo de sueño y actividad es diferente en cada niño. En este proceso es importante reconocer los signos de comunicación del niño y su ritmo del sueño y vigilia.

El niño se despierta cada vez que tiene hambre sea en el día o durante la noche, aproximadamente en el día duerme de 16 a 20 horas. Es importante durante estas horas de sueño velar porque el niño este en un lugar seguro y confortable, abrigado pero no en exceso y cobijarlo preferiblemente con mantas o cobertores de algodón, en una posición preferiblemente de lado o de espalda, evitando una posición boca abajo, ya que se asocia con la aparición de apneas.

Es normal que el niño tenga hipo, este cesa espontáneamente o al cambio de posición. El niño puede dormir en la alcoba de los padres durante 3 o 6 meses, pero en lo posible en una cuna o cama independiente, y preferiblemente luego de esta edad estar en una habitación individual, en una cama cómoda, segura. En cuanto al uso de la almohada se recomienda que no se utilice durante el primer año de vida ya que puede flexionar el cuello y la tráquea, por el riesgo de asfixia.

### **Afecto**

El desarrollo del vínculo afectivo del recién nacido con sus padres inicia desde el momento en que es deseado o no, principalmente este vínculo está más ligado a la madre ya que durante los 9 meses de gestación la relación de dependencia es completa, y continua así luego del embarazo debido a los estrechos lazos que genera la madre con su hijo durante la lactancia, pero en este proceso afectivo es muy importante la vinculación del padre, el cual la debe realizar integrándose a todas las actividades del cuidado del niño para ir generando este estrecho vínculo madre padre e hijo que influye no solamente en el bienestar y estabilidad familiar, si no en un desarrollo óptimo del niño.

Para suplir esta necesidad básica que tiene el recién nacido de recibir afecto, es fundamental que cada una de las actividades que se realice con él se hagan con ternura y amor, ya sea alimentarlo, bañarlo, acariciarlo, entre otros. Propender por el bienestar del niño en todos los aspectos que puedan influir en este con amor es la principal forma de establecer un vínculo afectivo y de generar el afecto que tanto necesita un bebe.

El acompañamiento constante es otra condición positiva para mejorar el afecto, el que se sienta cuidado, el que sienta el contacto con su madre a través de una caricia por ejemplo, genera en el sentimientos de paz, seguridad, confianza generando entre ellos sentimientos de apego y amor.

Sadler, Aguayo (2006) sostiene que “El masaje suave, el cargarlo, acunarlo, tocarlo es la forma como el niño siente el afecto que le expresa la madre hacia él generando aspectos positivos en su crecimiento y desarrollo.” (p.192).

Definitivamente, los vínculos afectivos con el recién nacido se consolidan significativamente en los primeros cuatro o cinco días después del nacimiento, la constante interacción preferiblemente de la madre con él bebe va generando ese sentimiento de apego con ella y no con otras personas que sean quienes cuiden y suplan las necesidades del niño, él depende totalmente de la madre o de la persona quien lo cuida para satisfacer sus necesidades físicas y emocionales, la intensidad y duración del apego son fundamentales para que el niño pueda sobrevivir y desarrollarse de manera óptima, estimulando el crecimiento y desarrollo del recién nacido.

Si por el contrario no se satisfacen las necesidades ni se realizan los cuidados al recién nacido, al igual que el adulto el niño siente dolor, un dolor que puede impedir el deseo de comer, o por el contrario puede empezar a sentir más hambre y comer pero no se llena, y no es precisamente lo que se interpreta de este llanto que según se percibe por lo general es de hambre, sino que es un llanto de dolor por alguna necesidad que no fue satisfecha en algún momento, y de la cual es responsable la madre que es quien vela constantemente por el bienestar de su hijo.

### **CUIDADOS BÁSICOS AL RECIÉN NACIDO DE 0 A 3 MESES**

Teniendo en cuenta las necesidades básicas del recién nacido, es importante hacer referencia a los cuidados propios de esta etapa con el fin de propender por el bienestar del niño e identificar los conocimientos que la madre adolescente tiene sobre los mismos para proponer estrategias de modificación.

Los cuidados al recién nacido que se deben tener en cuenta son: la alimentación, la higiene, la termorregulación, el afecto, sueño, la prevención de accidentes y signos de alarma, factores determinantes en el bienestar del recién nacido y de la satisfacción de sus necesidades básicas.

Según la doctora Liz Muñoz especialista de la Asociación Internacional de masaje infantil, el contacto físico entre padres e hijos hacen que se sientan amados y valorados. Los bebés que son tocados con amor lloran y se enferman con menor frecuencia, por ejemplo, el masaje infantil fortalece la circulación, fortalece el sistema inmunitario, favorece la relajación, promueve la conciencia del propio cuerpo, tonifica los músculos y hace flexibles las articulaciones. Contribuye en la maduración de todos los sistemas del organismo e incluso el inmunológico, neurológico, a la madre ayuda a la disminución de la depresión post parto. Además ayuda a fortalecer la comunicación no verbal. Es una forma de estar en contacto juntos física y emocionalmente.

## **Higiene**

Es uno de los cuidados indispensables para mantener una salud óptima en el recién nacido, teniendo en cuenta la nariz, los oídos, los genitales, el muñón umbilical y la piel en general.

La piel sirve como aislamiento y protección contra infecciones, regulador de la temperatura corporal y órgano de eliminación de sustancias, debe estar limpio, evitando sustancias que la irriten como detergentes, perfumes, el sol, entre otros, así como algunas cremas u otros elementos que no permiten la libre evaporación de las sustancias a través de la piel.

Así mismo el cuidado del muñón umbilical, que se desprende entre el 5 y 10 día se debe realizar a diario, vigilando la presencia de sangrado, secreciones con o sin olor fétido y la piel enrojecida alrededor de esta zona. Para evitar estas características que indican infección en el ombligo del recién nacido (onfalitis) es indispensable mantenerlo seco, y realizarle limpieza con Clorhexidina o una solución yodada en cada cambio de pañal mientras el muñón umbilical se cae y

tres días posteriores a esto, y una vez que el muñón se haya caído realizar limpieza diaria con agua y jabón.

Es importante tener en cuenta que como plantea (Whaley, Wong: 1988, pág. 304) “Se debe dejar el pañal por debajo del muñón umbilical para evitar la contaminación con orina o deposiciones. Además de la limpieza propia del muñón umbilical es necesario realizar una limpieza de la piel alrededor para evitar contaminación por esta zona”

Los cambios de pañal debe realizarse cuando haya orinado o tenga deposición, el contacto prolongado de la piel con orina y/o deposiciones son el factor de riesgo principal para presentar dermatitis de pañal, caracterizado por el enrojecimiento de los genitales, es importante tener en cuenta que la dermatitis de pañal puede ser considerada una patología de manejo medico si no se tienen las medidas de prevención adecuadas.

En todas las actividades de higiene o de manipulación del niño, es necesario que la madre adolescente realice previamente un lavado de manos con agua y jabón, enjuagando y secándose cuidadosamente para evitar la contaminación de agentes microbianos que pueden ser perjudiciales para el recién nacido.

En cuanto al baño, que es una de las actividades más importantes para la higiene adecuada del niño, puede realizarse desde los primeros días de nacimiento, usando agua tibia, jabón neutro sin perfumes ni otras sustancias irritantes para la piel, evitar que el nivel del agua llegue hasta el nivel del ombligo, asegurándose quitarle totalmente el jabón.

El baño, como afirma Correa: 1999, Pág., 89)

“fuera de ser una actividad de higiene también llega a facilitar el vínculo padres niño, estimular su desarrollo psicomotor, brindar experiencias sensitivas-caricias, frío, calor, humedad-, e introducirlo como elemento de juego. Además, sirve para estimular la circulación y los sentidos, brindar

relajación y producir sueño. El baño de sol, fuente importante de vitamina D, se debe hacer diariamente en la mañana.”

Durante el baño se deben tener en cuenta ciertos aspectos que previenen accidentes como la presencia de enfermedades en el recién nacido. Para ello, no deben existir corrientes de aire en el sitio donde se realice el baño, nunca se debe dejar solo al niño en la tina, el agua debe estar tibia y se debe probar previamente con el dorso de la mano, en lo posible el baño debe ser corto y rápido pero realizando un aseo completo, se debe secar suavemente, sin olvidar los pliegues de la piel, si el recién nacido tiene piel seca se puede usar una loción sin perfume en cantidad moderada.

Otro aspecto aunque de menor importancia en la higiene y la salud del recién nacido es el vestirlos, se debe usar ropa adecuada para el clima, el niño es susceptible a las temperaturas extremas. En lo posible debe usar ropa cómoda y amplia preferiblemente de botones, ganchos o broches que faciliten la manipulación del niño en momentos como el cambio de pañal. El material que se debe usar preferiblemente es el algodón ya que no produce alergias como la lana en algunos niños.

El cambio de ropa se debe realizar cada vez que este sucio para evitar la irritación de la piel, por ejemplo luego de alimentarlo o cuando elimine, de lo contrario se debe cambiar diariamente con ropa previamente lavada, sin residuos de detergentes ni perfumes que puedan irritar la piel del niño.

### **Termorregulación**

Para su normal desarrollo, es importante el control de la temperatura en su nacimiento, el recién nacido no controla fácilmente la temperatura por lo tanto es necesario contrarlar todas las formas de pérdida de calor o ganancia excesiva del mismo para evitar condiciones de riesgo para él bebe, es necesario recordar que la temperatura optima corporal debe ser un equilibrio entre la producción de calor y la pérdida del mismo, por tanto no se debe alterar ninguno de estos mecanismos.



Las formas como el recién nacido puede ganar o perder calor son las siguientes: Conducción es la pérdida de calor a través de dos cuerpos en contacto con diferente temperatura. En el recién nacido es la pérdida de calor hacia las superficies que están en contacto directo con su piel: ropa, colchón, sábanas, etc.

Radiación: se da entre cuerpos a distancia por ondas del espectro electromagnético (ej. típico, el sol, radiadores, vidrios, etc.) El recién nacido perderá calor hacia cualquier objeto más frío que lo rodee: paredes, ventanas. Ganará calor de objetos calientes a los que esté expuesto: rayos solares, radiadores de calefacción, fototerapia etc. La pérdida de calor es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia.

Convección: es propia de los fluidos (ej. el aire, el flujo sanguíneo, etc.), El recién nacido pierde calor hacia el aire que lo rodea o que respira.

Evaporación. Es la pérdida de calor por el gasto energético del paso del agua a vapor de agua. Un gramo de agua evaporada consume 0.58 calorías.

En cambio existen otros tres mecanismos por los cuales se puede ganar calor, es importante conocer estas distintas formas ya que se pueden presentar en cualquier momento de la vida del recién nacido y es función del cuidador en este caso de la madre identificarlas para evitar condiciones relacionadas con estas, como por ejemplo poner poca ropa en época de frío o mucho abrigo si hay condiciones de calor, poner el recién nacido cerca de ventanas o paredes sin el debido abrigo, o en condiciones excesivas de calor sin un control permanente, y así se podría enumerar varias situaciones relacionadas con lo anteriormente mencionado.

La temperatura que tenga el recién nacido se puede identificar por su estado general. Si está calmado, en reposo, tranquilo o por el contrario se muestra inquieto, y llora, uno de los motivos puede ser un desequilibrio térmico. Signos como el color de la piel, el sudor, o ciertas partes del cuerpo frías o calientes, como las manos, pueden dar una apreciación aproximada. Comprobar siempre la temperatura del niño en el cuello, o tomando temperatura con termómetro en condiciones de difícil identificación de temperatura.

## **Prevención de accidentes**

Al igual que todo ser vivo en movimiento, el recién nacido es propenso a los accidentes, por lo cual se debe evitar usar anillos, pulseras, objetos pequeños que el niño pueda introducir en la boca y ahogarse, así como el uso de escarpines atados con cordones por el riesgo a impedir la circulación y causar el daño respectivo. También es importante evitar los ganchos de ropa porque puede lesionar la piel del niño.

Uno de los cuidados más importantes en el recién nacido es la vigilancia constante, según Muñoz, Baena, Venzala (2006) la dependencia del niño por su madre hace que la realización de actividades sean por parte de ella y tanto en la cuna, en la cama de los padres, en la tina, los riesgos son muy altos si no se manipula con cuidado y se vigila constantemente. No dejarlos nunca al cuidado de niños menores de 10 años, por su condición de niños no puede prevenir acciones a futuro y el hecho de ser niños mismos les lleva a priorizar el juego y podrán descuidar al bebé.

Además es necesario cuidar la temperatura de los alimentos y del agua para evitar quemaduras de piel y tracto digestivo; algo que suele realizarse usualmente es zarandear al bebé y lanzarlo al aire, esto hay que evitarlo porque es causa de lesiones en el cerebro u órganos vitales.

## **Signos de alarma**

Existen varios signos de alarma que si se presentan en el recién nacido se debe estar preparados ya que no siempre se puede tener al médico para reportarlo. Estos pueden estar indicando alguna de las enfermedades prevalentes de la infancia como enfermedad diarreica aguda (EDA), infección respiratoria aguda (IRA) u otras enfermedades como hipoglicemia del recién nacido.

Hay que cuidar de la hipoglicemia del recién nacido, producida por como la cantidad de glucosa en sangre menor a la normal, que afecta aproximadamente a 2 de cada 1000 recién nacidos, Los signos de alarma característicos de esta

enfermedad son: inquietud, cianosis (color azulado de la piel), apnea (suspensión de la respiración), hipotermia (temperatura corporal baja), tono corporal deficiente, mala alimentación, letargo, convulsiones, si existiera alguno de estos signos es importante su análisis y reporte inmediato a un profesional de la salud.

Por otro lado, la deshidratación en el recién nacido es una condición que se puede presentar con mayor frecuencia cuando el recién nacido no es alimentado con leche materna, los signos de alarma que puede presentar el recién nacido son: sed, somnolencia y apatía, hasta delirio y alucinaciones, en casos graves, piel y mucosas, labios, lengua, mucosas secas y ausencia de salivación.

Es necesario tomar en cuenta la Oliguria caracterizada por poca producción de orina, hundimiento de los ojos, fontanelas hundidas, no producción de lágrimas al llorar.

Otra de las situaciones comunes en el bebé es la deshidratación relacionada con la diarrea caracterizada por el aumento en las deposiciones diarias, líquidas y con mal olor, vómito

Otra enfermedad prevalente de la infancia y a ser considerada muy en cuenta por su frecuencia, es la Infección Respiratoria Aguda, IRA caracterizado por infecciones de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones complicadas con neumonía, considerándose un problema importante de la salud pública. Los signos de alarma que debe tener en cuenta la madre adolescente ante la presencia de esta enfermedad son: tos, rinorrea, fiebre o hipotermia, aumento en la frecuencia respiratoria mayor a 60 por minuto, tiraje intercostal, cianosis, aleteo nasal.

Otros signos de alarma que se deben considerar en el recién nacido son:

- Sangrado por el ombligo o por otro sitio
- Olores fétidos provenientes del ombligo
- Flacidez
- Llanto débil y/o constante

- Quejido constante
- Cambios en la coloración de la piel: cianosis, palidez o ictericia
- Presencia de sangre o moco en la materia fecal
- Ausencia de eliminación intestinal y por ende distensión abdominal
- Perdida excesiva de peso
- Regurgitación excesiva de ácido estomacal

Ante la presencia de cualquier signo de alarma, es importante recalcar en la madre adolescente la asistencia al médico para que el recién nacido reciba el tratamiento necesario.

### **Sociedad**

Niñas y mujeres se juzgan según sus responsabilidades y su capacidad para cuidar de otros al igual que de sí mismas. Incluso mujeres con un alto nivel de logros alcanzaron su identidad más a través de la cooperación que mediante la competencia. La sociedad presiona a las mujeres para transmitir los valores sociales de una generación a la siguiente y, por tanto, la estabilidad de la identidad resulta en extremo importante para ellos. Sugiere que para las mujeres, la exclusión de la identidad es una adaptación en la lucha para llegar a ella.

Las niñas tienden a ser más perspectivas con respecto a los temas de relaciones y con mentalidad abierta acerca de los sentimientos; no obstante cuando se llegó a la adolescencia, aceptan las naciones estereotipados de cómo deberán ser y reprimen los verdaderos sentimientos en áreas de ser "lindas" (L. M. Brown y Gilligan, 1990: pág.132), cuando reconocen que están perdiendo parte de sí mismas, lo cual significa que ya no puede tener relaciones auténticas, su confianza se resquebraja.

El desarrollo social del adolescente empieza a manifestarse desde temprana edad, cuando en su infancia (podemos decir a partir de los 10 años) empieza a pertenecer a pequeñas pandillas con la única finalidad de jugar y de hacer travesuras.

A medida que se va desarrollando empieza a ver otras inquietudes a la hora de elegir a un amigo es selectivo tienen que tener las mismas inquietudes, ideales y a veces hasta condiciones económicas; el grupo es heterogéneo compuesto de ambos sexos ya no es como anteriormente mencionamos las pandillas que en su mayoría eran homogéneas esto la mayoría de sus veces trae como consecuencia la mutua atracción, gustarse el varón y la niña empieza con sus tácticas amorosas.

El grupo adolescente se inicia sólo con dos, el adolescente y el amigo precisamente, el paso de un grupo al otro se caracteriza porque el muchacho ya no se interesa por las aventuras de pandilla a la que siempre ha pertenecido y busca la soledad; se asocia a un compañero, nada más que a uno; así inicia el grupo puberal.

Algunos psicólogos se refieren a ésta etapa como una de la más crítica del ser humano ya que el adolescente ve a la sociedad o al mundo como un tema de crítica y rechazo, rompe el cordón umbilical que lo liga a los padres, desconoce la autoridad o cualquier liderazgo y entra al período transitorio en donde no pertenece a una pandilla ni forma parte de un grupo puberal.

La comprensión la buscan fuera, en los compañeros, en los amigos, hasta encontrar el que va a convertirse en su confidente, el adulto o los padres no llenan esos requisitos.

La crítica y los sentimientos trágicos son la fuente de una conversación en dos adolescentes; hablan de las muchachas, de los paseos y fiesta de los conflictos con los padres o depresiones. Estas conversaciones están llenas de resentimiento impreciso y son la fuente de verdaderas críticas normativas. Esas conversaciones sirven para dejar salir sus preocupaciones y dar descanso al estado trágico.

A veces las amistades en la adolescencia son pasajeras, esto se debe como anteriormente menciona vemos que ellos se unen por ser semejantes pero a medida que pasa el tiempo sus intereses van cambiando, pronto su sentido social

los lleva a extender el número de miembros. Ahora bien, todos los adolescentes pasan por lo mismo estado psíquicos.

Ahora hablaremos de transferencia imitativa de la personalidad: esta conducta se da cuando la pareja de amigos busca y tiene su modelo en una personalidad superior y esto sucede cuando la pareja de amigos no está satisfecha con la igualdad o polaridad de sus tipos; sus modelos a imitar son por lo general gente del medio artístico.

El joven pasa gran parte de la jornada fuera de la propia familia; en la escuela y en el ambiente de trabajo tiene la posibilidad de establecer interacciones sociales con sus coetáneos y con los demás cada vez más extensas y duraderas.

## **Salud**

Desde el enfoque de nuestro estudio, la salud (del latín *salus*, *-ūtis*) es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, aquí se comparte con la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución aprobada en 1948. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social). En 1992 un investigador amplió la definición de la OMS, al agregar: "y en armonía con el medio ambiente".

La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación, analizaré algunos aspectos.

El **desarrollo social** se refiere al desarrollo del capital humano y capital social en

una sociedad. Implica una evolución o cambio positivo en las relaciones de individuos, grupos e instituciones en una sociedad. Abarca principalmente el Desarrollo Económico y Humano. Su proyecto a futuro es el Bienestar social.

La ONU ha hecho hincapié en el desarrollo social como parte fundamental para garantizar el mejoramiento de la vida de todas las personas. La infancia temprana (aquí definida desde el nacimiento hasta la edad de 8 años) es un período de rápido desarrollo en el que el déficit físico y nutricional tiene consecuencias profundas. Durante los años siguientes de vida, inclusive cuando es posible superar estos déficits, el ritmo de mejoría se reduce por el retraso del desarrollo subsecuente.

Tradicionalmente, el crecimiento físico y el desarrollo retrasados han sido considerados la principal consecuencia de la mala salud de los niños, pero actualmente hay un creciente reconocimiento que la mala salud también causa consecuencias para el desarrollo mental e intelectual. Las consecuencias a largo plazo de las experiencias en la infancia temprana para el capital humano y la productividad son difíciles de evaluar directamente, pero a través de medidas representativas, como por ejemplo medidas del crecimiento físico, se pueden hacer asociaciones acerca de esto. Una corta estatura, resultado frecuente de muchas de las infecciones y enfermedades más comunes en la infancia, está asociada con el ingreso tardío o la ausencia en la escuela, rendimiento lento y mayor riesgo de deserción escolar. Al retraso en el crecimiento también se le asocia una reducida capacidad fisiológica y productiva. Tanto el crecimiento físico reducido cuanto el bajo rendimiento educativo tienen consecuencias negativas para las oportunidades de empleo.

Para evitar estos retrasos en el desarrollo físico e intelectual y sus consecuencias a largo plazo para el desarrollo del capital humano, es necesaria la prevención primaria en la infancia. Para muchas de las enfermedades más frecuentes, programas simples y baratos, de efectividad comprobada (tales como vacunación contra el sarampión, tratamiento de rehidratación oral para la diarrea y medicamentos para infecciones parasitarias) son ya parte de la experiencia

programática, mientras que otros programas como educación a las madres adolescentes y el cuidado al recién nacido han probado ser efectivos y se mantienen en el ámbito de la investigación.

### **La familia**

Para el desarrollo social del individuo, el contexto familiar es primordial, esta ha sufrido cambios igualmente profundos. En nuestro medio, es frecuente que se componga de uno o pocos hijos, es común encontrar familias con una sola dirección, papá y mamá a la vez. Es lógico reconocer que los padres tengan poca experiencia, no existen escuelas y la experiencia vivida como hijos no sirve en el momento de ser padres no es lo mismo vivirlo desde la vereda del frente como dice Goldberg, en su libro *Tengo una adolescente en casa* (2007) pág. 22.

Niños y adolescentes también cambian, con la conocida aceleración del crecimiento y, posiblemente, del desarrollo cognitivo, pero no del emocional. No es raro que las alteraciones de conducta y emocionales sean más frecuentes. Ya ha sido citada su afectación por los medios de comunicación, hay que sumar ahora los videojuegos, el Facebook, etc.

Sumado todo lo anterior: medios de comunicación, ambiente de la ciudad (en el que viven al menos el 80% de nuestros menores) y ansiedad familiar, no puede sorprender que el resultado sea una posible mala relación del niño y padres con el pediatra, dañando la empatía, siempre necesaria para el mejor éxito en el cuidado de nuestros hijos.

Una buena comunicación significa simpatía, en el sentido etimológico de compartir los sentimientos, pero manteniendo el equilibrio emocional, al tiempo que se evita una transferencia total que resta ecuanimidad.

Igualmente requiere ponerse en el lugar del otro (paciente), que no es igual que comportarse, vestir o hablar como si fuera un párvulo caprichoso o un adolescente rebelde.



Considerando la adolescencia una etapa vulnerable para el embarazo, se toma como referencia el perfil que el Ecuador maneja sobre esta problemática, siendo de gran importancia el estudio ENDEMAIN (2004 – 2005). Informe preliminar/ CEPAR realizado por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, el cual considera adolescentes a las mujeres de 15 a 19 años, considerando la conducta reproductiva de las adolescentes de manera importante no solo en embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias a nivel social, económico y de salud.

### **Desarrollo del Infante**

Lo propio del período neonatal es la adaptación que exige el paso de la vida intrauterina a la extrauterina. Son múltiples los cambios que afectan al niño en esta etapa. La patología neonatal es, en general, un problema de adaptación en alguno de los sistemas del recién nacido. El cuidado del recién nacido normal consiste en supervisar esta adaptación y que no se presenten factores que la alteren, de manera de prevenir o de anticiparse a los problemas. El cuidado compete fundamentalmente a la madre, por eso es de especial importancia ayudar a la madre a comprender los fenómenos fisiológicos que se presentan en él y reforzar aspectos educativos en relación a su crecimiento y desarrollo.

El cuidado de todo recién nacido comprende su evaluación al menos en cuatro etapas durante los primeros días de vida: al nacer, durante el periodo de transición (primeras horas de vida), al cumplir 24 horas y previo a ser dado de alta con su madre del hospital.

### **Factores que determinan crecimiento y desarrollo**

#### **Psicológico**

Sin dudar, el infante en la mayor parte del primer año de vida está dedicado a esforzarse por sobrevivir, a formar y elaborar dispositivos de adaptación diaria, se efectúa tanto en el sector somático como en el psicológico de la personalidad del

infante, carece aún de conciencia, de percepción, de sensación y de todas las demás funciones psicológicas, ya sean conscientes o inconscientes, pero su cerebro está captando cada una de estas circunstancias.

La división descriptiva de la psique en consciente e inconsciente (Freud ,1912) significa la división del aparato psíquico en los sistemas, inconsciente, preconsciente y consciente el punto de vista dinámico, en esencia significa que los procesos mentales se derivan de la acción recíproca de fuerzas que radican originariamente en la naturaleza de los instintos, tienen un origen orgánico y se representan mentalmente como imágenes o ideas con una carga efectiva.

Freud afirma que el aparato mental se divide en, yo, ello y superó el punto de vista genético, sostiene que todo fenómeno psicológico, a más de sus aspectos contemporáneos y experiencial, puede ser investigado a través de sus ontogénesis, hasta su origen psicológico.

La teoría de la libido y las zonas erógenas, la aplicación del punto de vista genético del desarrollo sexual lleva al descubrimiento del papel fundamental que desempeñan las zonas erógenas. “De la excitación sensorial surge la satisfacción” (Freud, 1905b). La maduración, las zonas orales, anal y genital son activadas, marcando las etapas sucesivas del desarrollo libidinal, el grado de comprensión y de aplicación de estos conceptos ayudarían a una salud mental positiva.

Sin embargo, se ve que esta teoría de la libido del psicoanálisis no está en modo alguno completa, su relación con una teoría general de los instintos no es clara aun, ya que el psicoanálisis es una ciencia reciente.

Freud concibió la agresión como el otro impulso fundamental que opera en la psique. La agresión sirve para acercar, para sostener, para dominar o para destruir el objeto, y por extensión, las cosas.

Un seguidor de esta corriente es justamente Erikson (1950) quien considera las etapas del desarrollo humano y la modalidad de cada zona como una función

constrictora o expulsora, figuran entre los determinante de la cualidad distintiva del impulso parcial y de la etapa libidinal dada.

Las series complementarias: Hipótesis que Freud bosquejó en sus tres ensayos sobre la teoría sexual (1905) y aplicó a la definición de la etiología de la neurosis (1916-1917) sostiene que un factor experiencial actuando recíprocamente con otro factor congénito produce la perturbación.

En este sentido tomaremos la definición de Rapaport y Gill (1959): “El punto de vista de la adaptación exige que la explicación psicoanalítica de todo fenómeno psicológico incluya proposiciones concernientes a su relación con el medio ambiente.” (p.201), lo que significa que todo desarrollo psicológico está en directa relación con su entorno, aquí hablamos en primera instancia de la familia, la sociedad

## **Social**

El primer sociólogo que llamó la atención sobre las posibilidades de investigación sociológica del grupo madre-hijo (al que llamo díada) fue Georg Simmel (1908), destacó que en dicha relación se podía encontrar el germen de todos los desarrollos de las relaciones sociales del orden más elevado. Para su estudio se ha hecho una distinción tajante entre el abortamiento clínico de los infantes y el de los adultos, la estructura rudimentaria de la personalidad del hijo es muy distinta de la estructura madura de la madre. Pero no nos damos cuenta, de que el medio ambiente del niño es también completamente diferente al del adulto.

La estructura de la personalidad, la del adulto es una organización claramente definida, jerárquicamente estructurada, se manifiesta mediante actitudes individuales específicas, iniciativas específicas, que intervienen en una serie de acciones circulares recíprocas con el medio que le rodea.

El neonato al nacer carece de una personalidad organizada comparable a la del adulto; no existe iniciativa personal, ni ningún intercambio con ningún medio circundante, salvo el fisiólogo

La segunda diferencia entre el infante y el adulto, es la diferencia del medio, el medio circundante del adulto está constituido por factores numerosos y extremadamente diferentes, por una diversidad de individuos. Para el neonato, el medio circundante consiste en un solo individuo, la madre o quien la sustituye. El infante criado y el medio que lo rodea forman lo que podríamos denominar “sistema cerrado”, que consta de dos componentes; la madre y el hijo.

El universo del infante está enclavado dentro del marco de la realidad total. Se allá dentro de la red formada por los papeles y las referencias , relacionadas entre sí de las diversas personas que constituyen la familia del niño o la institución en que ese niño ha sido criado , este universo y sus fuerzas son transmitidos al niño por aquel individuo que satisface sus necesidades por la madre o sus sustituto.

Un factor que ayuda en el desarrollo del recién nacido es el ambiental, considerado por la nutrición, por tanto a una nutrición adecuada, corresponde un crecimiento adecuado.

## **Cultural**

Definido como el quehacer social, implica diferentes modalidades para que los integrantes de la colectividad se desarrollen en lo físico, en lo intelectual y en lo emocional. El ambiente social determina la organización de los individuos, y esta, a su vez, determina la capacidad de compra, la cual facilita el nivel de vida y define el grado de crecimiento integral de cada individuo.

La herencia proporciona en los genes lo que podemos hacer, y el medio ambiente lo que en realidad hacemos. La influencia del medio ambiente sobre el niño, dotado de potencialidades genéticas, implica una capacidad de adaptación que alcanza su equilibrio.

Un factor cultural importante que puede perjudicar el desarrollo normal del feto es el alcohol, que según el doctor Edward, Riley (2009), psicólogo de la Universidad de San Diego en los Estados Unidos manifiesta que lo más aconsejable para una

mujer embarazada es que no beba alcohol, y si lo hace, que sea de forma muy esporádica y en niveles muy bajos, incluso en cantidades moderadas.

Según la revista *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, el alcohol puede generar efectos dañinos en el feto, incluyendo bajo peso al nacer y un mayor riesgo de aborto espontáneo y en cantidades altas puede producir el síndrome de alcohol fetal, lo cual puede dar lugar a un retraso mental y de crecimiento, el consumo de alcohol durante el tercer mes de embarazo puede eliminar determinados tipos de células cerebrales y en periodos previos del desarrollo es capaz de interferir en la división celular, en nuestro medio es una costumbre natural, que sin embargo puede traer consecuencias negativas al recién nacido.

### **CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO DE 0 A 3 MESES**

Para definir las características del recién nacido, es necesario partir por sus condiciones básicas. El recién nacido se encuentra en un rango de edad entre los 0 días luego del nacimiento hasta 30 días, en un rango de peso de 2500 a 4000 gramos, una talla entre 48 y 53 aproximadamente, esperándose un aumento de peso al mes de 600 gramos, y 4 centímetros de longitud en aumento con respecto a la medida anterior. “Las temperaturas normales que se pueden presentar en el Recién Nacido varían entre 36.5° C y 37 ° C, siendo la temperatura rectal 0.5 ° a 1° C mayor que la temperatura axilar”.

Esta creación del vínculo madre e hijo inicia con un proceso de familiarización entre los padres y el recién nacido, influenciada por las expectativas hacia su hijo, la actitud de los padres frente al niño y principalmente la etapa del ciclo vital en que se encuentren los padres para enfrentar su nuevo rol, aspecto que se ve vulnerado en la situación planteada al inicio de este trabajo como lo son las madres adolescentes, en las cuales se dificulta este proceso de vinculación con el recién nacido.

## **Físicas**

Un recién nacido promedio, o neonato, mide cerca de 50,8 cms. y pesa alrededor de 3,175 Kgs. En el momento del nacimiento, 95% de los bebés pesan entre 2,200 y 4 Kgs, y miden entre 45,7 y 55,8 centímetros (Behrman y Vaughn, 1983). El tamaño en el momento de nacer está relacionado con factores tales como, raza, sexo, talla de los padres, nutrición y salud de la madre; los varones tienden a ser un poco más altos y pesados que las mujeres y es posible que un primogénito pese menos en el momento del nacimiento que los que nazcan después. El tamaño en el momento del nacimiento se halla relacionado con el tamaño durante la infancia.

Durante los primeros días los neonatos pierden el 10% del peso del cuerpo, primordialmente debido a la pérdida de fluidos; cerca del quinto día, empiezan a recuperarlos y, generalmente, lo han logrado totalmente entre el décimo y decimocuarto día. Los bebés livianos pierden menos pesos que los pesados, y los primogénitos menos que los que nacen después.

La cabeza del neonato puede ser alargada y deformada debido al moldeamiento que facilitó su paso por la pelvis de la madre. Este moldeamiento temporal fue posible debido a que los huesos del cráneo del bebé no están fundidos todavía y no estarán totalmente unidos durante 18 meses.

Es importante la medida del perímetro craneal en el momento del nacimiento a fin de poder evaluar las medidas posteriores. Para ello se utiliza una cinta métrica extensible (no metálica). La cinta ha de circundar las prominencias frontal y occipital buscando el perímetro máximo. El perímetro cefálico medio es de unos 34 cm.

Los recién nacidos son bastantes pálidos, incluso los bebés de raza negra que más tarde serán más oscuros tienen un aspecto rosáceo debido a la delgada piel que escasamente les cubre la sangre que fluye a través de los diminutos capilares. La vernix caseosa (barniz con aspecto de queso), cubierta grasosa que protege a los recién nacidos contra las infecciones, se seca en algunos días; así mismo, algunos

neonatos son muy velludos, pero en pocos días el lanugo, la peluda prenatal, se cae.

## **EVOLUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

### **Desarrollo Físico –Motor**

Este período se caracteriza por la “hipertonía” en las extremidades del bebé, es decir que los bracitos y sus piernas permanecen “duros”, esto hace que estén la mayor parte del tiempo flexionados. Por el contrario, el tronco del bebé se caracteriza por una “hipotonía”, una escasa fuerza en sus músculos que le dificulta levantar la cabeza cuando esta echado boca abajo. Posteriormente, entre el segundo y tercer mes, el bebé, apoyándose sobre los antebrazos, podrá levantar y sostener la cabeza así como girarla hacia la derecha e izquierda.

Comúnmente se observará al bebé con la mano en puño, a esto se le conoce como “reflejo de prensión palmar”, podrá agarrar cosas que se le pongan en sus manos, las cuales se convierten en la principal fuente de entretenimiento: las junta, las separa, las abre, las observa y juega con ellas mientras las mueve.

En esta etapa, los músculos más eficientes del pequeño son de la boca y de los ojos. De esta manera, la proximidad de un estímulo generará como reacción una contracción muscular.

Además, es capaz de reaccionar ante cualquier estímulo que le sobresalte sacudiendo sus extremidades superiores e inferiores. Y también suelen ser muy evidentes los reflejos tónicos del cuello y los natatorios.

Por otra parte, si se le sostiene por debajo de las axilas, de forma que quede parado, mueve brevemente los pies, pero ejerce poca resistencia con sus piernas sobre la superficie. Si se lo coloca en posición sentada, tiende a llevar la cabeza hacia adelante sobre su pecho.

Hacia su primer mes de vida, el bebé logra seguir con la vista objetos, ubicados en

su plano visual, que se desplacen lentamente en un radio de 90 grados, desde un lateral hacia la línea media.

### **Recién nacido hasta los 2 meses**

El bebé puede levantar y voltear la cabeza cuando está acostado boca arriba.

El bebé empuña la mano y flexiona los brazos.

El cuello no es capaz de sostener la cabeza al halar el niño para que se siente.

Los reflejos primitivos abarcan:

Reflejo Babinsky: los dedos de los pies se abren hacia afuera en forma de abanico cuando hay roce en la planta del pie.

Reflejo Moro (reflejo del sobresalto): extiende los brazos y luego los dobla y los empuja hacia el cuerpo con un breve llanto, a menudo desencadenado por sonidos fuertes o movimientos súbitos.

Reflejo prensil palmar: el bebé cierra los dedos y "agarra" el dedo de la madre.

Reflejo postural: la pierna se extiende cuando se toca la planta del pie.

Reflejo prensil plantar: flexión del dedo del pie y de la parte delantera del pie.

Reflejo de búsqueda o de los puntos cardinales: voltea la cabeza en busca del pezón cuando se le toca la mejilla y comienza a chupar cuando el pezón toca los labios.

Reflejo de la marcha: da pasos rápidos cuando ambos pies se colocan sobre una superficie, con el cuerpo sostenido.

Reflejo tónico-asimétrico del cuello: la pierna izquierda se extiende cuando el bebé mira hacia la izquierda, mientras que el brazo y la pierna derecha se flexionan hacia adentro, y viceversa.

### **3 a 4 meses**

En este periodo se producen el desarrollo de sus condiciones motoras, cognitivas y sociales, que conllevan a un mejor desenvolvimiento y adaptación del niño al medio ambiente, los aspectos más importantes para evidenciar su desarrollo son:

- El mejor control muscular del ojo le permite al bebé seguir objetos.



- Comienza a controlar las acciones de manos y pies, pero estos movimientos no son sincronizados. El bebé puede comenzar a utilizar ambas manos, trabajando con ellas para cumplir tareas. El bebé todavía no es capaz de coordinar el agarre, pero manotea y consigue acercar los objetos hacia él.
- El incremento en la visión le permite al bebé diferenciar objetos a partir de fondos con muy poco contraste (como un botón en una blusa del mismo color).
- El bebé se levanta (emplea el torso superior, los hombros y la cabeza) con los brazos cuando está acostado boca abajo (sobre el estómago).
- Los músculos del cuello se desarrollan lo suficientemente para permitir que el bebé se sienta con ayuda y mantenga la cabeza erguida.
- Los reflejos primitivos ya han desaparecido o están comenzando a desaparecer.

### **Desarrollo Afectivo – Social**

En esta etapa, la confianza básica estudiada por Erick Erickson, citada por (Gadea, 2008): “La primera tarea de desarrollo que debemos lograr es adquirir un sentido del desarrollo del recién nacido, manifiesto a partir de las caricias, besos, arrullos, y cualquier actitud que exprese afecto, protección, enmarcado siempre en un contexto de amor.” (p. 165). Este vínculo que genera la madre con su recién nacido en este proceso es positiva en la medida en que la madre se siente mejor con su hijo, siente la necesidad de cuidarlo y brindarle todas las herramientas para su bienestar y satisfacer sus necesidades, así como el bienestar y satisfacción del recién nacido.

En este periodo el niño necesita un contacto corporal frecuente con su madre que le brinda contención y seguridad. Por otro lado su estabilidad emocional es oscilatoria. Sus llantos llegan a totalizar entre una y dos horas diarias, suele estar irritable y con una persistente somnolencia. Sus reflejos también le permiten manifestar reacciones emocionales ante situaciones que alteren su estabilidad.

En este campo se debe considerar sin lugar a dudas un nuevo concepto muy relacionado con el desarrollo emocional, el estrés, aunque no se dispone de datos exactos sobre el efecto del estrés en los más pequeños, se hará referencia a un estudio español del 2009, "Estudio sobre el Estrés del Bebé", "artículo "Salud y bienestar de bebés y niños de junio del 2011" en donde se afirma que los recién nacidos de hoy en día tienen 50 veces más probabilidades de sufrirlo que hace 15 años. Y las cifras van en aumento, probablemente por los cambios en el modelo social y familiar, el exceso de permisividad, la incomunicación y el estilo de vida inadecuado de los progenitores (exigencias, necesidades y estatus social que se debe alcanzar), entre otros.

Estrés o problemas emocionales.- La creencia de que el estrés afecta al bebé tiene su fundamento científico. La tensión psicológica que experimenta la mujer en estas circunstancias puede aumentar la actividad de las glándulas suprarrenales, cuya secreción en exceso es transportada por la sangre materna y llega al feto a través de la placenta (Thompson, 1990).

Los recién nacidos tienen la capacidad de generar una respuesta anticipada al estrés basado en las expectativas acerca de cómo sus padres les tratarán en un contexto determinado. Si bien situaciones estresantes en determinados momentos pueden ser beneficiosas para desarrollar estados de alerta y mecanismos de defensa, su recurrencia, a largo plazo, tendría efectos muy negativos en el desarrollo normal de los más pequeños.

Expertos en desarrollo infantil de Canadá realizaron un estudio ("Infant anticipatory stress") a mediados de 2010, publicado en "Biological Letters", que aseguraba que los menores de seis meses que se consideran privados del amor de su madre durante dos minutos aumentan sus niveles de cortisol, la hormona del estrés.

Investigadores de la Universidad de Toronto, descubrieron que los recién nacidos también se preocupan porque la situación pueda volverse a repetir al día siguiente, lo que confirma que pueden recordar emociones no usuales, esto significa tener un mejor control dado las consecuencias negativas de exponer las criaturas, de

manera repetida, a situaciones estresantes.

Con respecto al afecto también se ha demostrado ser una condición directamente proporcional con su capacidad de aprender y desafiar las circunstancias de la vida. En 2004, en el II Congreso Internacional sobre el Cerebro Humano, que se celebró en Roma, ya relacionó la falta de afecto con el estrés en bebés y el desarrollo futuro de graves problemas cerebrales. En concreto, se puede asociar el afecto con el desarrollo de disfunciones neuronales que en la edad adulta pueden llevar a depresión.

Aunque el estrés depende de las causas que lo origina, siempre es recomendable que el bebé se sienta atendido. Crear una rutina horaria en la que se distribuyan las horas de la comida y los tiempos de descanso, y combinar momentos en los que el niño esté acompañado con otros en los que juegue solo, ayuda a crear un ambiente familiar idóneo para el niño. Es muy importante que el ambiente familiar donde se desarrolla el pequeño sea relajado, sin discusiones ni gritos.

## **Desarrollo del Lenguaje**

En esta etapa el bebé emite sonidos vocálicos, llanto, y será capaz de reconocer la voz de la madre y el padre. El llanto es una manera muy importante de comunicación. Al tercer día de vida, las madres pueden distinguir el llanto de su bebé de otros y al primer mes de vida, la mayoría de los padres pueden decir si el llanto de su bebé significa hambre, dolor o enfado. El llanto también produce la bajada o salida de la leche (llenar la mama) de la madre.

La cantidad de llanto en los primeros tres meses varía en un bebé sano entre 1 y 3 horas diarias. Se cree que los bebés que lloran más de 3 horas al día con frecuencia presentan cólicos. El cólico de los bebés raras veces se debe a un problema en el cuerpo. Hay características que pueden ayudar como una señal de alarma:

### **0-2 meses**

- Se alerta ante las voces.

- Usa rango de ruidos para indicar necesidades, como hambre o dolor.

#### **2-4 meses**

- Se arrulla.

Por tanto, estas condiciones significan el desarrollo del lenguaje como señal de comunicación.

#### **Desarrollo Cognitivo**

Se puede considerar este componente como el más importante del ser humano. En esta etapa la percepción de la realidad presenta diferentes particularidades de sus cinco sentidos, los estímulos visuales presentan algunas limitaciones, los ojos del bebé pueden ver con nitidez a una distancia de 25 cm. Esta distancia coincide con los centímetros que distan entre la cara del bebé y la de su mamá cuando está en posición de ser amamantado. Es muy sensible a los estímulos luminosos y responde a ellos de forma refleja.

Los estímulos en la piel provocan reacciones generales y locales evidentes, también se encuentra como en los adultos diferencias entre unas zonas con otras. El reflejo del rascado falta en el recién nacido, aparece en el segundo mes cuando el estímulo radica en los párpados. La sensibilidad al dolor está completamente desarrollada en el recién nacido. La sensibilidad al calor y al frío también está desarrollado en su primer momento, aunque mayor sensibilidad al frío. La sensibilidad táctil está mayor desarrollada en la palma de sus manos en la planta de los pies y en la cara (Balager y otros: 1980, pág 83), por tanto el estimular los cinco sentidos ayudaría a desarrollar la cognición.

Se ha demostrado que al final del embarazo, las papilas gustativas del feto están desarrolladas y le permiten distinguir el sabor de las diferentes sustancias que tome la madre y pasan al líquido amniótico a través de la placenta. El feto con 22 semanas ya puede distinguir entre lo dulce y lo amargo, los sabores que puede

distinguir con más facilidad es lo dulce con lo amargo. Solo algunos lactantes reaccionan ante el salado. Según Kasatkine las sustancias amargas, saladas y las ácidas provocan reacciones negativas, muecas, cerrar los ojos, retirar la lengua. Náuseas, vómitos, las sustancias dulces provocan respuesta positiva con movimientos de succión (Balaguer y otros, 1980).

Cuando el feto alcanza la semana 26 de gestación dentro de los pulmones se van formando los alveolos pulmonares, a su alrededor se forman los vasos sanguíneos que le ayudarán a absorber el oxígeno y a expeler el anhídrido carbónico. En ese momento ya se le han abierto las aletas de la nariz y empieza a realizar movimientos respiratorios con sus músculos de modo que al nacer ya tiene mucha práctica respiratoria. Hacia la semana 30 ya ha desarrollado por completo su ritmo respiratorio y los ovólos de los pulmones están listos para su primer aliento fuera del útero. El sentido del olfato es el menos desarrollado de todos. En los niños de corta edad es muy difícil saber si realmente están percibiendo los olores de las cosas, además la gran mayoría de niños pasan enfermos y con mocos y la nariz tapada.

Según (Gofflieb, 1983), citado en (Sadurni, M y Rostán C: 2008, pág 75) “La visión es el sentido menos desarrollado del recién nacido, se debe a la insuficiente inmadurez de las redes neuronales del cerebro, sin embargo un proceso de estímulo temprano va a permitir un desarrollo adecuado de este sentido

A medida que la maduración neurológica y mielinización permiten una mejor coordinación de los movimientos oculares y una mejor transmisión más eficiente de la transmisión entre los ojos y el cerebro su enfoque va mejorando. La distancia de enfoque en un recién nacido va de los 22 cm en la mayoría, se supone que un bebé ve un objeto a 6 metros como un adulto lo haría de 122 a 140 m.

El oído es el sentido más desarrollado de un bebé, a las 28 semanas ya puede oír. Lloran ante un ruido y se tranquilizan ante canciones de cuna, se concluye que perciben en estructuras melódicas y ritmos. Prefieren oír sonidos que entran dentro de la frecuencia de la voz humana.

La respuesta ante los estímulos auditivos, por otra parte, son muy irregulares durante los primeros días de vida. Suele evidenciar una sensibilidad a los sonidos agudos y cortos. Tiende a aquietarse cuando oye la voz humana.

Las reacciones que generan los estímulos olfatorios, por otro lado, solo se divierten si estos son muy intensos.

Con respecto a los estímulos gustativos (salado, dulce, ácido y amargo), estos generan movimientos corporales de placer o disgusto, según el caso.

En cuanto a los estímulos táctiles, cabe considerar la percepción del contacto en general, de la presión y de los cambios térmicos. Estos últimos se presentan con suma evidencia. De este modo, aparecen en el pequeño conductas como el estremecimiento, la retracción a los giros corporales. Por otro lado el bebé manifiesta sensibilidad ante maniobras externas que puedan resultarle incómodas o un poco dolorosas, luego del primer día de vida.

De todas formas, la respuesta es desigual en las distintas regiones cutáneas. La cabeza y la planta del pie suelen ser las regiones más sensibles.

En esta etapa la vista y el oído son los sentidos que presentan mayores logros; focaliza y mira con atención a los objetos que se le presentan y puede seguirlos visualmente, aunque prefiere a las personas. Por otro lado, al finalizar el tercer mes, podrá identificar de dónde proviene un sonido y es capaz de girar para ver qué o quién lo produjo.

La falta de yodo incide en el crecimiento cerebral y puede provocar cretinismo y retraso mental, mientras un déficit de vitamina A puede producir daños graves en la formación de la córnea ocular y ceguera.

También el déficit de proteínas e hidratos de carbono y la falta de hierro, puede alterar el metabolismo cerebral e intervenir en la estructura de las células neuronales. El cerebro, los lóbulos frontales y las regiones subcorticales parecen

ser especialmente vulnerables en niños que han padecido mal nutrición (Pollit, E y Kathllen, S: 1994, pág 34).

### **Cuidado de transición**

Durante las primeras horas de vida se producen los cambios más importantes en la adaptación del RN al medio extrauterino en la vida neonatal. Hay variaciones en su frecuencia respiratoria, cardíaca, en su estado de alerta y actividad motora. Durante los primeros 15 a 30 minutos de vida es normal una taquicardia de hasta 180/min (primeros 3 minutos), una respiración de 60 a 80/min, a veces algo irregular y con cierta retracción costal y aleteo nasal. Es frecuente la presencia de mucus y secreciones en la boca. La temperatura corporal y especialmente la cutánea siempre desciende.

Esta primera etapa se ha llamado primer periodo de reactividad. En las horas siguientes, disminuye la frecuencia cardíaca a márgenes de 120-140/min y la respiración a cifras de menos de 60/min (cifras son válidas sin llanto). El niño se ve más tranquilo y tiende a dormirse. Este periodo dura alrededor de 2 a 6 horas, luego hay un segundo periodo de reactividad. El niño está más activo y con muy buena respuesta a los estímulos.

Pasado el período inmediato de transición el RN permanece junto a su madre en “puerperio”. Este período tiene una gran importancia desde el punto de vista educativo y preventivo. La madre se encuentra en una condición única para interesarse, captar conocimientos y contenidos educativos que pueden tener una gran repercusión en el desarrollo posterior del niño.

La alimentación precoz favorece el vínculo entre el recién nacido y la madre y disminuye el riesgo de hipoglucemia.

## **HIPÓTESIS**

H0: Los conocimientos de Puericultura de las madres adolescentes no inciden en el desarrollo del infante hasta los tres meses de edad.

H1: Los conocimientos de Puericultura por parte de las madres adolescentes inciden en el desarrollo del recién nacido hasta los tres meses.

## **SEÑALAMIENTO DE VARIABLES**

**Variable independiente:** Puericultura de las madres adolescentes que acuden al Hospital Alfonso Villagómez Román.

**Variable dependiente:** Desarrollo del infante hijo/a de madres adolescentes hasta cumplir los tres meses de edad.



## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se realizó conforme al enfoque cuantitativo-cualitativo previsto, teniendo como característica principal el empleo del método científico. Tuvo un enfoque cuantitativo y cualitativo, toda vez que se utilizó el análisis de datos y su interpretación cualitativa de los resultados para posteriormente comprobar la hipótesis, que surgieron del enfrentamiento entre los datos obtenidos directamente de las madres adolescentes y sus conocimientos con el desarrollo del infante, se conjugó la teoría con la experiencia a través de la deducción y de igual forma se contrastaron y discutieron los datos empíricos recogidos en el campo con el marco teórico que apoyó la investigación. Los resultados cuantitativos fueron transformándose en condiciones cualitativas a través de la generalización teórica.

La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. En la primera parte del mismo permitió conocer las condiciones socioeconómicas de las madres adolescentes como su edad, instrucción, identificación étnica y otros. En la segunda parte se investigó el conocimiento que tenían las madres con relación a la atención antes, durante y después del parto hasta los tres meses y otros elementos necesarios para su mejor desenvolvimiento en la esfera psíquica y social.

#### **NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio fue hipotético deductivo, porque estuvo dirigido a identificar las características y conocimientos que tienen las adolescentes embarazadas sobre puericultura, enfocando la investigación en los rasgos externos del objeto de estudio, sin contar aún con elementos teóricos y metodológicos para demostrar la

problemática descrita en la investigación., luego tuvo un avance a un nivel analítico para examinar los datos a profundidad, en donde se definió los problemas que van a ser analizados. Se consideró a los rasgos internos de la investigación, como las relaciones fundamentales que se manifiesta en el conocimiento de puericultura que tienen las madres adolescentes, este análisis permitió demostrar ciertas causas que originaron el bajo desarrollo, el tratamiento de la información se dio fundamentalmente de forma analítica, cuantitativa y cualitativamente.

Finalmente se da la comprobación de la hipótesis de forma cuantitativa, mediante la aplicación de la prueba Z y su correspondiente demostración mediante una secuencia de deducciones y razonamientos lógicos especialmente en la práctica social, se puso énfasis en aspectos cuantitativos y de categorías bien definidas del problema observado.

Con los resultados obtenidos, se diseña una propuesta básica de capacitación priorizando las necesidades de conocimientos identificados en la investigación, enmarcados en un modelo pedagógico activo, participativo y vivencial, con la modalidad de talleres.

## **POBLACIÓN Y MUESTRA**

La muestra establecida en el proyecto, sufrió una escasa modificación, originalmente se planteó 90 casos de todas aquellas madres adolescentes que acudieron con sus hijos/as durante el primer semestre del año 2012, pero durante la ejecución de investigación se tuvo que disminuir a 83 casos, porque en siete casos, no fue posible su localización, estas madres ya dejaron de asistir al hospital y no respondieron a los números telefónicos ni registraban dirección domiciliaria actualizada.

De otro lado, la toma de datos de los niños/as se realizó de las 83 historias y de los niños/as cuyas madres acudieron al Hospital se aplicó el estudio.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

**CUADRO N. 1:** Variable independiente: puericultura de las madres

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTALES
Actividades que se realizan en la atención y cuidado de la niñez desde etapas previas al nacimiento hasta alcanzar la adultez. Comprende el conocimiento y la práctica de todas aquellas normas y procedimientos dirigidos a proteger la salud y promover un crecimiento y desarrollo acorde con las capacidades y	División de la Puericultura.  Características de las Madres Adolescentes  Necesidades del recién nacido	Prenatal  Labor de parto  Posparto  Emocionales Socio – Familiares	¿Qué cuidados tuvo durante el embarazo?  ¿Cuántos chequeos medico tuvo durante el embarazo?  ¿Dio a luz con asistencia médica? ¿Quién le acompañó durante el parto? ¿Cuántas y que vacunas debe recibir él bebe? ¿Cuántas veces debe ir al pediatra él bebe? ¿Cómo recibió la noticia del embarazo su familia?	Encuesta  Cuestionario

<p>potencialidades genéticas del niño/a</p>	<p>Cuidados del recién nacido</p>	<p>Fisiológicas Afectivas</p> <p>Termorregulación Higiene</p> <p>Signos de alarma Prevención del accidente</p>	<p>¿Cada cuantas horas debe alimentarse él bebe? ¿Cuál es la posición ideal para que duerma él bebe?</p> <p>¿Se debe bañar diariamente al bebe? ¿Cuántas veces al día debe curarse al cordón umbilical?</p> <p>¿Puede dejar el plástico del colchón en la cuna? ¿Cuántas veces debe evacuar él bebe?</p>	
---	-----------------------------------	--	--	--

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Investigación

**CUADRO N. 2 :** Variable dependiente: desarrollo del recién nacido

<b>CONCEPTO</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ÍTEMS BÁSICOS</b>	<b>TÉCNICAS INSTRUMENTALES</b>
<p>Desarrollo del Infante</p> <p>Proceso fisiológico y psico-afectivo, que depende de la atención y los cuidados de la madre al Recién Nacido.</p>	<p>Factores que interviene en el desarrollo</p> <p>Características del recién nacido</p> <p>Cuidados de transición.</p>	<p>Social</p> <p>Psicológico</p> <p>Cultural</p> <p>Edad</p> <p>Peso</p> <p>Talla</p> <p>Perímetro cefálico</p> <p>Adaptación</p> <p>Cardiovascular</p> <p>Respiratoria</p> <p>Nutricional</p>	<p>¿Tuvo apoyo de la familia y de pareja?</p> <p>¿Cuándo debe iniciar la lactancia el recién nacido?</p>	<p>OBSERVACIÓN</p> <p>N</p> <p>Historia Clínica (Formato 016)</p> <p>Curva de crecimiento</p> <p>MSPHCU-Form. 028 1/09</p> <p>Encuesta</p>

	<p>Evolución del recién nacido</p>	<p>Desarrollo físico motor Socio – afectivo Cognitivo Lenguaje</p>	<p>¿Se le debe desarrollar el tacto dándole caricias o masajes desde que nace? ¿Cómo puede ver, oler, degustar o sentir? ¿Se le desarrolla la audición desde que nace, cantándole, hablándole o escuchando música?</p>	
--	------------------------------------	--	--	--

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Investigación

## **Plan de recolección de información**

Para la recolección de la información se procedió conforme a lo planificado. En el campo bibliográfico, el uso de manera eficiente y oportuna la técnica del fichaje. Se elaboraron las fichas bibliográficas y nemotécnicas de acuerdo a los contenidos necesarios para las fundamentación de las variables de trabajo, tomando para ello diversas fuentes como libros, revistas, folletos, periódicos, videos, etc.

Una vez diseñadas las fichas y organizado el fichero, se procedió a recoger la información de una manera discreta y crítica, tomando lo esencialmente necesario para determinar el nivel de conocimiento que tenían las madres investigadas sobre puericultura y comprobar el nivel de desarrollo alcanzado por el recién nacido, esto es analizar la validez de la información, evaluando el grado de objetividad de la información y determinando el grado de inserción de esta información en las expectativas y los intereses teóricos y prácticos de la hipótesis de trabajo.

En la investigación de campo, se utilizó la técnica de la entrevista y se aplicó el cuestionario diseñado para el caso, considerando las variables obtenidas mediante la descomposición de las hipótesis y las categorías. Aquí fue necesario realizar ciertas modificaciones en el orden de las preguntas establecidas en el plan.

En primera instancia se diseñó el cuestionario correspondiente con 32 preguntas referentes a la situación socio-familiar, los conocimientos básicos sobre puericultura durante el embarazo, durante el parto y luego del parto hasta aproximadamente los tres meses. La primera parte incluyó datos de identificación de la madre adolescente como: edad, procedencia, identificación étnica, ocupación, procedencia; la segunda parte se plantea preguntas de selección múltiple y la tercera parte 16 preguntas cerradas para respuestas afirmativas o negativas sobre aspectos relacionados con alimentación, descanso, aseo personal, estimulación precoz, consulta médica y vacunación. Los resultados obtenidos en la encuesta, fueron clasificados de acuerdo a niveles y con una escala de evaluación:

- 1 Bueno 20-30
- 2 Regular 15-19
- 3 Malo de 0 - 14

El cuestionario fue aplicado mediante un pilotaje a un grupo de madres para probar su efectividad, luego del cual se tuvo que realizar ciertos ajustes especialmente de términos que no fueron tan familiares al lenguaje cotidiano de nuestra población investigada.

Posterior a ellos, se sacó las direcciones, números telefónicos de todas las madres adolescentes que se atendieron y se atendían en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez, se entró en contacto con las madres mediante llamadas telefónicas y de forma personal en el horario de consultas.

Una vez contactadas las madres, se les invitó a una reunión en donde se les explicó el objetivo de la investigación, la estructura del cuestionario y la aplicación de la misma. Hubo necesidad en algunos casos de explicarles personalmente de lo que se trataba cada pregunta para una mejor respuesta. En los casos que no asistieron a la reunión fue necesario realizar una visita a sus domicilios para aplicarles la encuesta personalmente.

Se revisó una a una las historias clínicas ((SNS-MSP/HCU form # 056/2009) previa autorización y los carnets de control de los niños/as. Para saber ciertos factores emocionales y cognitivos se realizó una entrevista personal.

### **Plan de procesamiento de la información**

Una vez obtenido los datos correspondientes, vino el trabajo de organización y sistematización de la información. Para el procesamiento de la información bibliográfica y de campo se realizó un plan de tabulación, mediante la elaboración de cuadros simples, de doble entrada y cuadros múltiples o tablas mediante el cruzamiento de dos o más variables. Los datos contenidos en la encuesta y el



carnet, fueron vaciados a las tablas, correspondientes, formulados y analizados mediante procesos estadísticos de porcentajes. Para su mayor comprensión fue necesario graficar la información y en base a estos gráficos, se hizo el análisis e interpretación de los resultados. Al no ser un universo muy grande, el procedimiento fue manual y utilizando el programa Excel. Para la interpretación de datos fue necesario contrastar o comparar con los argumentos planteados en el marco teórico.

Finalmente se procedió a la demostración de la hipótesis mediante el análisis cuantitativo y cualitativo de la información, aplicando la **Prueba z** en el caso del desarrollo físico, por los datos cuantitativos disponibles, con un nivel de significancia de 0,05. Se aplicó esta prueba, porque la muestra es de cualquier orden, se conoce la desviación estándar de la muestra y la población es mayor a 30. Para la prueba del desarrollo socio-afectivo se lo hizo cualitativamente usando porcentajes.

Finalmente con estos resultados se procedió a elaborar las conclusiones, recomendaciones y la propuesta

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

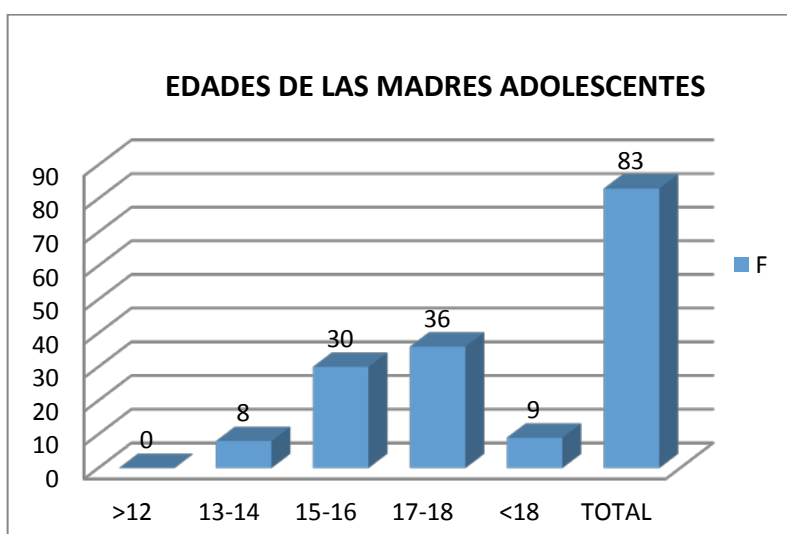
Uno de los objetivos de nuestra investigación, fue conocer la realidad socio familiar de las madres adolescentes que acudieron al HPAV durante el primer semestre del 2012, los resultados encontrados fueron:

**CUADRO N. 3:** Edad de las madres adolescentes

GRUPOS DE EDAD	F	Pm	Fr
<12	0	0	0
13-14	8	13,5	9,64
15-16	30	15,5	36,14
17-18	36	17,5	43,37
>18	9	18,0	10,84
TOTAL	83	64 ,5	100
Media		16,4	

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 5:** Edades de las Madres Adolescentes

**Fuente:** cuadro N. 3

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** Observando el cuadro, encontramos que el 43,4% de nuestras madres adolescentes que asisten al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez, están comprendidas entre los 17 y 18 años de edad, seguido de un 36% de madres que se encuentran en las edades de 15 y 16 años, un 9,6% en las edades de 13 y 14 años. Calculada la media aritmética, vemos que la edad promedio es 16,4 años, considerando que tenemos madres adolescentes de trece años como el valor más bajo y 18 años como el valor más alto.

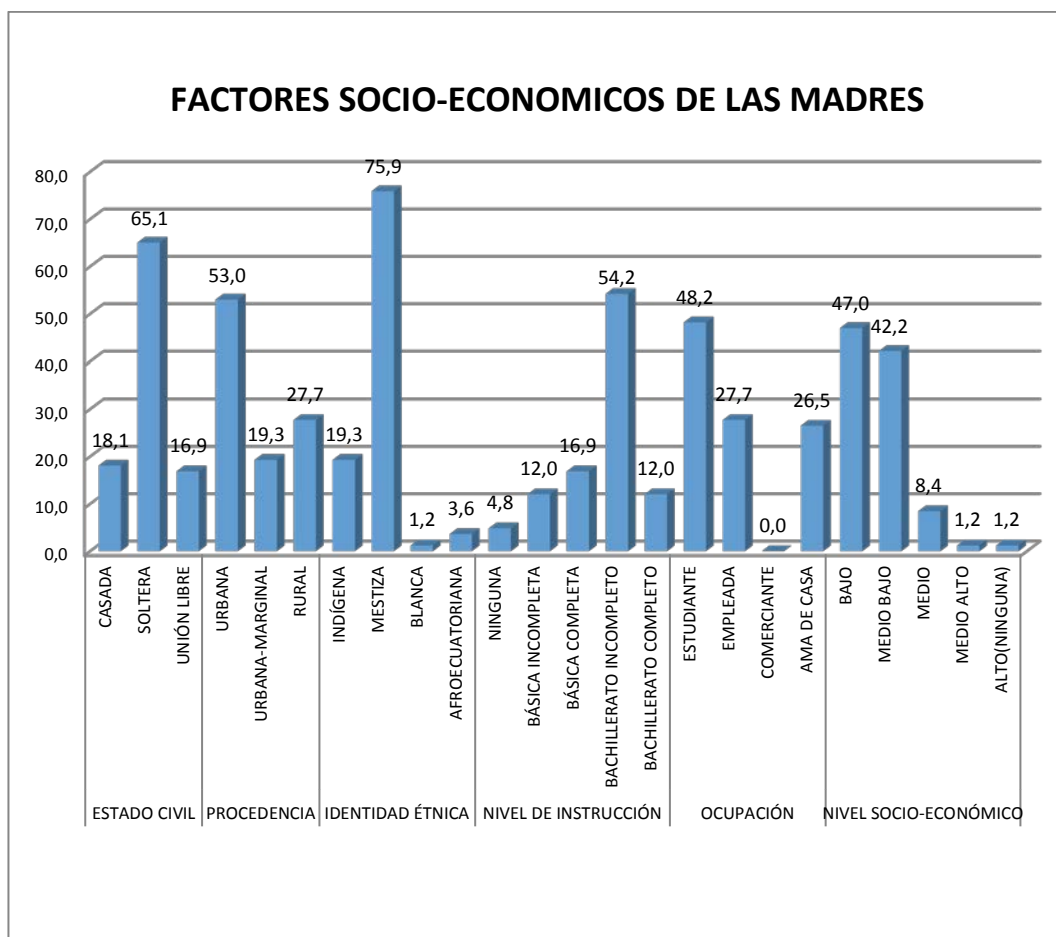
**Interpretación de resultados.-** Podemos concluir que las madres adolescentes que asisten al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, están concentradas en los 16 años, casi en su totalidad son adolescentes menores de edad y que el mayor porcentaje se encuentra entre las edades de 17 y 18 años. Se puede rescatar como dato favorable la ausencia de madres menores de 12 años.

**CUADRO N. 4:** Factores socioeconómicos de las Madres Adolescentes

GRUPOS ETAREOS			ESTADO CIVIL			PROCEDENCIA			IDENTIDAD ÉTNICA				NIVEL DE INSTRUCCIÓN					OCUPACIÓN				NIVEL SOCIOECONÓMICO												
	f	%	CASADA	SOLTERA	UNIÓN LIBRE	%	URBANA	URBANA-MARGINAL	RURAL	%	INDÍGENA	MESTIZA	BLANCA	AFROECUATORIANA	%	NINGUNA	BÁSICA INCOMPLETA	BÁSICA COMPLETA	BACHILLERATO INCOMPLETO	BACHILLERATO COMPLETO	%	ESTUDIANTE	EMPLEADA	COMERCIANTE	AMA DE CASA	%	BAJO	MEDIO BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	ALTO(NINGUNA)			
>12																																		
13-14	8		1	6	1		4		4		4	4				1	2	1	4			3	2		3		3	3	2					
15-16	30		4	23	3		13	7	10		7	21	1	1		1	4	4	21			20	6				13	15	1	1				
17-18	36		6	22	8		22	7	7		4	30		2		2	4	7	18	5		15	14		7		17	14	5					
<18	9		4	3	2		5	2	2		1	8						2	2	5		1	1		7		4	4				1		
TOTAL	83		15	54	14		44	16	23		16	63	1	3		4	10	14	45	10		40	23	0	22		39	35	7	1	1			
		100	18,1	65,06	16,9	100	53	19,3	27,7	100	19,3	75,9	1,2	3,6	100	4,8	12,2	16,9	54,22	100	100	48,2	27,7	0	26,5	100	47	42	8,4	1,2	1,2			

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 6:** Factores socioeconómicos de las Madres Adolescentes

**Fuente:** cuadro N. 4

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** En cuanto al estado civil de nuestra población investigada, observamos que el 65% de las madres adolescentes son solteras, frente a un 18% de madres adolescentes casadas y otro 17% de madres que viven en unión libre, la gran mayoría de madres no han formalizado su parte civil.

Con respecto a la procedencia tenemos que el 53% provienen del sector urbano, seguido de un 37,7 % del sector rural, en menor porcentaje del sector urbano marginal (19%), se debe resaltar que la mayoría de madres adolescentes que acudieron con sus niños/as al Hospital, provienen del sector urbano y urbano marginal, sin descartar que un importante porcentaje de madres son del sector rural.

En relación al grado de instrucción, miramos que el mayor porcentaje de la población investigada está ubicada en el nivel de bachillerato incompleto (54,2%), le sigue el 16,9% de madres que han concluido la educación básica. Un 4,8 % de madres adolescentes son analfabetas.

Dentro de la ocupación, observamos que del 100% de nuestra población el (48%) son estudiantes, un 27,7 % son empleadas (domésticas y empleadas de tiendas, almacenes), con niveles de ingresos mínimos; el 26,5% son amas de casa dedicadas al cuidado de su hijo/a.

Finalmente, de acuerdo al nivel socio económico, cerca de la mitad de la población investigada (47%), proviene del estrato social considerado bajo, seguido de 42% proveniente del estrato medio bajo y un 8,4% del estrato medio, si sumamos las tres cifras indicadas, tenemos que más del 95% vienen de hogares pobres de bajos ingresos económicos.

**Interpretación de resultados.-** El embarazo en la adolescente es una situación muy especial, pues se tratan de madres que por su configuración anatómica y psicológica aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madre. Esto trae como consecuencia el aumento poblacional, y la posibilidad de que esta madre tenga una familia numerosa lo cual repercutirá en el desarrollo futuro de sus hijos. En el estudio realizado encontramos más del 90% son menores de edad, esto tendería a perpetuar la situación negativa de las adolescentes y su familia, la condición en la que llega el niño es negativa y su desarrollo se verá afectado, la OMS considera como uno de los factores sociales que acentúan la pobreza.

Con relación al nivel de instrucción, la cifra coincide con la edad cronológica en la cual se embarazan y se ven obligadas a abandonar sus estudios para cuidar a sus bebés.

En el campo social, el lugar de residencia declara características “próximos” al individuo, data la existencia de servicios de prevención y atención en salud,

acceso a la educación, factores que posteriormente determinan grados de “vulnerabilidad” a una fecundidad precoz y a un deterioro de la calidad de vida y la proyección del nuevo ser, en nuestro estudio, este dato contrasta con la información obtenida, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de procedencia urbana en donde contarían con servicios básicos, escuelas y especialmente centros de atención a la salud, factores que ayudarían un mejor término del embarazo.

En cuanto a la identificación étnica, los resultados coinciden con la tendencia nacional, el mayor porcentaje de madres adolescentes que se atienden en el hospital se consideran mestizas, seguidos de indígenas.

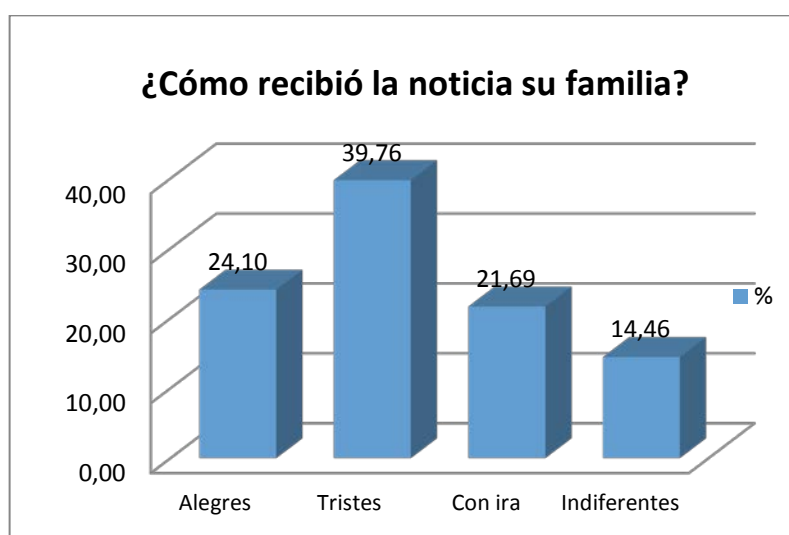
Con respecto a la ocupación, nuestras madres adolescentes, trabajan como empleadas domésticas y empleadas de pequeños negocios, son estudiantes y amas de casa, todas ellas con ingresos económicos mínimo, factor fundamental que impediría satisfacer sus necesidades como: asistir a las consultas médicas, alimentación, cuidados y atenciones personales, convirtiéndose en otro factor que incidiría en el desarrollo del niño.

**CUADRO N. 5:** ¿Cómo recibió la noticia del embarazo su familia?

		<b>F</b>	<b>FR</b>
a	Alegres	20	24.10
b	Tristes	33	39.76
c	Con ira	18	21.69
d	Indiferentes	12	14.46

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 7:** ¿Cómo recibió la noticia del embarazo su familia?

**Fuente:** cuadro N. 5

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** Al recibir la noticia los familiares de la Madre Adolescente en un 39,7% se sintieron tristes frente al 24,1 % que lo tomaron con alegría, el 21,69% tuvo ira al recibir la noticia y el 14,4% sintió indiferencia.

**Interpretación de resultados.-** El proceso de embarazo de la adolescente genera conflictos sociales, familiares y económicos, provocando en la familia una reacción negativa de tristeza, creando en la adolescente sentimientos de soledad y baja autoestima. Sin embargo se da un proceso de aceptación del recién nacido dentro del sistema familiar.

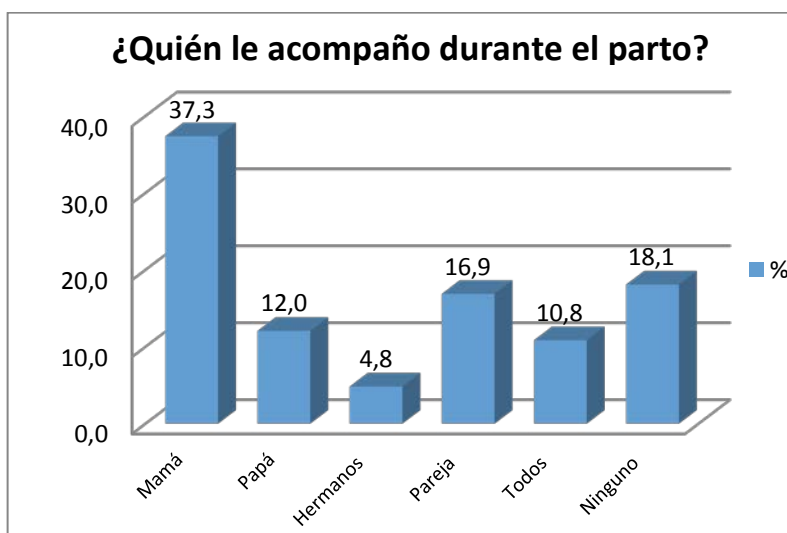


**CUADRO N. 6:** ¿Quién le acompaña durante el parto?

		<b>F</b>	<b>FR</b>
a	Mamá	31	37.3
b	Papá	10	12.0
c	Hermanos	4	4.8
d	Pareja	14	16.9
e	Todos	9	10.8
f	Ninguno	15	18.1

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 8:** ¿Quién le acompaña durante el parto?

**Fuente:** cuadro N. 6

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** se observa que el 37,3% son madres que acompañan a la adolescente durante el parto, mientras que 16,9% estuvo presente la pareja y el 27,6% corresponde a familiares como papa, hermanos y otros.

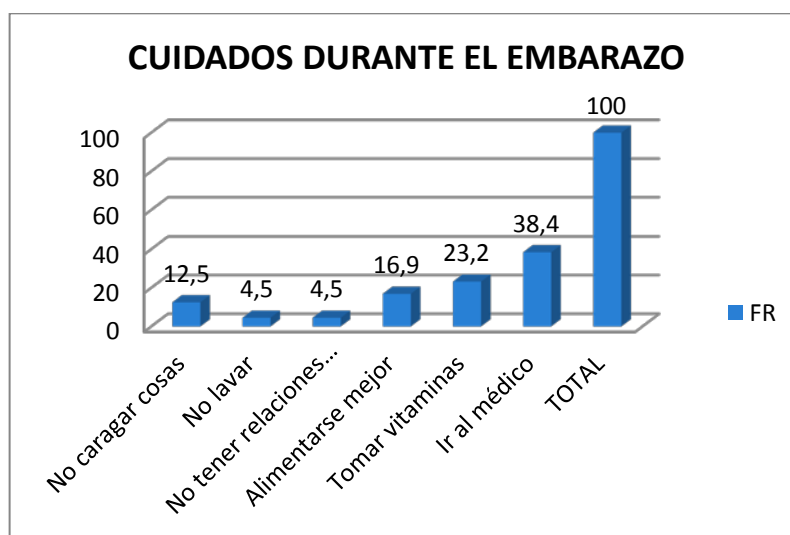
**Interpretación de resultados.-** El parto como proceso fisiológico con que la mujer finaliza su gestación a término es un suceso que provoca riesgos para la madre y el recién nacido. Siendo importante la presencia de un familiar que en este caso es la madre quien asume esta responsabilidad seguido de la pareja y otros familiares.

**CUADRO N. 7:** ¿Cuáles son los cuidados durante el embarazo?

	F	FR
No cargar cosas	14	12,5
No lavar	5	4,5
No tener relaciones sexuales	5	4,5
Alimentarse mejor	19	16,9
Tomar vitaminas	26	23,2
Ir al médico	43	38,4
TOTAL	112	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 9:** ¿Cuáles son los cuidados durante el embarazo?

**Fuente:** cuadro N. 7

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-Las madres adolescentes respondieron que entre los principales cuidados que tuvieron durante el embarazo fueron: ir al médico con un 38,4 %, seguido de un 23, 2% de tomar vitaminas y en tercer lugar no cargar cosas con un 12,5 %, el no tener relaciones sexuales y no lavar lo consideraban de poca importancia.

**Interpretación de resultados.**-El control prenatal se considera como el mejor instrumento para evitar y controlar la morbilidad, fundamentándose en la detección y prevención oportuna de los problemas de salud.

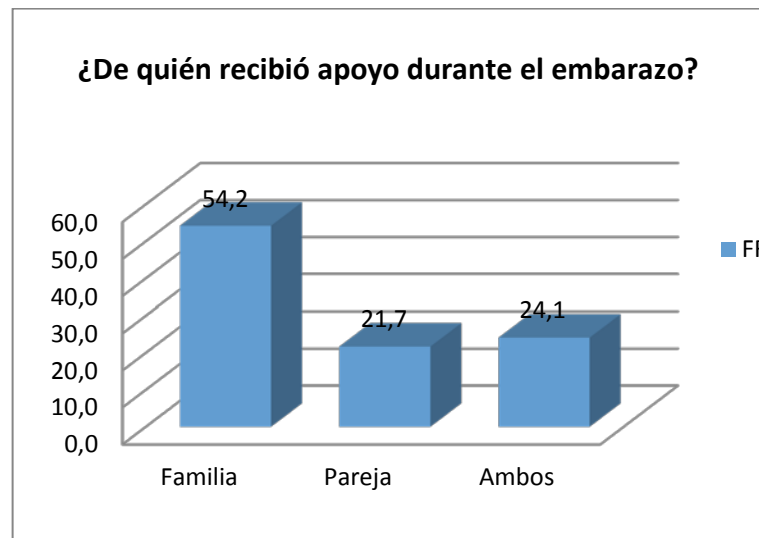
En Estados Unidos, solo por citar un ejemplo, casi todos los embarazos (92-95%) terminan con bebés a término, saludables y bien desarrollados, sin embargo solo en ese país nacen cada año 150.000 o más niños con defectos congénitos, que van desde graves anomalías con problemas físicos o mentales, con los datos obtenidos en el estudio, la información obtenida en este procedimiento permitirá progresar inmensamente en el diagnóstico de la salud fetal, también actuar con una intervención quirúrgica y corregir algunas anomalías que pudieran presentarse antes del nacimiento, si nuestras madres adolescentes no consideran como importante, el desarrollo del feto podría verse seriamente afectado.

**CUADRO N. 8:** ¿De quién recibió apoyo durante el embarazo?

<b>Indicador</b>	<b>F</b>	<b>FR</b>
Familia	45	54.2
Pareja	18	21.7
Ambos	20	24.1

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 10:** ¿De quién recibió apoyo durante el embarazo?

**Fuente:** cuadro N. 8

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** En la gráfica se demuestra que el 54,2% de las adolescentes estuvieron acompañadas por sus familiares; el 21,7% por la pareja y el 24,1% estuvieron presentes ambos.

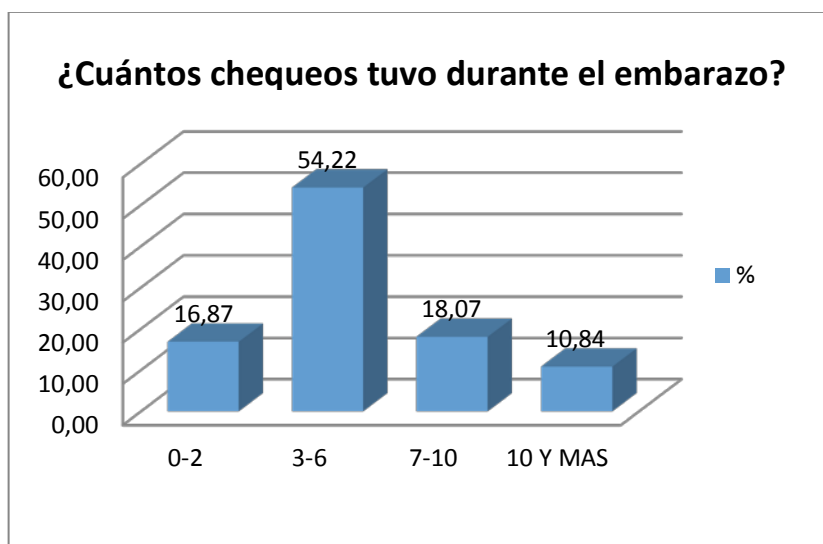
**Interpretación de resultados.-** En el periodo de embarazo la mayoría de las adolescentes tuvieron apoyo de la familia lo que constituye un soporte emocional y económico, mas no de la pareja que al conocer de la situación les abandono porque las relaciones no eran estables.

**CUADRO N. 9:** ¿Cuántos chequeos médicos tuvo durante el embarazo?

	<b>Indicador</b>	<b>F</b>	<b>FR</b>
a	0-2	14	16.87
b	3-6	45	54.22
c	7-10	15	18.07
d	10 Y MAS	9	10.84

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 11:** ¿Cuántos chequeos médicos tuvo durante el embarazo?

**Fuente:** cuadro N. 9

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** De los datos obtenidos existe el 54.22% que asegura haber asistido a chequeos médicos, mientras que el 16,87% apenas asistió dos veces durante el embarazo; el 28.9% asistieron más de 7 veces al médico.

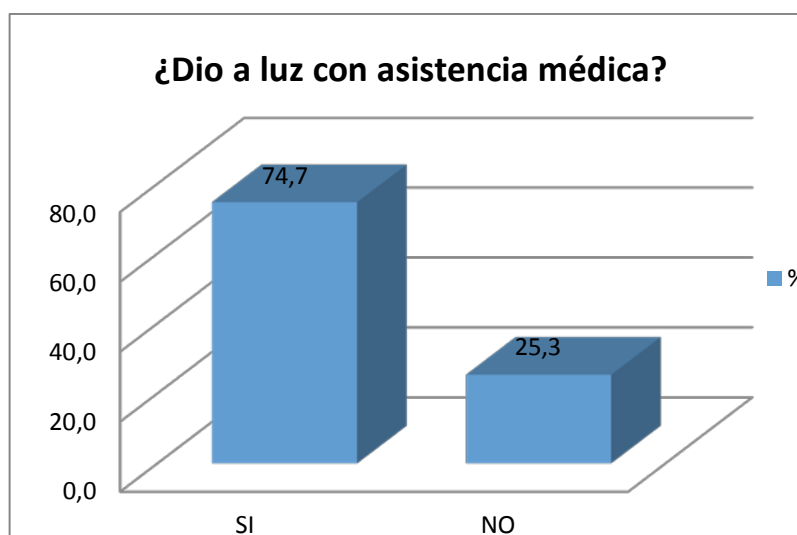
**Interpretación de resultados.-** Las adolescentes embarazadas acudieron a controles médicos que le permitieron cuidar su salud y la del bebe para evitar riesgos. Además un grupo de adolescentes que no asistieron a ningún control lo que pone en riesgo la estabilidad del binomio.

**CUADRO N. 10:** ¿Dio a luz con asistencia médica?

Indicador	F	%
SI	62	74.7
NO	21	25.3

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 12:** ¿dio a luz con asistencia médica?

**Fuente:** cuadro N. 10

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** el 74% de las Madres Adolescentes encuestadas dieron a luz con asistencia médica y el 25.3% dio a luz en la casa sin asistencia.

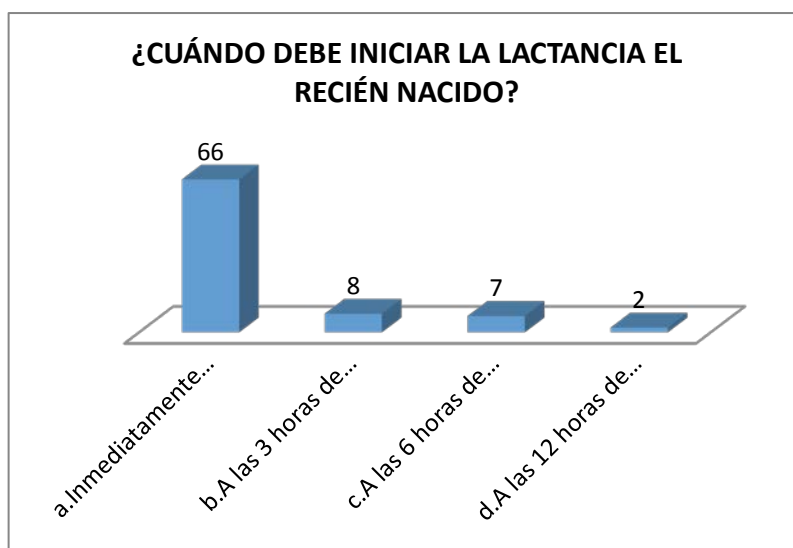
**Interpretación de resultados.-** El parto es un proceso donde se genera riesgo para el binomio madre e hijo, siendo muy importante la asistencia de un profesional de la salud, la mayoría de adolescentes contaron con la asistencia otro grupo lo hicieron en el domicilio con ayuda de un familiar o partera siendo un factor de riesgo en el cuidado de transición del bebe.

**CUADRO N. 11** ¿Cuándo debe iniciar la lactancia el recién nacido?

		F	%
a	<b>Inmediatamente</b>	<b>66</b>	<b>79,51</b>
b	A las 3 horas de vida	8	9,63
c	a las 6 horas de vida	7	8,43
d	A las 12 horas de vida	2	2,40
	<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 13:** ¿Cuándo debe iniciar la lactancia el recién nacido?

**Fuente:** cuadro N. 11

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** En el gráfico podemos observar que solo el 66% de la población investigada, ha acertado con la respuesta correcta, mientras un 44% contestó por las otras opciones.

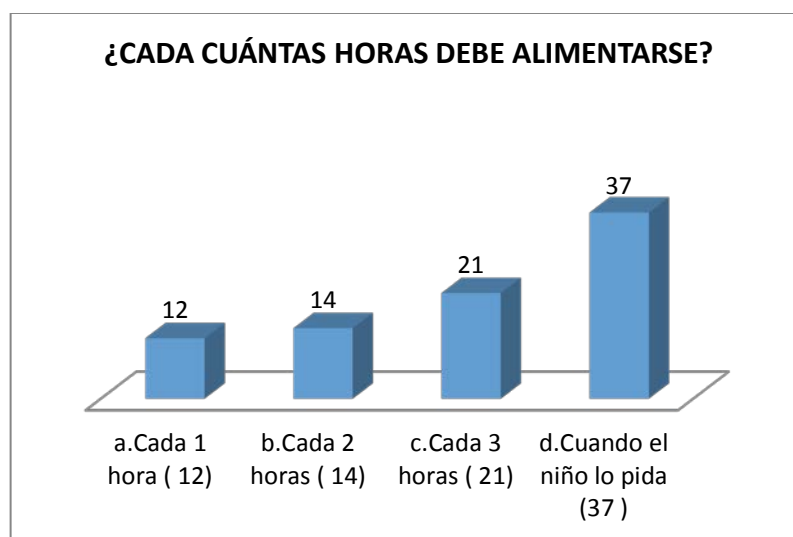
**Interpretación de resultados.-** La leche humana es el alimento ideal para el recién nacido a término y estimula los lazos afectivos madre e hijo. Además proporciona nutrientes que lo protegen de infecciones, estimula la maduración del intestino. Si las madres desconocen esta condición, no darán la importancia requerida y sus niños quedarían desprotegidos.

**CUADRO N. 12:**¿Cada cuántas horas debe alimentarse?

		F	%
a	Cada una hora	12	14,45
b	Cada 2 horas	14	16,86
c	Cada 3 horas	21	25,30
<b>d</b>	<b>Cuando el niño lo pida</b>	<b>37</b>	<b>44,57</b>
	TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 14:** ¿Cada cuantas horas debe alimentarse?

**Fuente:** cuadro N. 12

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-En los resultados podemos ver que el 44,6 % de las encuestadas contestan con la respuesta correcta mientras la mayoría 63,4% dan respuestas equivocadas.

**Interpretación de resultados.**-Durante los dos primeros meses los niños no tienen un horario de alimentación definido. Inicialmente se debe poner el seno siempre que pidan y poco a poco se establece el horario. Para el niño el momento de la alimentación es de profunda alegría, puede sentir y tocar a su madre. Las madres respondieron equivocadamente, siendo una condición desfavorable para el desarrollo del bebe.

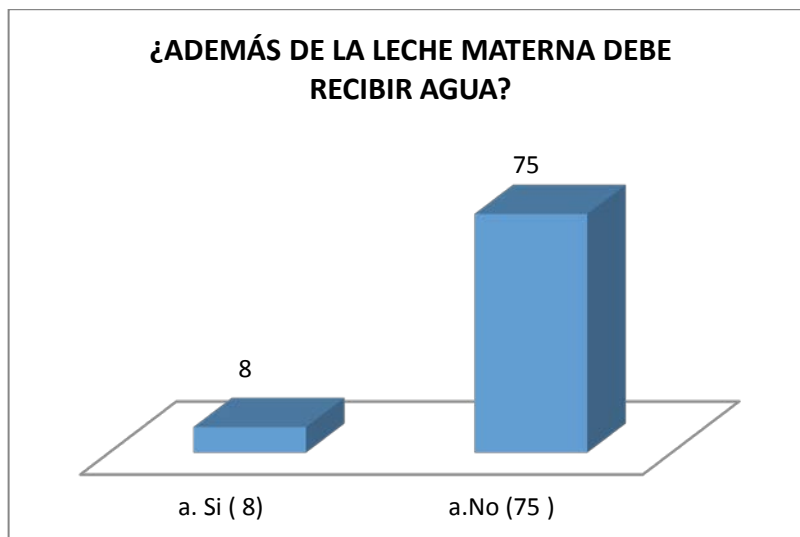


**CUADRO N. 13** ¿Además de la leche materna debe recibir agua?

	F	%
SI	8	9,64
<b>NO</b>	<b>75</b>	<b>90,36</b>
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 15:** ¿Además de la leche materna debe recibir agua?

**Fuente:** cuadro N. 13

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** Con respecto a la alimentación, los resultados indican que el 90,36% de madres acertaron con la respuesta pues consideraron que no debe recibir agua, sin embargo un 9,63 % lo consideró factible.

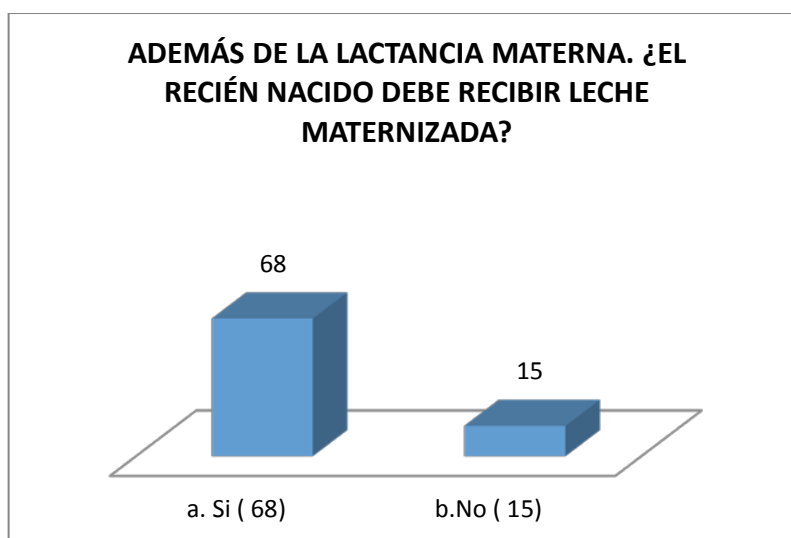
**Interpretación de resultados.-** Según la (OMS) en un informe sobre el recién nacido, los adultos que fueron amamantados de niños obtuvieron 2 a 5 puntos más en los indicadores de desarrollo cognitivo, de igual forma la mayoría de logros educativos también están asociados a la lactancia materna, en nuestro estudio, podemos concluir que las madres tienen conocimiento en este aspecto sin embargo, se puede afirmar que existen madres que por su condición física, económica, complementan su alimentación con algún tipo de agua aromática hasta como para paliar algún dolor, se sabe de la cultura popular del agua de manzanilla para el dolor de barriga.

**CUADRO N. 14:** ¿El recién nacido debe recibir leche maternizada?

	F	%
SI	68	81,92
NO	15	18,07
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 16:** ¿El recién nacido debe recibir leche maternizada?

**Fuente:** Cuadro N. 14

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** En esta pregunta, la inclinación de las madres fue por responder en mayor número a favor de recibir otro tipo de leche a más de la leche materna, tan solo el 15% están seguras que él bebe debe recibir leche materna.

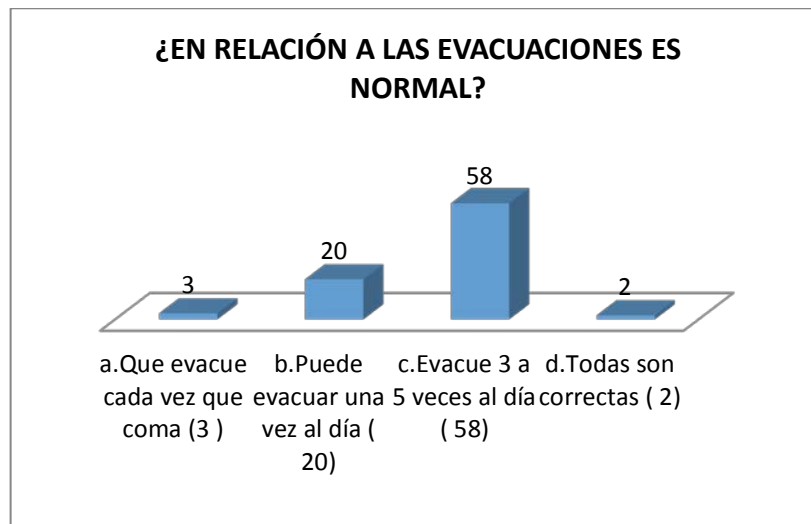
**Interpretación de resultados.-** La leche humana es el alimento ideal para el recién nacido a término y estimula los lazos psicológicos y afectivos entre madre e hijo. Además de proporcionar los requerimientos nutritivos en forma perfecta, aporta elementos que protegen contra infecciones, estimula la maduración del intestino y evita el riesgo a proteínas extrañas, si nuestra madres encuestadas respondieron en su mayoría por complementar la alimentación con otro tipo de leche significa que no dan prioridad a la leche materna, este evento conllevaría a tener alguna repercusión del niño en el desarrollo normal.

**CUADRO N. 15:** ¿En relación a las evacuaciones es normal?

		F	%
a	Que evacue cada vez que coma	3	3,60
b	Puede evacuar una vez al día	20	24,09
c	Evacue 3 a 5 veces al día	58	69,88
<b>d</b>	<b>Todas son correctas</b>	<b>2</b>	<b>2,41</b>
	TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 17:** ¿en relación a las evacuaciones es normal?

**Fuente:** cuadro N. 15

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-En la pregunta referida al número de evacuaciones, tenemos que solo el 2,4% de las madres adolescentes, responden correctamente, y el 98% responden equivocadamente afirmando en tres, una o entre 5 y 3 veces.

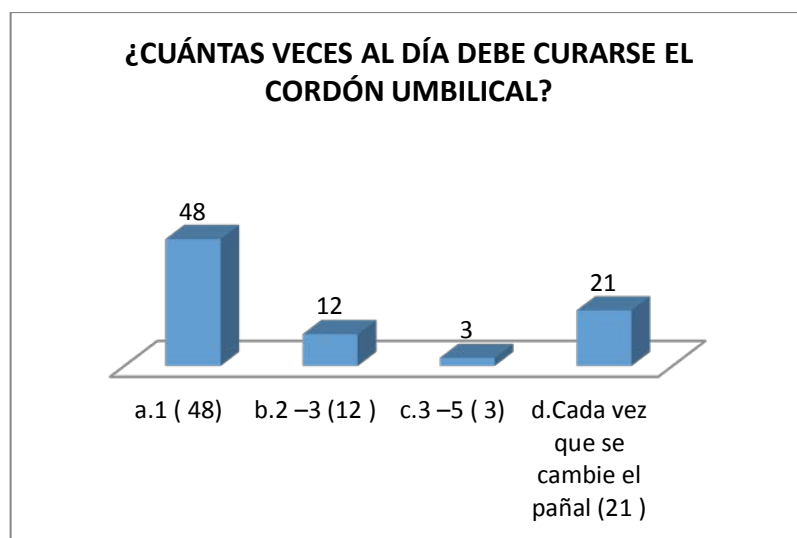
**Interpretación de resultados.**-Es conocido para los especialistas y madres capacitadas la necesidad de revisar al niño frecuentemente y sobre todo después de alimentarlo y cuando esté llorando, la limpieza de los genitales debe ser cuidadosa y con agua estéril, luego secar bien y colocar un pañal limpio. Hay madres que se equivocaron respecto a la limpieza del bebe luego de evacuar.

**CUADRO N. 16:** ¿Cuántas veces al día debe curarse el cordón umbilical?

		F	%
A	1	48	57,83
B	02	11	13,25
C	03	3	3,61
D	<b>Cada vez que se cambie el pañal</b>	<b>21</b>	<b>25,30</b>
	TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 18:** ¿Cuántas veces al día debe curarse el cordón umbilical?

**Fuente:** cuadro N. 16

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-En esta pregunta solo el 25,30% responde acertadamente, frente a un 74,70 que se equivoca, marcando sus respuestas en cifras de 1, 2 o más.

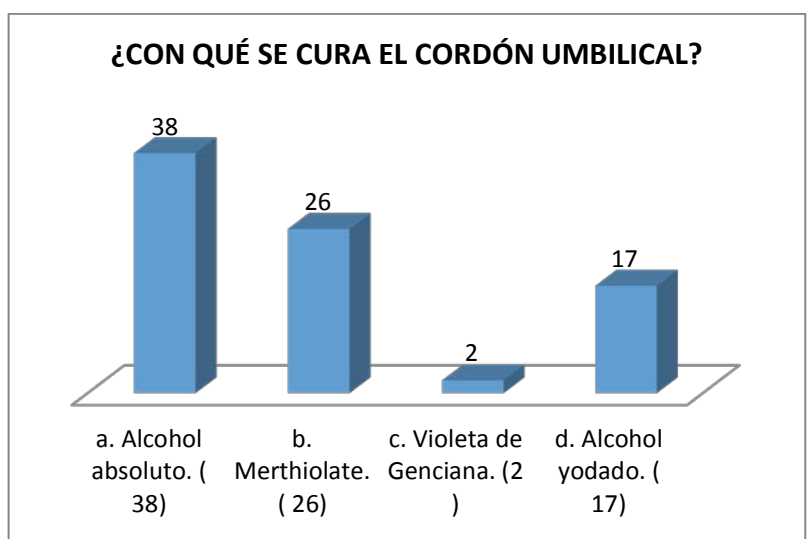
**Interpretación de resultados.**-El cordón umbilical debe curarse diariamente, por el alto peligro de infección que este aspecto conlleva, nuestras madres más de las tres cuartas partes se equivocaron, lo que permite concluir que el cuidado del cordón umbilical ha sido descuidado y dando posibilidades de algún tipo de infecciones y por tanto algún retraso en su normal desarrollo.

**CUADRO N. 17: ¿Con qué se cura el cordón umbilical?**

		F	%
a	<b>Alcohol absoluto</b>	<b>38</b>	<b>45,78</b>
b	Mertiolate	26	31,32
c	Violeta de Genciana	2	2,40
d	Alcohol yodado	17	20,48
	<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 19: ¿Con que se cura el cordón umbilical?**

**Fuente:** cuadro N. 17

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-El45,78% de madres adolescentes responden acertadamente en cuanto a la sustancia aplicada para curar el cordón umbilical frente a la mayoría que se equivoca.

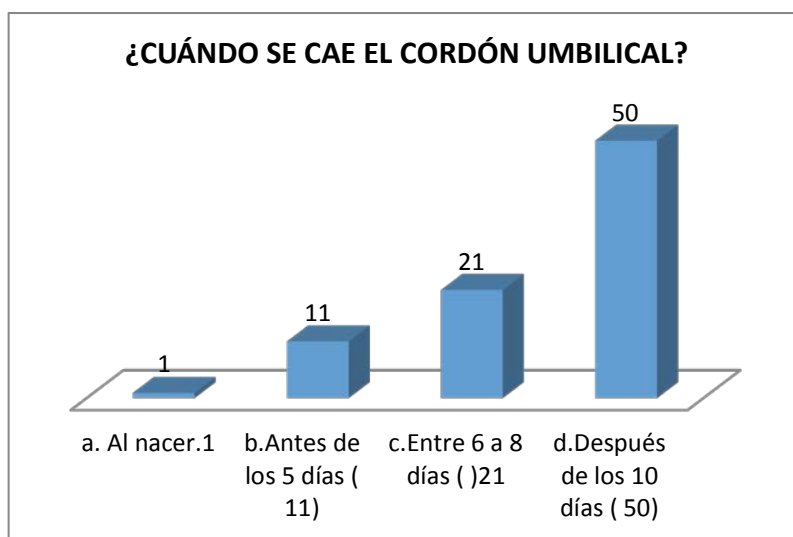
**Interpretación de resultados.**-Al cordón umbilical hay que ponerle diariamente hasta que caiga o sane la herida alcohol yodado o vitamina en solución. No es conveniente usar merthiolate porque no es muy bueno para controlar una infección, además por su color rojo impide ver si hay enrojecimiento en la piel circundante que es señal de infección que debe ser tratado urgentemente, hay un alto porcentaje de madres que respondieron con merthiolate y violeta, lo que significa que dieron una atención equivocada a este aspecto.

**CUADRO N. 18:** ¿Cuándo se cae el cordón umbilical?

		F	%
a	Al nacer	1	1,20
b	antes de los 5 días	11	13,25
<b>c</b>	<b>entre 6 y 8 días</b>	<b>21</b>	<b>25,30</b>
d	Después de los 10 días	50	60,24
	TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 20:** ¿Cuándo se cae el cordón umbilical?

**Fuente:** cuadro N. 18

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-En la pregunta presentada complementaria a la anterior, el 74% de madres responden equivocadamente, frente a un 25,63% que acierta en su respuesta.

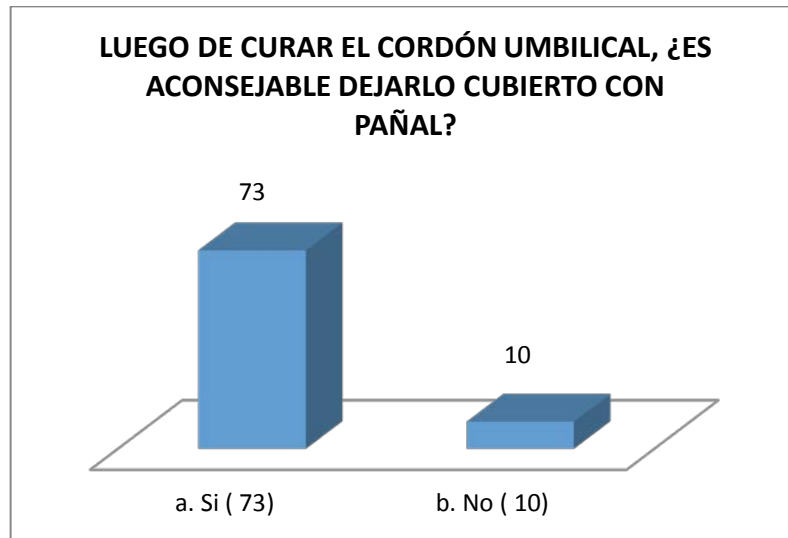
**Interpretación de resultados.**- Si consideramos que el ombligo tarda aproximadamente ocho días como promedio en caerse, la prolongación de su caída puede facilitar la infección por algunos microbios que viven y multiplican mejor en medios oxigenados. En conclusión diremos que las madres desconocían este dato y por tanto convertirse en un factor que conlleve riesgo de salud.

**CUADRO N. 19:** ¿Se puede dejar cubierto con pañal el cordón umbilical?

	F	%
SI	73	87,95
NO	<b>10</b>	<b>12,04</b>
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 21:** ¿Se aconseja dejar cubierto con pañal el cordón umbilical?

**Fuente:** cuadro N. 19

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos-** Ante esta pregunta que complementa el cuidado con el cordón umbilical el 87,95% de madres responden equivocadamente o considera que se le debe proteger con el pañal, solo un 12,045% que considera adecuado dejarlo descubierto.

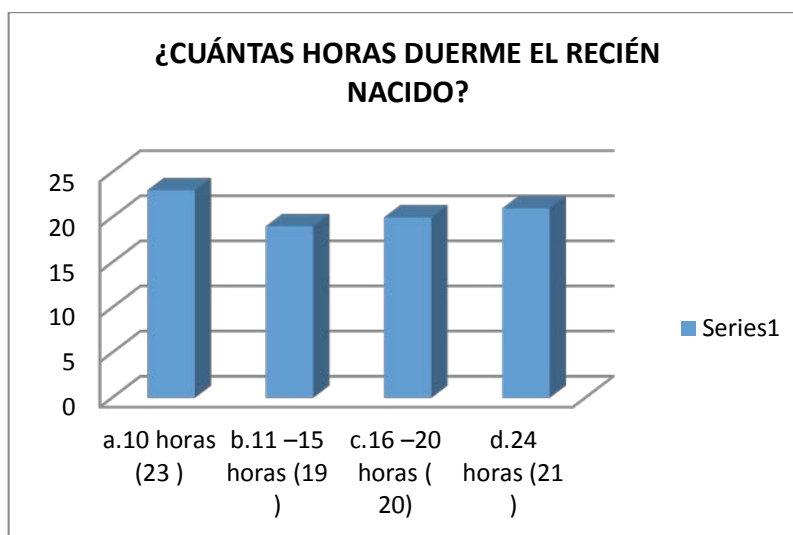
**Interpretación de resultados.-** Las consecuencias de cubrir el cordón umbilical son peligrosas, si sabemos que la falta de oxígeno y el material del tejido ayuda a la proliferación de bacterias, el estado normal de la herida se puede tornar peligrosa y conllevar a una situación de riesgo, si la madre desconoce, como se ve en la mayoría de encuestadas, la respuesta es a favor de este hecho, el cubrir la herida podría acarrear consecuencias serias en perjuicio de la salud y el normal desarrollo del bebé.

**CUADRO N. 20:** ¿Cuántas horas duerme el recién nacido?

		F	%
a	10 horas	23	27,71
b	11-15 horas	19	22,89
c	<b>16-20 horas</b>	<b>20</b>	<b>24,09</b>
d	24 horas	21	25,30
	TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 22:** ¿Cuántas horas duerme el recién nacido?

**Fuente:** cuadro N. 20

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-Como observamos en el gráfico, las madres responden equivocadamente respecto al tiempo que debe dormir normalmente el recién nacido, porque tan solo el 24,09 % responde correctamente y el 76 %.

**Interpretación de resultados.**-Normalmente el recién nacido duerme de 16 a 20 horas al día, menos de lo referido, puede llevar al recién nacido a generar estrés, somnolencia y más, en estas circunstancias podemos concluir que nuestras madres no atendieron de forma adecuado este aspecto, nuestras madres adolescentes a pesar de haber atendido a sus niños durante los primeros tres meses aún no tienen claro el tiempo necesario que deben dormir sus hijos.

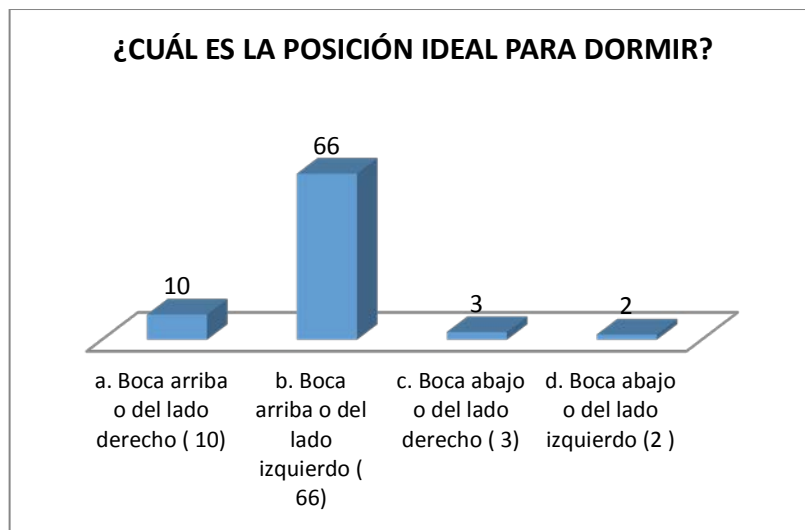


**CUADRO N. 21:** ¿Cuál es la posición ideal para dormir?

		F	%
A	<b>Boca arriba o del lado derecho</b>	<b>10</b>	<b>12,048</b>
B	Boca arriba o del lado izquierdo	66	79,51
C	Boca abajo o del lado derecho	3	3,61
D	Boca abajo o del lado izquierdo	3	3,61
	<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 23:** ¿Cuál es la posición ideal para dormir?

**Fuente:** cuadro N. 21

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-**En cuánto a este tema, vemos la mayoría (88%) cifra muy significativa respondió equivocadamente, frente a tan solo el 12% que conoce la posición correcta que debe dormir un bebé.

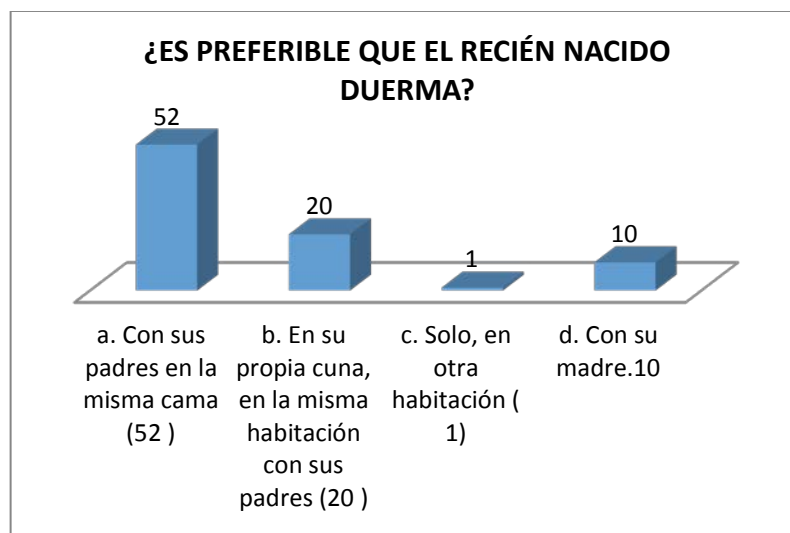
**Interpretación de resultados.-** La posición más segura para que él bebe duerma es boca arriba, porque los músculos del cuello aún no tienen fuerza, el niño que se acueste boca abajo pueda asfixiarse. Y los que se coloquen de lado, pueden tener algún riesgo de voltearse, el desconocimiento podría generar riesgos en él bebe.

**CUADRO N. 22:** ¿Es preferible que el recién nacido duerma?

		F	%
a	Con sus padres en la misma cama	52	62,65
b	En su propia cuna , en la misma habitación con sus padres	20	24,1
c	Solo en otra habitación	1	1,2
d	Con su madre	10	12,04
	TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 24:** ¿Es preferible que el recién nacido duerma?

**Fuente:** cuadro N. 22

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** La respuesta correcta solo lo realiza el 24,10%, es decir que casi la totalidad de las madres dan por certeza que el niño debe dormir con sus padres, o con su madre o solo.

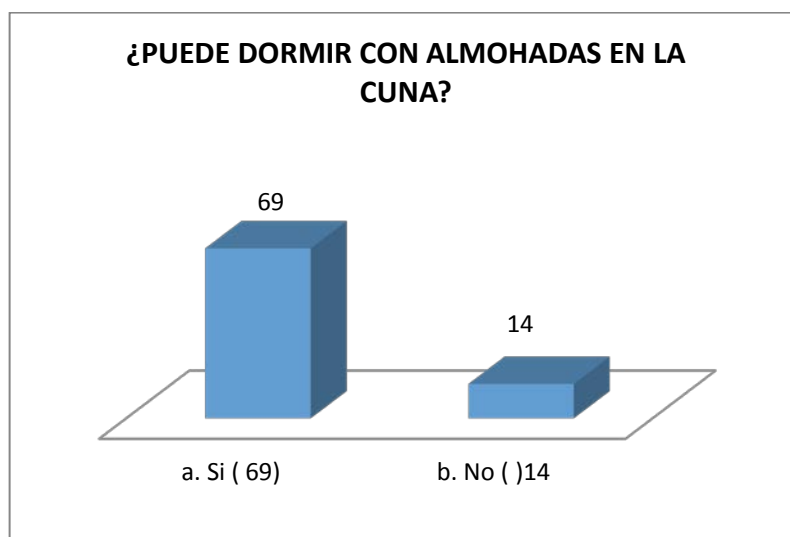
**Interpretación de resultados.-** Los entendidos en este tema consideran que no es recomendable que duerma en la misma cama con sus padres, pero si puede dormir en la misma habitación, para fortalecer el proceso de independencia y por el alto riesgo físico que esto puede ocasionar desde un aplastamiento hasta la muerte, los resultados encontrados indican que nuestras madres adolescentes les hacen dormir junto a ellas, provocando dependencia.

**CUADRO N. 23:** ¿Puede dormir con almohadas en la cuna?

	F	%
SI	69	83,13
NO	14	16,86
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 25:** ¿Puede dormir con almohadas en la cuna?

**Fuente:** cuadro N. 23

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** El 83,13 % de madres responden que los bebés si pueden dormir con almohadas, frente al 16,9 5 que aciertan en la respuesta.

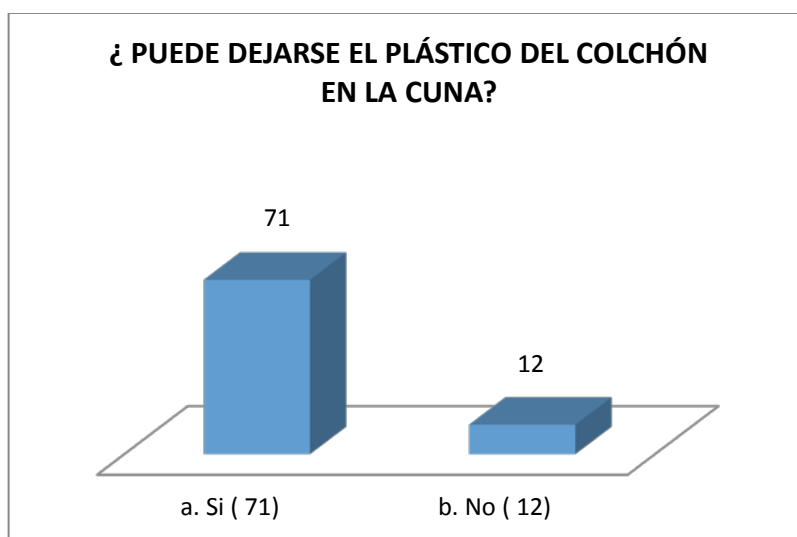
**Interpretación de resultados.-** La almohada constituye un artículo de comodidad especialmente para el adulto, pero de igual forma se convierte en un potencial riesgo de asfixia para el niño, el hecho de que el bebé tiende a moverse puede girar y producir taponamiento de su nariz y asfixia, como también si no se tiene la higiene correspondiente es un acumulador de microbios como ácaros, pulgas, polvo y aumentar el riesgo de enfermedades respiratorias y de la piel, si la madres respondieron positivamente ante la pregunta, se transforma en otro factor que impide el normal desarrollo del bebé.

**CUADRO N. 24:** ¿Puede dejarse el plástico del colchón en la cuna?

	F	%
SI	71	85,54
NO	12	14,45
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 26:** ¿Puede dejarse el plástico del colchón en la cuna?

**Fuente:** cuadro N. 24

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** Concomitante con la respuesta si deben dormir en la cuna o con los padres, el 85,54 % responden equivocadamente, se mantienen en la posición de ponerle un protector al colchón de cuna, y el 14,46 % considera que no y de forma acertada con la respuesta.

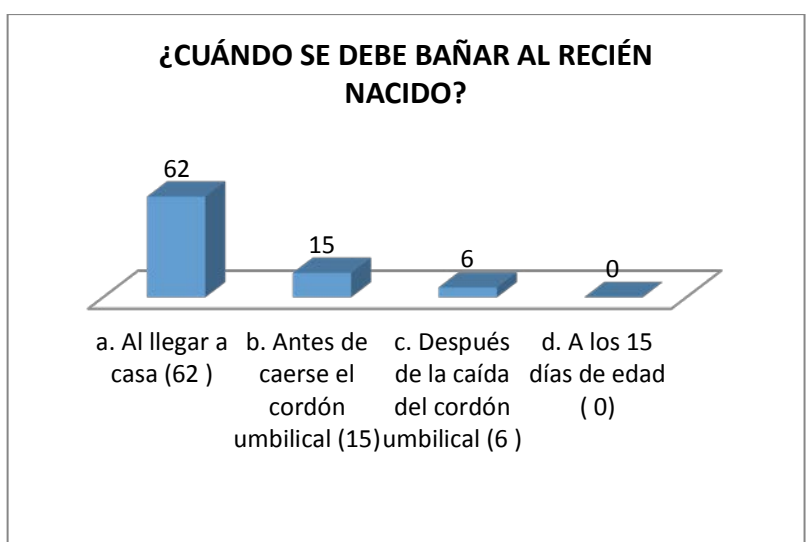
**Interpretación de resultados.-** Es lógico pensar que si la mayoría de madres consideran que dormir con sus hijos es lo adecuado la respuesta se relaciona con esa cultura familiar, por tanto su respuesta responde a esa cultura y por otro lado es una costumbre en nuestras familias proteger el colchón con plástico para evitar se moje, pero de igual forma se convierte en un potencial elemento de accidentes, que podría conllevar a la asfixia y a la muerte en el peor caso.

**CUADRO N. 25:** ¿Cuándo se debe bañar al recién nacido?

		F	%
A	Al llegar a casa	62	74,69
B	Antes de caerse el cordón umbilical	15	18,07
C	<b>Después de la caída del cordón umbilical</b>	<b>6</b>	<b>7,23</b>
D	a los 15 días de edad	0	0
	TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 27:** ¿Cuándo se debe bañar el recién nacido?

**Fuente:** cuadro N.25

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-En esta pregunta, la gran mayoría se equivoca, el 74,69% considera que debe bañarse cuando se llega a casa, cuando la respuesta correcta es cuando se le cae el cordón umbilical que acierta el 7,22% nada más.

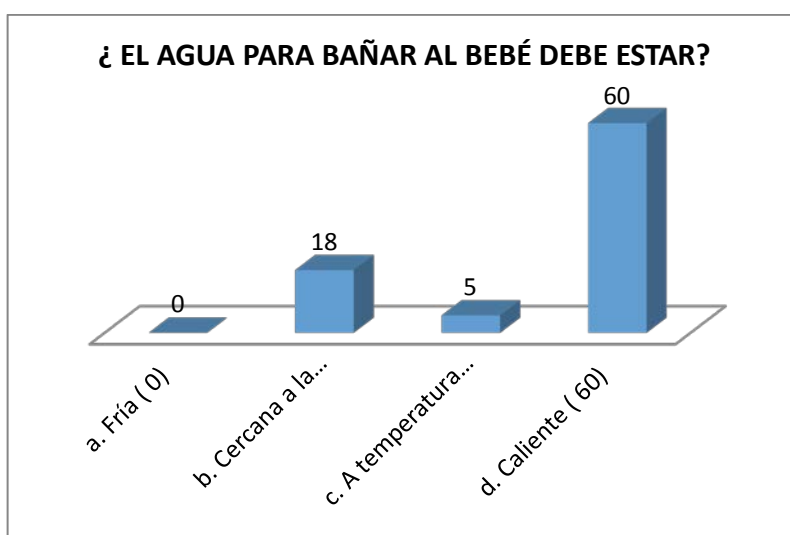
**Interpretación de resultados.**-Sin lugar a dudas las respuestas de nuestras madres, responden a una reproducción cultural y lo acostumbrado por la familia, les bañan al llegar a casa y antes de la caída del cordón, se concluye que poco cuidado se tiene al tema cuestionado.

**CUADRO N. 26:** ¿El agua para bañar al bebé debe estar?

		F	%
a	Fría	0	0
b	<b>Cercana a la temperatura del cuerpo</b>	<b>18</b>	<b>21,68</b>
c	A temperatura ambiente	5	6,02
d	Caliente	60	72,28
	TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 28:** ¿el agua para baño al bebe debe estar?

**Fuente:** cuadro N.26

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-Con respecto al agua para el baño, el 72,29% responde que debe estar caliente, frente a un 21,68% que responde acertadamente cuando la temperatura del agua debe estar cercana a la de su cuerpo, un mínimo porcentaje responde cuando está fría.

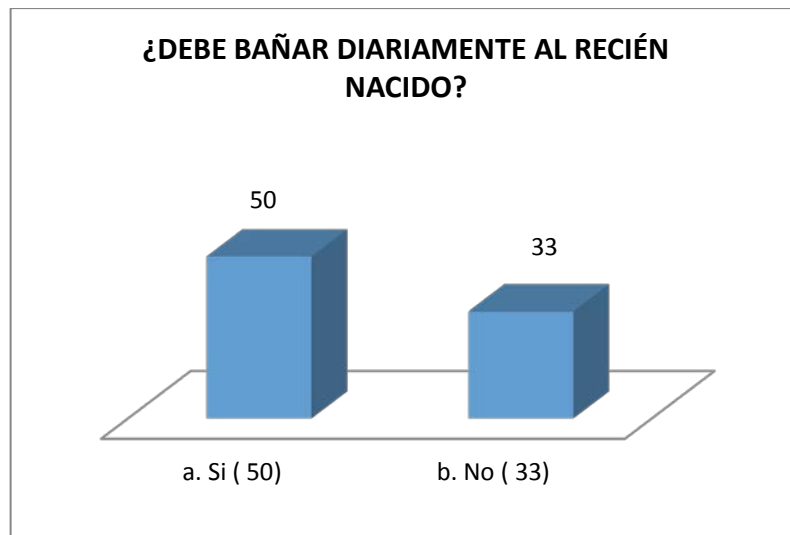
**Interpretación de resultados.**-Con los resultados obtenidos podemos comprobar que existen madres que bañan a sus hijos con agua caliente e incluso con agua fría, esto conlleva a producirse accidentes de quemadura, mucho llanto y hasta afectar la salud si estuviere agripado.

**CUADRO N. 27:** ¿Debe bañar diariamente al recién nacido?

	F	%
<b>SI</b>	<b>50</b>	<b>60,24</b>
NO	33	39,75
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 29:** ¿Debe bañar diariamente al recién nacido?

**Fuente:** cuadro N. 27

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** El 60, 25% de nuestra población investigada responde afirmativamente y de forma acertada frente a un 39,75 % que considera que no.

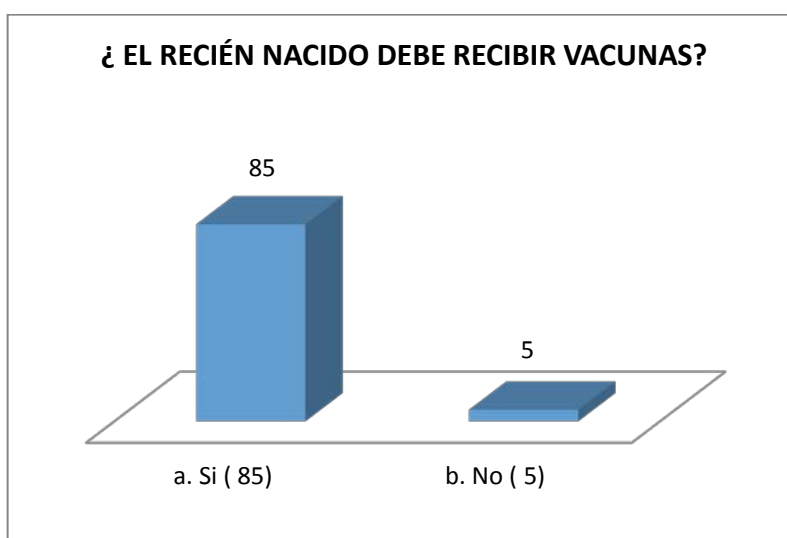
**Interpretación de resultados.-** Los resultados demuestran que el conocimiento está muy relacionado con su costumbre y puede ser con su situación laboral, económica y social. Para estas madres que vienen de los sectores marginales, incluso los servicios básicos debe ser un obstáculo y sus respuestas respondieron a esa realidad más que a lo que debe hacer, no existe el baño diario.

**CUADRO N. 28:** El recién nacido ¿debe recibir vacunas?

	F	%
<b>SI</b>	<b>78</b>	<b>93,97</b>
NO	5	6,02
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 30:** ¿El recién nacido debe recibir vacunas?

**Fuente:** Cuadro N. 28

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** Con respecto a la necesidad de que el recién nacido reciba vacunas, la gran mayoría (93,97%) respondieron acertadamente, frente a un significativo porcentaje (6,02%) que considera que no deben recibir vacunas.

**Interpretación de resultados.-** En este aspecto, hay un conocimiento mayoritario de la necesidad de vacunarles a los niños, aunque en respuestas anteriores desconocían cuales vacunas, esto nos permite pensar que estuvieron pendientes de hacerles vacunar, más aún cuando son las dos vacunas más importantes contra la tuberculosis BCG y la vacuna contra la hepatitis B.

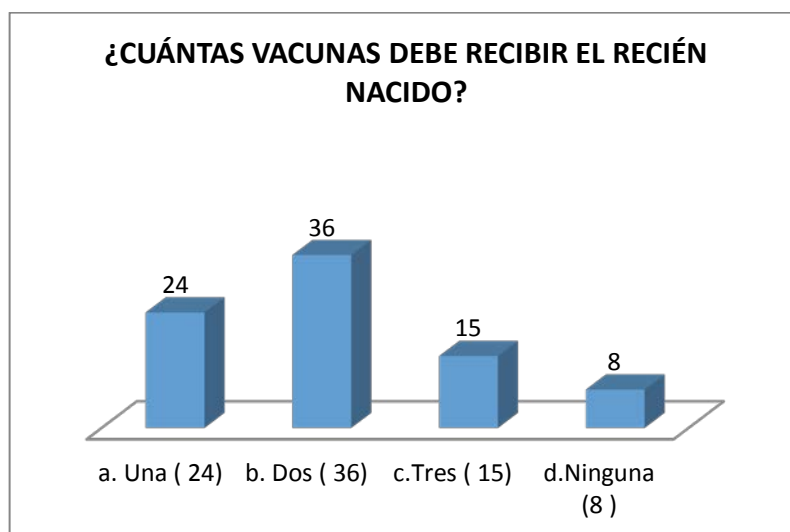


**CUADRO N. 29:** ¿Cuántas vacunas debe recibir el recién nacido?

		F	%
a	Una	24	28,91
b	Dos	36	43,37
c	<b>Tres</b>	<b>15</b>	<b>18,07</b>
d	Ninguna	8	9,63
	TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 31:** ¿Cuántas vacunas debe recibir el recién nacido?

**Fuente:** cuadro N. 29

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-En esta pregunta el mayor porcentaje se ubica en que deben recibir dos vacunas al nacer, seguido de un 28,91 que señala que una vacuna y el 18,07 5 que responde tres como la respuesta correcta.

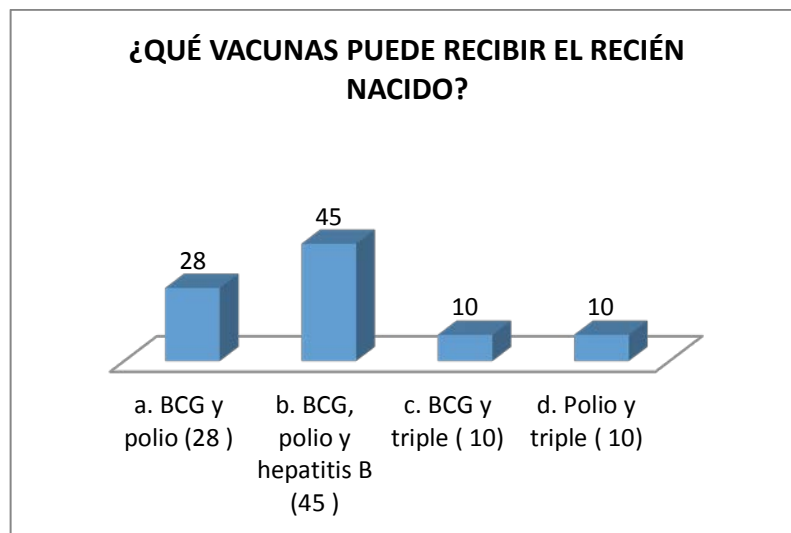
**Interpretación de resultados.**-La vacuna es importante para una buena salud y disminución de riesgos de muerte, todo recién nacido debe recibir la BCG, antipoliomilítica y la 1ª dosis de la vacuna contra la Hepatitis B, antes de su egreso de la maternidad, se observa que desconocen el número de vacunas a suministrarse, podemos concluir que aquellas madres que dieron a luz en casa posiblemente no llevaron a aplicarles vacunas o a destiempo, aumentando el riesgo de contraer enfermedades como tuberculosis, meningitis y poliomielitis.

**CUADRO N. 30:** ¿Qué vacunas puede recibir el recién nacido?

		F	%
A	BCG y polio	45	54,21
<b>B</b>	<b>BCG, polio y hepatitis</b>	<b>28</b>	<b>33,73</b>
C	BCG y triple	10	12,04
D	Polio y triple	10	12,04
	TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 32:** ¿Qué vacunas puede recibir el recién nacido?

**Fuente:** cuadro N. 30

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-** En cuanto a las vacunas que debe recibir el bebé, el 54,21% de madres consideran que son dos vacunas, mientras el 23,73% están acertadas y consideran que son tres vacunas. Esta pregunta tuvo la característica de dar nombres de las vacunas, esto aumentó el grado de dificultad de la respuesta.

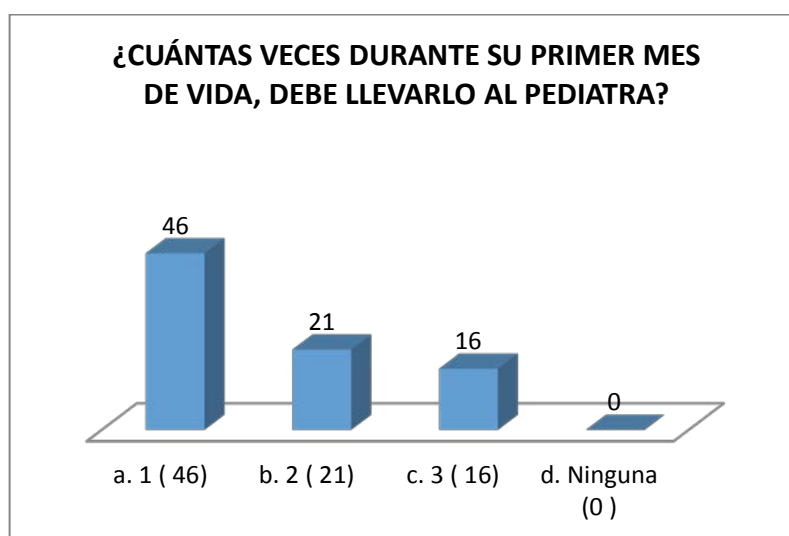
**Interpretación de resultados.-** si analizamos los resultados, la mayoría desconoce que vacunas puede recibir el bebé, conocimiento fundamental para llevar un control adecuado y progresivo de la atención médica, se puede asegurar que si los servicios de salud públicos descuidan este deber, las madres poco o nada se preocuparían por este aspecto.

**CUADRO N. 31:** ¿Cuántas veces debe ir al pediatra él bebe?

		F	%
a	Una	46	55,42
<b>b</b>	<b>Dos</b>	<b>21</b>	<b>25,30</b>
c	Tres	16	19,274
d	Ninguna	0	0
	TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 33:** ¿Cuántas veces debe ir al pediatra en su primer mes?

**Fuente:** cuadro N. 31

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-El 55,42 responde que una sola vez durante el primer mes, frente al 25,305 d madres que conocen que se debe llevar por dos veces al chequeo, también hay respuestas de tres veces

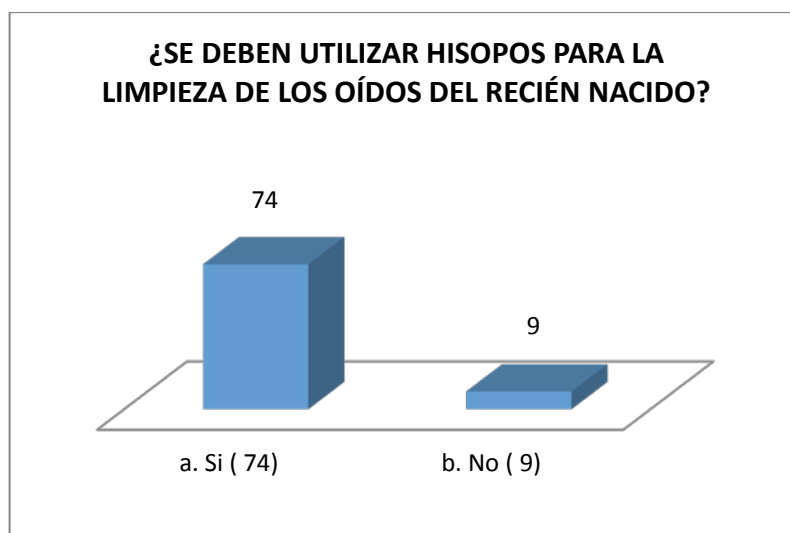
**Interpretación de resultados.**-El recién nacido debe ser controlado por lo menos 2 veces por el pediatra en su primer mes de vida, lo cual está pautado por el M.S.D.S. y la Dirección de Atención a la Madre, Niño y Adolescente. En los datos obtenidos la gran mayoría desconoce este dato, lo que permite afirmar que las madres llevan al médico solo cuando presente algún síntoma de enfermedad.

**CUADRO N. 32:** ¿Se utiliza los hisopos para limpiar los oídos del bebé?

	F	%
SI	74	89,15
<b>NO</b>	<b>9</b>	<b>10,84</b>
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 34:** ¿en la limpieza de los oídos se debe usar hisopos?

**Fuente:** cuadro N. 32

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-el 89,16 % de las respuestas consideraron equivocadamente que si se deben usar hisopos para la limpieza de los oídos, solo el 10% aproximadamente respondió que no y de forma acertada.

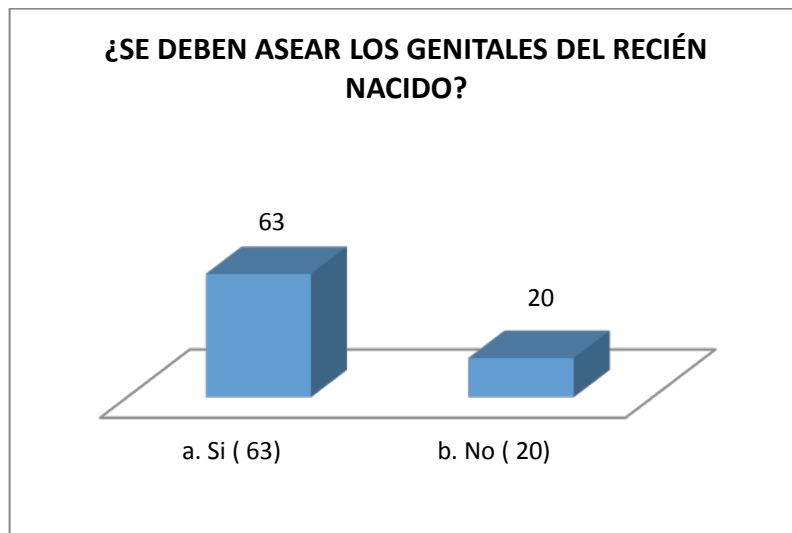
**Interpretación de resultados.**- Los especialistas consideran que usar materiales extraño es peligroso, el cerumen es una defensa en los conductos auditivos, protege la piel y amortiguar los ruidos estridentes, hay madres que exageran en la limpieza del conducto auditivo, al introducir copitos lo único que se consigue es aprisionar el cerumen contra el tímpano y crear tapones que dificultan la audición, durante el baño se deben limpiar los pabellones de las orejas nunca los conductos auditivos, nuestras madres responden que sí al uso cotidiano, lo que conlleva a taponar los oídos de los bebés y a retrasar el desarrollo auditivo del bebé.

**CUADRO N. 33:** ¿Se deben asear los genitales del recién nacido?

	F	%
<b>SI</b>	<b>63</b>	<b>75,90</b>
NO	20	24,09
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 35:** ¿se debe asear los genitales del recién nacido?

**Fuente:** cuadro N. 33

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-Complementando la pregunta de la limpieza, vemos que la mayoría de madres, 73,90 % consideran que si hay que asear los genitales del recién nacido, sin embargo hay un 24,095 que considera que no hay que asear al recién nacido.

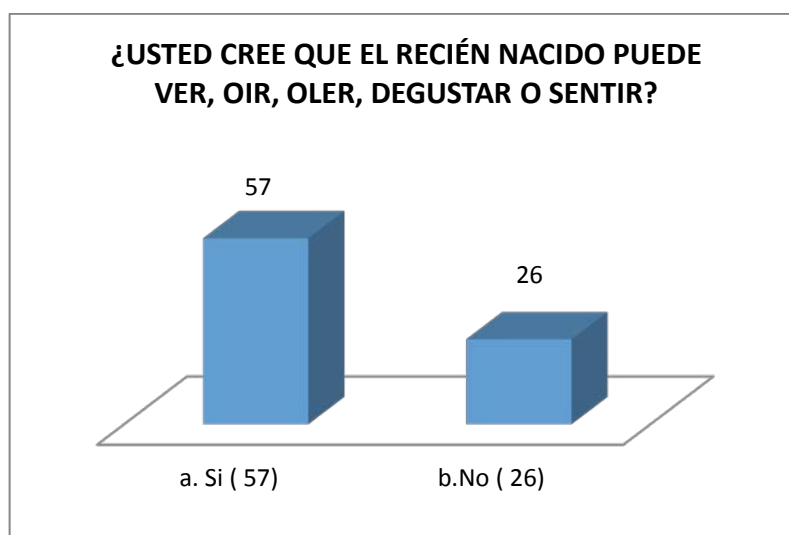
**Interpretación de resultados.**-Los profesionales de la salud recomiendan que debe revisarse al niño frecuentemente y sobre todo después de alimentarlo y cuando esté llorando, la limpieza de los genitales debe ser cuidadosa y con agua estéril, luego secar bien y colocar un pañal limpio. Las madres respondieron positivamente ante la pregunta, pero existen algún porcentaje que descuida este procedimiento, aumentando el riesgo de que se produzcan enfermedades infecciosas y por tanto desaceleren el desarrollo.

**CUADRO N. 34:** ¿El bebe puede ver, oír, oler, degustar o sentir?

	F	%
<b>SI</b>	<b>57</b>	<b>68,67</b>
NO	26	31,32
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 36:** ¿El recién nacido puede oír, ver, oler degustar o sentir?

**Fuente:** cuadro N. 34

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-El 68,68 % de madres respondieron de forma acertada reconociendo que el recién nacido, ve, oye, huele gusta y siente, frente a un 31,32% que respondió que no.

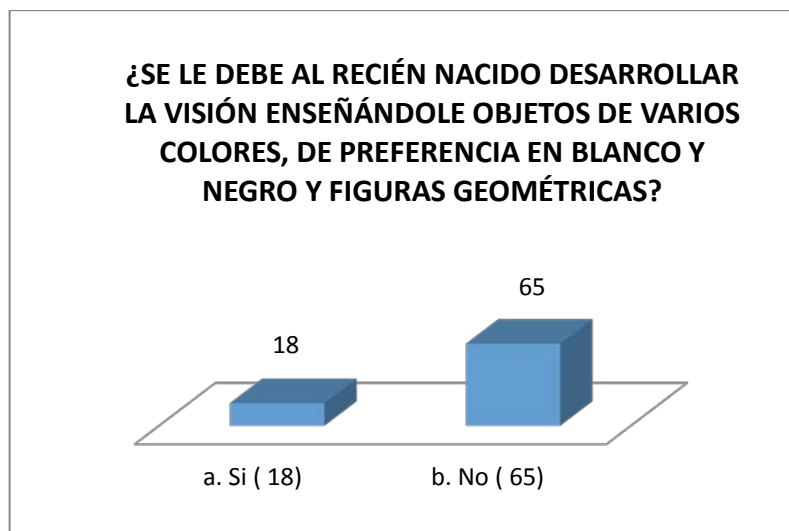
**Interpretación de resultados.**-Hoy conocemos que el bebé nace con todos los sentidos funcionando aunque unos más que otros, por tanto la madre debe estar consciente de esta realidad para estimularlos, en nuestra investigación la mayoría de madres tienen conocimiento que sí, pero existe un gran porcentaje que la desconocen, eso conllevaría a pensar que no se está dando la atención correspondiente a este factor y no se promueve su desarrollo.

**CUADRO N. 35:** ¿Cómo desarrollar la visión del recién nacido?

	F	%
<b>SI</b>	<b>18</b>	<b>21,68</b>
NO	65	78,31
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 37:** ¿Cómo desarrollar la visión del recién nacido?

**Fuente:** cuadro N. 35

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-El 78,31 % de madres respondió equivocadamente que no es necesario estimularle con objetos de colores u otros estímulos, solo el 21,68% respondió de forma correcta.

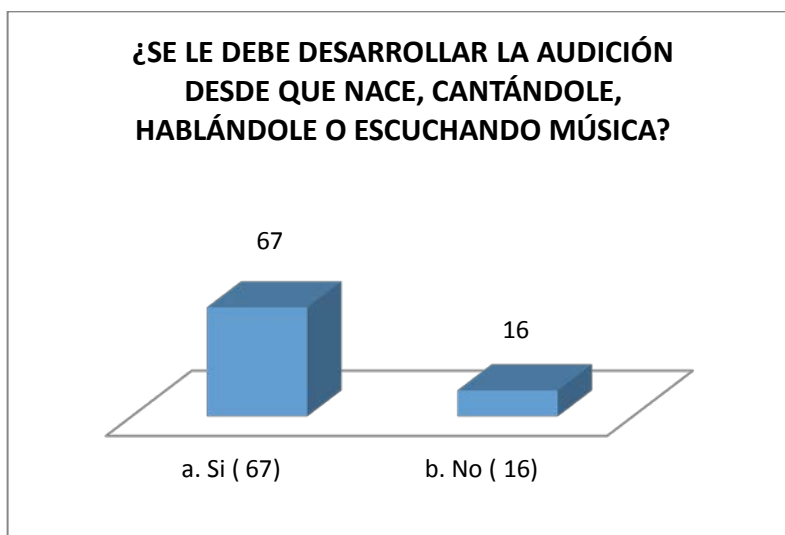
**Interpretación de resultados.**-El recién nacido es capaz de ver, oír, oler, degustar y sentir. Debe ser estimulado en todas sus áreas para favorecer el desarrollo psicomotriz. La estimulación visual se logra al mostrarle objetos, móviles de colores blanco y negro a unos 30 cm. de distancia de sus ojos, con las respuestas obtenidas, se puede afirmar que las madres consideran que un niño recién nacido no puede ver y que no va a responder ante los estímulos, concluyendo que no se realizó estímulos a este sentido, algo que podría afectar al desarrollo cognitivo del bebé.

**CUADRO N. 36:** ¿Cómo desarrollar la audición del bebe?

	F	%
<b>SI</b>	<b>67</b>	<b>80,72</b>
NO	16	19,27
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 38:** ¿Cómo desarrollar la audición del recién nacido?

**Fuente:** cuadro N. 36

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-En este cuestionamiento el 80,72 respondió afirmativamente conforme a la respuesta correcta de desarrollar la audición, frente a un 19,285 que no considera una opción de apoyo al recién nacido.

**Interpretación de resultados.**-La estimulación auditiva se basa en hablarle, cantarle, haciéndole escuchar música suave o clásica, el porcentaje en este sentido subió considerablemente en las encuestadas, por tanto se proyecta una mejor atención y desarrollo de este sentido.

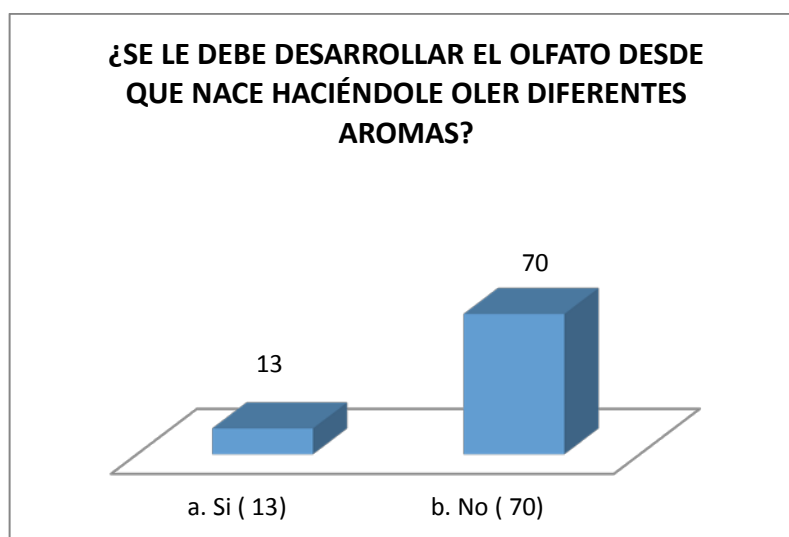


**CUADRO N. 37:** ¿Cómo desarrollar el olfato del bebe?

	F	%
<b>SI</b>	<b>13</b>	<b>15,66</b>
NO	70	84,33
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 39:** ¿Cómo desarrollar el olfato del recién nacido?

**Fuente:** cuadro N. 37

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-Prácticamente la gran mayoría (84,33 %) respondió negativamente, tan solo el 15,77 % acertó la respuesta y se alineó con la necesidad de desarrollar el olfato.

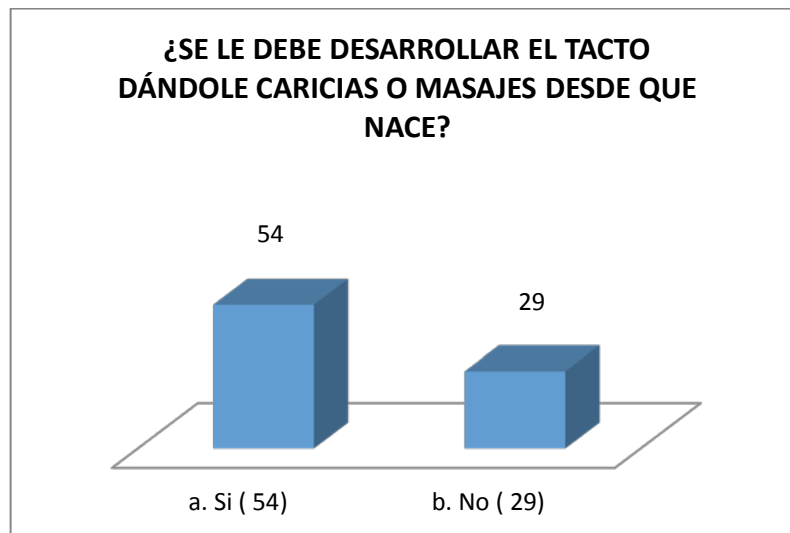
**Interpretación de resultados.**-Las madres adolescentes están convencidas que el niño recién nacido, no puede o no estaría en condiciones de oler, sin embargo hay investigadores que afirman que “el olor de la madre es el primer olor que se graba el niño” , por tanto, este tema no ha sido considerado por nuestras madres como un condicionante para el desarrollo del bebé, por tanto se concluye que no hubo estímulo y por consiguiente no hubo desarrollo del mismo.

**CUADRO N. 38:** ¿Cómo desarrollar el tacto del recién nacido?

	F	%
<b>SI</b>	<b>54</b>	<b>65,06</b>
NO	29	34,93
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 40:** ¿Cómo desarrollar el tacto del recién nacido?

**Fuente:** cuadro N. 38

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.-**El 65,06 % de madres respondieron afirmativamente, sin embargo es un porcentaje bajo, porque solo el 34,94% de madres conocen la importancia de las caricias y masajes.

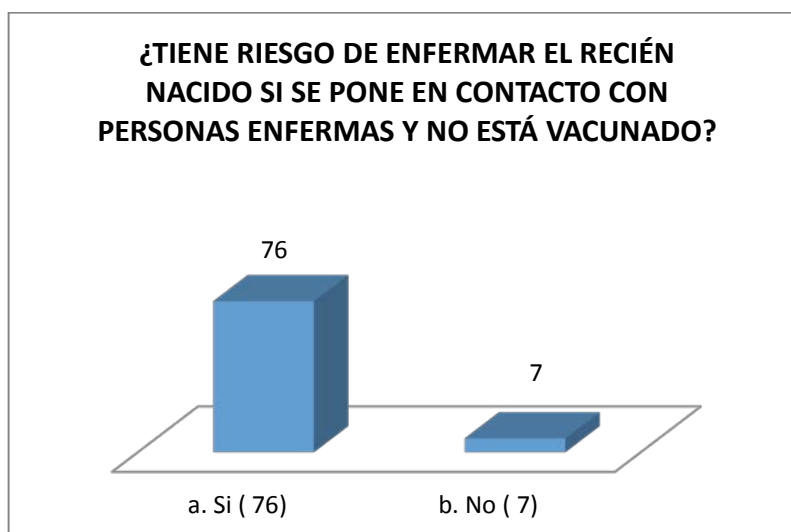
**Interpretación de resultados.-** de los resultados obtenidos vemos que poca o ninguna importancia dan la mayoría de madres a los estímulos táctiles, siendo que la piel es el primer órgano que entra en contacto con el cerebro, lo que significa que los niños han recibido muy poca estimulación.

**CUADRO N. 39:** ¿tiene riesgo de enfermar él bebe si no está vacunado?

	F	%
<b>SI</b>	<b>76</b>	<b>91,56</b>
NO	7	8,43
TOTAL	83	100

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 41:** ¿enfermara él bebe si no está vacunado?

**Fuente:** cuadro N. 39

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-el 91,57% respondieron afirmativamente ante esta pregunta, frente a tan solo u 8, 435 que desconocen que sus bebés están en riesgo si entran en contacto con personas enfermas.

**Interpretación de resultados.**-Las madres respondieron positivamente a esta pregunta, por lo cual se proyecta que hubo ciertos estados de cuidado para proteger a su bebé, sin embargo en las visitas para contactarlas en el hospital, ellas y sus hijos se encontraban sin protección

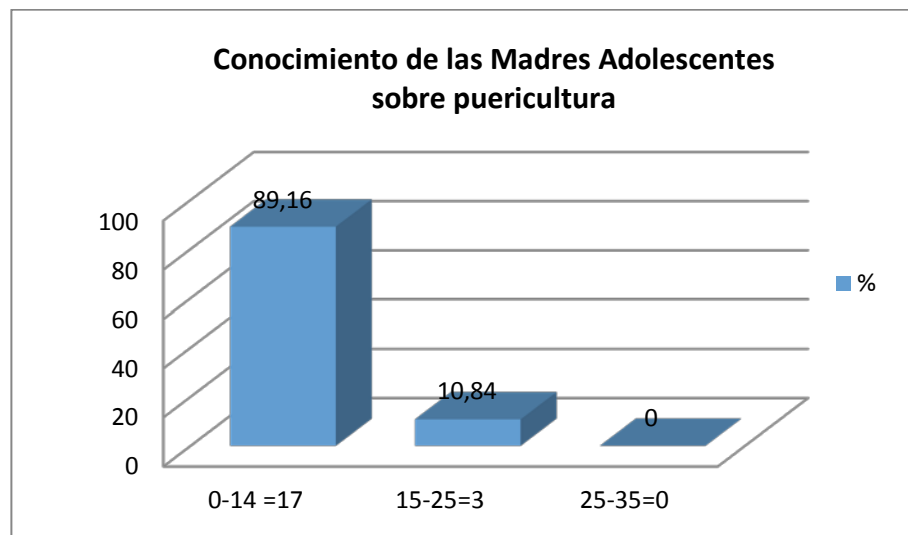
**CUADRO N. 40:** Noción de las madres adolescentes sobre puericultura.

N	PUNTAJE	N	PUNTAJE	N	PUNTAJE	N	PUNTAJE	TOTAL
1	12	22	14	43	9	64	12	
2	10	23	23	44	7	65	9	
3	12	24	8	45	12	66	10	
4	13	25	12	46	14	67	14	
5	14	26	9	47	13	68	7	
6	18	27	8	48	18	69	11	
7	10	28	10	49	9	70	19	
8	14	29	15	50	14	71	8	
9	12	30	13	51	7	72	18	
10	20	31	16	52	13	73	12	
11	11	32	6	53	14	74	10	
12	13	33	13	54	8	75	9	
13	14	34	6	55	12	76	13	
14	8	35	12	56	8	77	10	
15	13	36	14	57	14	78	9	
16	14	37	13	58	13	79	8	
17	13	38	10	59	12	80	18	
18	6	39	12	60	15	81	14	
19	9	40	8	61	9	82	11	
20	7	41	11	62	11	83	13	
21	13	42	7	63	13	0	0	
	256		240		245		235	
<b>MEDIA PARCIAL</b>	12,19		11,43		11,67		11,75	47,04

<b>MEDIA TOTAL</b>	<b>11,76</b>							
	ESCALA		ESCALA		ESCALA		ESCALA	%
MALO	0-14 =19		0-14 = 18		0-14 =20		0-14 =17	89,16
REGULAR	15-25= 2		15-25= 3		15-25=1		15-25=3	10,84
BUENO	25-35=0		25-35=0		25-35=0		25-35=0	0
								100,00

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013



**GRÁFICO N. 42:** Conocimiento de las madres sobre puericultura

**Fuente:** Cuadro N. 40

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Análisis de datos.**-En el estudio realizado a las madres adolescentes que acudieron con sus niños/as al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez se obtuvo los siguientes datos: el 89,16 % de las encuestadas se ubicaron en conocimiento malo sobre Puericultura, no superaron los 14 respuestas positivas, mientras solo un 10,84 % contestaron más de 14 preguntas bien, lográndose ubicar en el renglo de conocimiento regular y no existieron encuestas que superaron las 25 preguntas acertadamente.

**Interpretación de resultados.**-Una mujer bien informada de los cuidados que debe tener para traer un hijo al mundo y que conoce de los efectos nocivos que pueden presentarse durante este periodo, puede llegar a garantizar el normal desarrollo del bebé. Los cuidados durante el embarazo, ayudan a la formación de sus órganos, de su cerebro: cuando ya los tiene formados garantizar su desarrollo, cualquier comportamiento alejado del cuidado puede llevar a consecuencias catastróficas, como la discapacidad, retardo y hasta la muerte. Un ejemplo de ello puede ser el conocimiento de los efectos del consumo de ciertas sustancias sobre el feto, podría llevar a abstenerse de tomar fármacos o replantearse su comportamiento adictivo. Existen factores que afectan el embarazo, estos deben ser conocidos por la madre embarazada como la alimentación, es lógico pensar el tipo y la cantidad de sustancias nutritivas que la madre tome van a tener una importancia trascendental en la formación y desarrollo de las células del pequeño ser. Numerosos estudios han comprobado que la dieta de una mujer embarazada debe incluir proteínas, vitaminas y minerales de forma equilibrada, así como oligoelementos como hierro y sodio. El rápido crecimiento del cerebro durante el periodo fetal, neonatal y primera infancia hace que el niño sea muy vulnerable a los factores biológicos de riesgo como la nutrición. El déficit nutritivo produce carencia del desarrollo cerebral infantil y posterior subdesarrollo cognitivo.

En conclusión podemos decir que nuestra población tiene niveles muy bajos de conocimiento sobre los cuidados que debe tener la madre durante el embarazo y posterior cuidado del bebé.

## Verificación de la hipótesis

El planteamiento de las hipótesis es:

**H0:** Los conocimientos de Puericultura de las madres adolescentes no inciden en el desarrollo del infante hasta los tres meses de edad.

**H1:** Los conocimientos de Puericultura por parte de las madres adolescentes inciden en el desarrollo del recién nacido hasta los tres meses.

## Modelo estadístico

$$z = \frac{\bar{x} - \mu}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}}$$

## Simbología

$\bar{x}$  = media de medias

n = 83 = Tamaño de la muestra

$\mu$  = media de la población

$\sigma$  = Desviación típica Poblacional

NC = 95% = nivel de confianza

$\alpha$  = 5 % = nivel de significancia

$z_t$  = valor teórico o crítico de z

$z_c$  = valor calculado de z

Con los datos de la muestra determinamos la media de las medias.

## Combinación de Frecuencias

**CUADRO N. 41:** Desarrollo físico de los niños atendidos en el HPAV

N	Peso kg	Talla cm	Perímetro cefálico	N	Peso Kg	Talla cm	Perímetro cefálico
1	5,1	54,5	38,5	43	5,5	56	38
2	5,8	61	35	44	6,6	61	43
3	6,3	61	41	45	6	63	41
4	6	59	39	46	5,6	58,8	41
5	5,5	56	38	47	6	60	42
6	7,7	64	43	48	4,9	58	38
7	7	63	41	49	5	58	39
8	5,6	58	41	50	5,8	61	40
9	7,4	63	42	51	5	58	40
10	5,9	58	38	52	5	53	38
11	6	58	39	53	7	62	41
12	5,8	61	40	54	5,5	58	38
13	6	58	40	55	5	61	40
14	5	53	38	56	6	63	42
15	7	66	41	57	6,7	77	43
16	5,5	58	38	58	5,1	54,5	38,5
17	6	61	40	59	5,8	61	35
18	7	60	42	60	5,4	61	41
19	9,6	64	43	61	6	59	39
20	5,1	54,5	37,5	62	5,5	56	38
21	4,8	57	35	63	6,7	64	43
22	5,3	57	41	64	7	63	41
23	5,5	59	39	65	5,6	58,8	41
24	5,5	56	38	66	6,4	63	42
25	5,7	62	43	67	5,9	58	38
26	6	63	41	68	6	58	39
27	5,6	58,8	41	69	5,8	61	40
28	6,4	61	42	70	6	58	40
29	5,9	58	38	71	5	53	38
30	5	58	39	72	6	66	41
31	5,8	61	40	73	5,5	58	38
32	5	58	40	74	5	61	40
33	5	53	38	75	6	63	42
34	6	58	41	76	7,8	77	43
35	5,5	58	38	77	6	59	39
36	5	61	40	78	6	59	39
37	6	63	42	79	7	63	41



38	7,1	67	43	80	6	56	41
39	5,1	54,5	38,5	81	5,5	56	38
40	5,8	61	35	82	5,5	56	38
41	5,3	61	41	83	5,5	56	38
42	5	59	39				
MEDIA					4,88	58,79	38,81
DESVIACIÓN ESTÁNDAR					1,01	17,63	3,78

Peso Talla Perímetro  
kg cm cefálico  
5,5 a 8 58 a 66 38 a 43

### MEDIAS POBLACIONALES

6,75 62  
40,5

### Calculo de las medias muestrales y poblacionales

	Peso	Talla	Perímetro cefálico	MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR MUESTRAL	MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR POBLACIONAL
MEDIA	4,88	58,79	38,81	$\bar{x} = 34,16$	$\mu = 36,42$
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	1,01	17,63	3,78	$s = \frac{\delta_x}{\sqrt{n}} = 7,47$	

Para un intervalo de confianza del 95 %, el nivel de significancia es  $\alpha = 5 \% = 0,05$  para una prueba de hipótesis de dos colas le corresponde un valor teórico  $z_t = \pm 1,96$  de acuerdo a la tabla de distribución Normal.

El estadístico de prueba o la z calculada es:  $z_c = \frac{\bar{x} - \mu}{\frac{\delta_x}{\sqrt{n}}}$

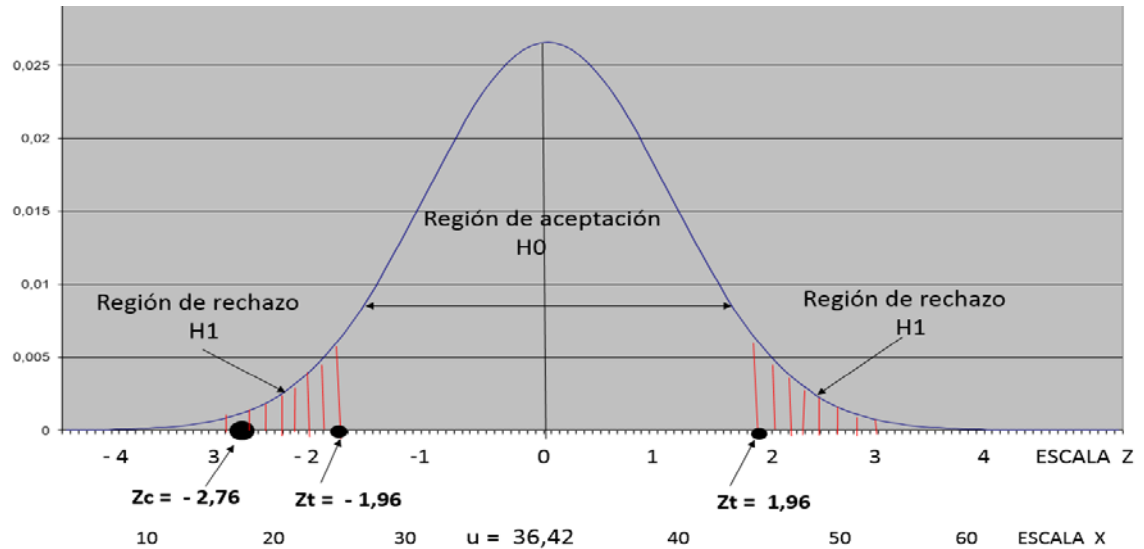
$$z_c = \frac{\bar{x} - \mu}{\frac{\delta_x}{\sqrt{n}}} = \frac{34,16 - 36,42}{\frac{7,47}{\sqrt{83}}} = \frac{-2,26}{0,8199} = -2,76$$

### Modelo Lógico

- Si  $z_c$  esta entre  $z_t = -1,96$  y  $z_t = +1,96$  entonces se **ACEPTA** la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se **RECHAZA** la hipótesis alternativa ( $H_1$ ).

- Si  $z_c$  está en  $z_c \leq -1,96$ , o si  $z_c \geq +1,96$  entonces se **RECHAZA** la hipótesis nula (**H<sub>0</sub>**) y se **ACEPTA** la hipótesis alternativa (**H<sub>1</sub>**).

Esto lo visualizamos en el siguiente grafico de la distribución NORMAL



Como  $z_c = -2,76 \leq -1,96$ , **RECHAZA** la hipótesis nula (**H<sub>0</sub>**) y se **ACEPTA** la hipótesis alternativa (**H<sub>1</sub>**).

**CUADRO N. 42:** Desarrollo afectivo-social y cognitivo a los tres meses

DESARROLLO						
N	HABILIDADES APRENDIDAS	SI	%	NO	%	TOTAL
1	Levanta la cabeza	38	45,78	45	54,22	100
2	Responde a sonidos	35	42,17	48	57,83	100
3	Mira a la cara	29	34,94	54	65,06	100
4	Vocaliza sonidos	34	40,96	49	59,04	100
5	Gorgoea y hace ruiditos	43	51,81	40	48,19	100
6	Sigue objetos	55	66,26	28	33,73	100
7	Mantiene la cabeza erguida por periodos cortos	47	56,62	36	43,37	100
8	Ríe	26	31,33	57	68,67	100
9	Mantiene la cabeza quieta	33	39,76	50	62,26	100
10	Reconoce la cara y el olor de la mamá	58	69,87	25	30,12	100
	<b>TOTAL</b>	<b>398</b>	<b>479,5</b>	<b>432</b>	<b>522,49</b>	<b>100</b>
	Media porcentual		47,95		52,249	100
	El 75% de niños a los tres meses deben alcanzar esta habilidades					

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Encuesta a madres adolescentes del HPAV. 2013

El cuidado del recién nacido normal compete fundamentalmente a la madre, por eso es de especial importancia ayudarla a comprender los fenómenos fisiológicos que se presentan en él, sobre todo si es muy joven, desarrollando un proceso educativo sobre sus cuidados a fin de favorecer un adecuado crecimiento y desarrollo del niño

El peso, la talla, el perímetro cefálico son indicadores cuantitativos de desarrollo físico, en el campo socio-afectivo, el niño debe alcanzar ciertos indicadores en relación con la forma en que juega, aprende, habla y actúa. Ciertas destrezas como dar el primer paso, sonreír por primera vez y mover la mano para decir adiós se denominan indicadores del desarrollo. Un retraso en cualquiera de estas áreas podría ser señal de un problema de desarrollo, los resultados encontrados demuestran que el 52,25 % de los 83 niños hijos de las madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez en el primer semestre del año 2012, no han alcanzado el desarrollo físico de habilidades básicas establecidos para la edad de los tres meses.

### **Conclusión**

Con los datos obtenidos en nuestro estudio, se rechaza la hipótesis **H<sub>0</sub>** que considera que el conocimiento sobre puericultura no incide en el desarrollo del recién nacido hasta los tres meses y se acepta la hipótesis **H<sub>1</sub>** de que el conocimiento de las madres adolescentes incide en el desarrollo del niño/a en el aspecto físico, socio-afectivo y cognitivo del recién nacido hasta los tres meses.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones

- Las madres adolescentes que acudieron con sus niños/as al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, en su mayoría son menores de edad y están comprendidas entre las edades los 16 y 18 años. En su mayoría son de estado civil solteras y de unión libre, viven en el sector urbano y rural especialmente, se identifican mayoritariamente como mestizas y pertenecen a un estrato social económico bajo y medio bajo.
- Se puede concluir que las madres adolescentes objeto de nuestro estudio en más del 50% tienen un nivel bajo de conocimiento sobre los cuidados que deben tener antes, durante el parto y después del parto, pero la situación es más preocupante aun, cuando en toda la población investigada, no existe un solo caso que tenga un nivel de conocimiento bueno.
- El resultado de nuestro estudio permite afirmar que el conocimiento que tienen las madres adolescentes que acudieron al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román sobre Puericultura incide definitivamente en forma negativa en el desarrollo físico, socio-afectivo y cognitivo de los niños recién nacidos en los tres primeros meses de edad, su peso, su talla y especialmente su perímetro encefálico en la mayoría d ellos es inferior al estándar normal, y de igual forma su desarrollo socio-cognitivo no ha alcanzado los estándares establecidos para niños de su edad.

## Recomendaciones

- Al ser nuestro sujeto de estudio una población eminentemente joven, de bajos recursos económicos, con poco acceso a la educación, se requiere multiplicar las acciones por parte de Instituciones de atención social, para desarrollar acciones emergentes de atención a este grupo de adolescentes especialmente educativas para detener el alto índice de embarazos prematuros e irresponsables.
- Para el problema presente, es importante impulsar en forma paralela un programa de capacitación sobre los cuidados del bebé a las adolescentes que ya son madres. Los conocimientos que tiene las adolescentes sobre los cuidados del recién nacido son muy bajos e insuficientes para atender a sus hijos, esto evitaría que los niños se mantengan en niveles bajos de desarrollo, y evitar a futuro problemas de aprendizaje, problemas de salud y otros.
- Los problemas de educación no podrían ser tratados de forma unilateral, se requiere la intervención de varios sectores y tratarlos de forma multidisciplinaria. Es necesario el trabajo conjunto de varios organismos para apoyar a la adolescente, al niño a su familia para contrarrestar este problema de crecimiento significativo y que está afectando a un grupo de la población sumamente vulnerable. Es obligación como profesional en el área social proponer estrategias de apoyo a las adolescentes madres.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **TEMA:**

**Capacitación a madres adolescentes sobre puericultura en el Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román”.**

#### **Datos informativos**

**Provincia:** Chimborazo

**Cantón:** Riobamba

**Parroquia:** Maldonado

**Institución:** Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

**Beneficiarios:** 83 madres adolescentes y sus hijos

**Tiempo:** Junio – Agosto 2014

**Naturaleza o tipo de proyecto:** Proyecto de Intervención Social.

Costo: 400 dólares

#### **Antecedentes de la propuesta**

Los resultados encontrados en la investigación realizada, ha permitido determinar que existen muchos factores que inciden en el desarrollo normal del recién nacido/a, siendo lo más importante destacar entre otros como: la edad temprana en la cual se embarazan las adolescentes, la situación socioeconómica y familiar a la que pertenecen, el nivel educativo que atraviesan, sin embargo el factor más importante a considerar es el bajo nivel de conocimientos que poseen estas madres sobre los cuidados que se deben tener durante el embarazo, el parto y después del parto.

Los niños hijos de las madres adolescentes están al momento padeciendo de un subdesarrollo físico, socio-afectivo y social, producto de ese desconocimiento de estas madres sobre los cuidados en los temas de alimentación, enfermedades, aseo, vacunas, entre otros. Si revisamos los datos, el 16,5% de ellas tenían algo de conocimiento sobre puericultura, un 34% bajo conocimiento y la gran mayoría ningún conocimiento, los resultados, más del 50% no alcanzan los parámetros establecidos a su edad en los campos físico, social-afectivo y cognitivo

Según datos estadísticos en el Ecuador, la atención del parto, ya sea por vía vaginal o cesárea, ocupan el primer lugar de egresos hospitalarios durante el periodo del 2000 al 2011, resaltando que no se trata de una condición patológica, sino un proceso fisiológico. Hay que resaltar que los trastornos hipertensivos del embarazo se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad reportada por egresos hospitalarios y ésta se ubica también entre las principales causas de mortalidad materna.

Concomitante a esta realidad, el embarazo en la adolescencia constituye un problema social y un problema de salud pública producido por su inmadurez en la esfera reproductiva y el poco apoyo que reciben de su pareja, familia y sociedad.

Como profesional en el área social, conozco muy de cerca la problemática de las madres adolescentes y con la posibilidad de diseñar una propuesta de apoyo a la educación, planteo un programa educativo dirigido a madres adolescentes, (de 13 años hasta los 18 de estudiantes, como estrategia preventiva para mejorar el desarrollo en las áreas físico-motor; afectivo –social y cognitivo de sus hijos.

### **Justificación**

Dentro del Plan Nacional del Buen Vivir se ha considerado el reposicionamiento del sector social y la salud como eje fundamental del desarrollo y bienestar, entre las medidas establecidas para alcanzar el objetivo, el Ministerio de Salud diseñó e implementó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que se orienta a garantizar el derecho a la salud para toda la población, con un enfoque

comunitario, familiar, pluricultural y de género, basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que busca acercar los servicios integrales de salud a los hogares y la comunidad, fortaleciendo el primer nivel como puerta de entrada obligatoria a la red integral de servicios de salud en todos sus componentes entre ellos infraestructura, equipamiento y tecnología para lo cual se ha determinado reformas al financiamiento de la salud en el país.

Existe un gran número madres adolescentes en la ciudad y provincia en estas condiciones, solo por dar un dato nada más, de las 83 madres motivo de nuestro estudio más del 80% tienen niveles muy bajos de conocimientos sobre cuidados a su bebé. Según el censo de población y vivienda del 2010, 121.288 adolescentes entre 15 y 19 años (es decir un 17.2%), dieron a luz al menos una vez en Ecuador.

También, los datos alarmantes sobre el desconocimiento de la planificación familiar y el incremento de los embarazos adolescentes, son dos grandes y complejos problemas que causan diversos impactos negativos en las mujeres ecuatorianas.

Los niveles de embarazos en estas edades van en aumento, según estudios del observatorio de la niñez y adolescencia, una de cada cuatro adolescentes se embarazan en nuestro país, en la provincia esta realidad es mayor especialmente en el sector urbano marginal y del estrato social bajo y medio.

Si no se trabaja hoy y de manera urgente, los resultados mañana van a ser peores, la sociedad tendrá que invertir mucho más recursos para dar salud, educación a niños con problemas de salud, dificultades de aprendizaje y carentes de afecto, cariño y comprensión.



## Objetivos

### General

Diseñar una propuesta educativa para capacitar a las adolescentes embarazadas mediante una metodología experiencial para un mejor cuidado del bebé.

### Específicos

- Socializar los resultados obtenidos de la investigación realizada en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román.
- Sensibilizar a las adolescentes embarazadas sobre la importancia de las medidas preventivas y su influencia en el desarrollo del recién nacido
- Desarrollar talleres de capacitación a madres adolescentes que acuden al Hospital Pediátrico, referente a los cuidados que se debe tener durante el embarazo, el parto y después del parto como medida preventiva para evitar el subdesarrollo del recién nacido.

### Análisis de factibilidad

En la actualidad las políticas implementadas por el estado y planteadas en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, en sus objetivos 3 y 4, afirma: el reconocimiento igualitario de los derechos de todos los individuos, esto implica la consolidación de políticas de igualdad que eviten la exclusión y fomenten la convivencia social y política [...],

Ante lo cual el Estado ha puesto en marcha, la iniciativa conocida como ENIPLA (Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente) buscando ***reducir la brecha entre embarazos deseados y observados y la mortalidad materna relacionados, que en el país se ubica alrededor del 37% de promedio general; esto significa que de cada 100 nacimientos, 37 fueron no planificados. La cifra es mucho más preocupante***

cuando se incorporan variables como acceso a la educación y quintiles de pobreza, determinándose que en quintil uno -con escaso acceso a educación-, la brecha supera el 50%. Y *reducir el porcentaje de embarazos en adolescentes a nivel nacional*. Cabe señalar que dicho indicador experimentó un incremento que situó al Ecuador como el país con el más alto índice de embarazos adolescentes en América Latina (17% aproximadamente). El crecimiento en los últimos 10 años bordea el 74%. Si además las metas establecidas tienen la intención de reducir el embarazo adolescente en un 25%, y, adicionalmente, reducir en un 25% la brecha entre el embarazo deseado y el observado.

Esto permitirá superar los efectos de los problemas señalados en la salud de las mujeres, en su educación, en sus oportunidades laborales, en los niveles de desnutrición infantil, y en la tasa de abortos, tanto los registrados (25.000 registrados el último año), como los reales (que se dice que bordearían los 100.000).

Por ello la propuesta se inserta dentro de estos planes y programas impulsados por el estado y los organismos no gubernamentales y sociedad en general de una manera técnica, innovadora e interdisciplinaria.

## **Fundamento científico**

### **Autoestima**

La autoestima hace referencia al aprecio, a la consideración, el cariño y/o el amor que cada cual tiene de sí mismo. Sin embargo esta definición puramente minina, ya que expresa el significado de la palabra por su origen etimológico. El sentimiento de amor propio por uno mismo forma parte importante de la autoestima, pero eso es solo una parte.

La autoestima forma parte de nuestras actitudes y una actitud es una organización más o menos estable o duradera de creencias, opiniones y conocimientos (componente cognoscitivo) dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un

objetivo definido (componente emocional / evaluativo) que orienta a quien la posee a actuar o comportarse en relación con dicho objetivo de manera consistente y coherente (componente conductual)

Nuestra actitud hacia alguna cosa o persona es lo que pensamos o sentimos sobre ellas, la forma en que evaluamos y aceptamos y la manera en que consecuentemente actuamos en relación con la misma.

Decimos que una actitud es una organización, porque los elementos que la integran (conocimientos, sentimientos y conductas) se relacionan entre sí, formando una unidad la actitud es más o menos estable o duradera, es decir más o menos permanente en el tiempo, pero puede cambiar si cambian alguno o algunos componentes que lo integran.

En una gran medida, somos, vivimos y actuamos según las actitudes que asumimos ante nosotros mismos, ante los que nos rodean y ante el mundo en general. Cuando el objetivo a que se refiere la actitud es el propio sujeto, es decir uno mismo, entonces esta actitud se denomina AUTOESTIMA. Por tanto, la autoestima es lo que pensamos de nosotros, la forma en que nos evaluamos y aceptamos y los sentimientos que experimentamos al respecto y el modo en que nos comportamos en relación con nosotros mismos como resultado de todo ello.

Como toda actitud, la autoestima está integrada por los componentes: cognoscitivo, afectivo / evaluativo y conductual. Esta separación se la realiza con fines de análisis y comprensión, porque en la realidad dichos componentes están siempre unidos y se relacionan entre sí.

### **Componente Cognoscitivo**

Se refiere a la representación mental que nos formamos de nosotros mismos, es decir al conocimiento que tenemos de los rasgos de nuestra personalidad, de lo que queremos, buscamos, deseamos y hacemos. No podemos tener autoestima sin poseer alguna información sobre nosotros mismos. Esta información puede ser sólida o fundamentada, producto de una reflexión continua y seria o voluble y sin

base, resultado de una ausencia de introspección (mirarse por dentro por dentro). Cuanto mejor nos conozcamos, más se incrementará nuestra autoestima. Por el contrario, un escaso auto comprensión, dará lugar a que nos infravaloremos y, lo que es peor, a que no podamos encontrar una vía para fortalecer el poco aprecio que nos tenemos y para valorarnos con más justicia.

El primer paso para mejorar la autoestima es conocerse mejor. Esto tiene mucho que ver con el “cómo te ves” y “como te gustaría ser”. Aunque los demás no constituyen el criterio máximo para conocerse, se puede pedir a personas conocidas su opinión, esto permitirá contrastar el criterio personal con el del otro y ayudará a conocerse mejor.

### **Componente Afectivo, Emocional y Evaluativo**

Se refiere al proceso de evaluarnos, apreciarnos o valorarnos a nosotros mismos y a lo que sentimos al respecto. ¿te quieres a ti mismo? ¿Cómo te sientes contigo mismo? ¿Te valoras correctamente o más bien, te infravaloras o, quizás, te sobrevaloras? Son preguntas que a la mayoría de las personas les resulta difícil responder porque no son conscientes de sus propios sentimientos ni de las evaluaciones que hacen de sí mismas. La evaluación que realizamos de nuestro ser y quehacer, genera sentimientos, emociones que dirigen y orientan nuestra conducta.

Con frecuencia niños y jóvenes actúan de una determinada manera que indica bajos niveles de autoestima y se expresan así: “yo no sirvo para eso”, “no puedo”, etc. este joven ha pensado en sí mismo, se ha evaluado, se siente incompetente y actúa coherentemente con la percepción, los sentimientos y la valoración que tiene sobre sí mismo.

Su percepción y evaluación era equivocada, ha aprendido a verse como incapaz porque su familia, especialmente sus padres y hermanos, se lo habían enseñado. “eres un inútil”, “no sirves para nada”, “aprende de tu hermano”, “nunca llegarás a nada”; son ejemplos en que era evaluado. Puesto que se lo repetían

continuamente, le resultó fácil internalizar esas etiquetas, asocia sentimientos de minusvalía y actúa en consecuencia.

Es importante, por tanto, evaluarse justamente y aceptarse tal y como es. Puede ser útil esta frase: “Con todas mis cualidades y limitaciones, soy una persona única y digna de respeto y amor”.

### **Componente Conductual**

Es el elemento activo, generador de conductas coherentes con los conocimientos y afectos relativos a nosotros mismos. Términos como independencia, autonomía y auto dirección son adecuados para denominar este componente.

La autoestima no es solo lo que pensamos y sentimos a cerca de nosotros, también incluye las conductas que realizamos. Es más, la mejor manera de identificar el nivel de autoestima que tiene una persona es a través de su comportamiento.

Una persona con elevada autoestima actúa de manera independiente, autónoma. Se dirige a sí misma y toma decisiones libremente en relación consigo misma y con sus objetivos y metas.

Estas decisiones están basadas en el conocimiento que posee de sus habilidades, de lo que se desea hacer, de cómo lo quiere ejecutar y de cuando lo prefiere llevar a cabo y, también en la auto aceptación que tiene de sí misma. No basta conocernos y querernos, es necesario que actuemos con coherencia con los conocimientos y sentimientos que tenemos sobre nosotros mismos.

### **Maternidad Adolescente**

La maternidad adolescente conlleva consecuencias de orden biológicas por condiciones desfavorables, y de orden psicosociales por la maternidad: Es frecuente el abandono de los estudios al momento de confirmarse el embarazo o el momento de criar a su hijo, lo que reduce la chance de conseguir buenos empleos o de su realización al no cursar carreras de su elección.

Las parejas de adolescentes se caracterizan por ser de menor duración, o más estables lo que suele incrementarse por la presencia de un hijo ya que muchas se formalizan forzosamente por esta situación.

En estratos de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

Los hijos de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de menor peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado su gestación. También se ha reportado mayor incidencia de muerte súbita. Tiene un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición, y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de extramatrimoniales o porque sus padres no tiene trabajos que cuenten con ellos.

El embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobrepone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios psicosomáticos y sicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerá de su historia personal, del contexto familiar y social, pero mayormente de la etapa adolescente en la que se encuentre.

En la etapa adolescente con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma a la del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto, se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Sí, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su

hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de sus abuelos.

En la adolescencia media entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestando en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite de su exhibicionismo. Es muy común que dramatizan su experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizando como poderoso instrumento que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión.

Las adolescentes temen los dolores del parto, pero también temen por la salud de su hijo adoptando medidas de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo de familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de su compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescente tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita.

## **Fundamentación**

### **Legal**

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en sus artículos establece:

Art. 21.- “El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud

pública...los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.”

Art. 28.- “Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local.”

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente) tiene como objetivos: 1.- reducir la brecha entre embarazos deseados y observados y la mortalidad materna relacionados Y 2. Reducir el porcentaje de embarazos en adolescentes a nivel nacional.

### **Psicológica**

El aprendizaje de un consejo incluido en la pedagogía y también es objeto de estudio de la Psicología, por estar relacionada con los procesos mentales, la inteligencia, el desarrollo del ser humano que le permita comprender, actuar y sentir de manera eficiente. El conocimiento del individuo (como premisa de la Psicología científica) no se puede lograr un reconocimiento en forma aislada de la totalidad de su propio contexto; es imprescindible para conocer la naturaleza psíquica del sujeto general y del educando en particular; partir de la integralidad del mundo.

Las funciones psíquicas que procuran el aprendizaje deberán ser las estimuladoras para que el educando alcance la interiorización y valorización de su yo que actúa adquiriendo conocimiento científico, técnicos que le permita ser verdadero, firme consigo mismo y con los demás. Para comprender el origen del conocimiento, se considerará el constructivismo social, modelo que manifiesta que el conocimiento además de formarse a partir de las relaciones ambiente-yo, es la suma del factor entorno social. Los nuevos conocimientos se forman a partir de los propios



esquemas de la persona producto de su realidad, y su comparación con los esquemas incorporados posteriormente.

El hijo puede ser una forma de inmortalidad, de continuidad del apellido, de prueba de fertilidad, pero nunca algo constitutivo de su identidad, inherente a su ser. En general la esterilidad de una pareja es atribuida a la mujer. No hay duda de la masculinidad del hombre.

La principal preocupación en el campo de la salud, está señalada por el riesgo que conlleva para la vida y la salud de la madre y el hijo, proveniente de una maternidad temprana. Sin embargo, ya a fines de la década de 1970 había investigaciones que evidenciaban que los riesgos de salud para la madre adolescente y el hijo obedecían en gran medida a la falta de cuidados médicos y a deficiencias nutricionales debidas a su situación económica (las madres adolescentes eran mayoritariamente pobres) o al descuido de la propia salud, no eran consecuencia de la edad de las madres en sí misma (Baldwin y Caine: 1980, pág. 234.)

Una compilación reciente de los estudios realizados en México sobre parturientas adolescentes tampoco muestra que estas corran riesgos significativamente superiores a los de las adultas (Román Pérez y otros: 2001, pág. 335).

La preocupación por la fecundidad adolescente también se fundamentaba en las desventajas vinculadas a la condición de madre soltera, para esta y su hijo. Ahora bien, en muchas sociedades, la mayor parte de las madres adolescentes son casadas o unidas consensualmente al momento de tener el hijo, aunque a menudo la unión o casamiento son posteriores al embarazo, pero anteriores al nacimiento (Añaños, 1993: p. 4; Pantelides, 1995: p. 17; Singh y Wulf, 1990: pp. 62-64).

Sin lugar a dudas el convertirse en madre en la adolescencia conduce a un menor nivel de educación y de estatus socioeconómico en general (Hayes, 1987: p.123). Este argumento se relaciona con el que afirma que la maternidad temprana es un mecanismo de transmisión de la pobreza (Buvinic y otros, 1992). Sin embargo, la

evidencia puede ser leída en forma inversa; es la pobreza la que perpetúa situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia. Dicho en forma más general, las condiciones socioeconómicas preexistentes explicarían por qué algunas adolescentes se convierten en madres y otras no.

Si la fecundidad adolescente no estaba aumentando, los riesgos de salud no eran una consecuencia de la edad de las madres y las carencias educacionales y económicas no eran —al menos no en gran medida— un resultado de la maternidad temprana cabe preguntarse cómo se explica esta preocupación.

La respuesta no es sencilla, pero es posible sugerir algunos factores, aunque no estimar su orden de importancia. En primer lugar, y desde un punto de vista “demográfico”, la proporción de nacimientos que corresponden a madres adolescentes ha ido en aumento, en general no debido a un incremento de las tasas de fecundidad en esas edades sino porque la fecundidad de las menores de 20 años disminuyó relativamente menos que la de las demás mujeres (Ferrando, 2003).

Del mismo modo, ha ido en aumento en muchos países el número de nacimientos de madres adolescentes, tampoco en virtud del aumento de las tasas de fecundidad sino porque tasas estancadas o en descenso lento se han combinado con cohortes de tamaño creciente. Ello ha dado lugar a la impresión, especialmente a los profesionales de los servicios públicos de salud, que atienden el grueso de los nacimientos en edades tempranas y cada vez a más madres adolescentes, de que la fecundidad de este grupo etario está aumentando.

En segundo lugar, como consecuencia del avance de los movimientos feministas, se está imponiendo la preocupación por que las mujeres que así lo deseen tengan la oportunidad de trabajar, estudiar o tener otros objetivos y actividades además de o en lugar de la maternidad. Tener un hijo a edad temprana sin duda dificulta la realización de ese tipo de objetivos.

Por último, puede tratarse también de una reacción frente al ejercicio de la sexualidad especialmente por parte de las mujeres jóvenes, que parece haber

escapado al control social.

## **Pedagógico**

La intervención psicopedagógica se fundamenta en las teorías del Constructivismo Social, de la Zona de Desarrollo Próximo, y de la Mediación social de Lev Vigotsky, así como en la teoría del aprendizaje Significativo de David Ausubel, principalmente.

## **Generalidades de la teoría constructivista**

El constructivismo es una posición compartida por diferentes tendencias de la investigación psicológica y educativa. Entre ellas se encuentran las teorías de Jean Piaget (1952), Lev Vigotsky (1978), David Ausubel (1963), Jerome Bruner (1960), y aun cuando ninguno de ellos se denominó como constructivista sus ideas y propuestas claramente ilustran las ideas de esta corriente. Además de analizará la corriente pedagógica crítica.

El constructivismo, dice Méndez (2002) “es en primer lugar una epistemología, es decir una teoría que intenta explicar *cuál es la naturaleza del conocimiento humano*”. El constructivismo asume que nada viene de la nada. Es decir conocimiento previo de nacimiento a conocimiento nuevo.

El constructivismo sostiene que el *aprendizaje es esencialmente activo*. Una persona que aprende algo nuevo, lo incorpora a sus experiencias previas y a sus propias estructuras mentales. Cada nueva información es asimilada y depositada en una red de conocimientos y experiencias que existen previamente en el sujeto, como resultado podemos decir que el aprendizaje no es ni pasivo ni objetivo, por el contrario es un proceso subjetivo que cada persona va modificando constantemente a la luz de sus experiencias (Abbott, 1999).

## **Aspecto sociocultural**

La propuesta se fundamenta en la teoría del Constructivismo social de Lev Vigostky y en la teoría Psicosocial del Desarrollo Humano de Erik Erikson, especialmente en lo concerniente a la quinta etapa de desarrollo. Búsqueda de Identidad vs Difusión de identidad.

Erik Erikson, nación en Alemania fue profesor de Harvard, uno de los más grandes genios de la Psicología de todos los tiempos. Su obra sobre la Identidad, es continuamente expuesta e investigada en las universidades más importantes del mundo. Su teoría explica todo sobre el ciclo vital del desarrollo humano.

La vida tiene 8 etapas según la teoría de Erikson. Estas etapas son presentadas como un ciclo que tiene una evolución de acuerdo a la edad de la persona, y va de acuerdo a su maduración. Las primeras 4 etapas constituyen la base del sentimiento de identidad del niño que posteriormente se combinará con un sentimiento de estar *“muy bien; de ser él mismo y de llegar a ser lo que otras personas esperen que llegue a ser”*.

La teoría de desarrollo humano, enfatiza en que la personalidad está influenciada por la sociedad. Expone que el desarrollo del yo dura toda la vida. El ciclo Vital consta de 8 etapas. Todas las etapas deben ser resueltas satisfactoriamente para lograr el desarrollo saludable del yo.

En su etapa de maduración, el adolescente, reúne una serie de características y necesidades que se favorecerán con la estrategia descrita. Junto con la pubertad el adolescente experimentará una búsqueda de identidad y una crisis de identidad, que reavivará los conflictos en cada una de las etapas anteriores, llevando al yo a establecer una nueva síntesis de sí mismo son un renovado sentimiento de continuidad, de cohesión interior, integrando los aspectos antes disociados. Los padres de los adolescentes se verán enfrentando situaciones nuevas que serán un nuevo reto para su misión orientadora.

La estrategia CEDA (Comunidades Educativa de Aprendizaje) proporcionará las madres embarazadas (en edad adolescente) un rol protagónico en el proceso de desarrollo social, constituyéndolo en gestor del éxito personal y del cambio social, cuando asume la responsabilidad de llevar adelante talleres de discusión y análisis de la problemática que viven con la participación de los múltiples experiencias y actores del proceso: padres de familia, parejas si lo tuviere, personal de salud y miembros de la comunidad inmediata si lo hubiere.

Así, la participación activa y protagónica de las adolescentes permitirá el desarrollo de la perspectiva temporal, es decir, la orientación personal en el tiempo y en el espacio, la asimilación de la experiencia con un aprovechamiento adecuado de los aspectos del intercambio interpersonal y de la sensibilidad (experiencia emocional).

Por otro lado, la seguridad en sí mismo, se verá también fortalecida. El sentimiento de la propia confiabilidad, y en sentido de la adecuación y organización de la vida personal.

La propuesta permitirá también a la adolescente, la experimentación con el Yo, el énfasis en la acción; el enfrentamiento de situaciones diversas; y el ejercicio de anticipación de metas.

La propuesta en el desarrollo significa principalmente interés por el contacto con el medio ambiente y una estrategia del aprendizaje vital, generando liderazgo y adhesión, es decir, la adecuada integración del grupo de *pares*, desarrollando el compromiso ideológico, la orientación valorativa y la participación en el ambiente.

## Metodología

Para la ejecución de la propuesta se plantea el siguiente plan inmerso en las siguientes fases:

**CUADRO N. 43:** Actividades para desarrollar talleres

<b>Fases</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>	<b>Resultado</b>
PREPARACIÓN Y CONTACTOS	Visita de contacto con autoridades del Hospital	Humanos	Mayo del 2014	Investigadora	Compromiso de apoyo al proceso de capacitación
SENSIBILIZACIÓN	Taller de socialización de los resultados obtenidos y de la propuesta a las autoridades y personal del hospital	Humanos Materiales	Mayo del 2014	Investigadora	Autoridades y funcionarios del Hospital sensibilizados y decididos a apoyar la propuesta de capacitación.
CAPACITACIÓN	Ejecución de 8 talleres con madres adolescentes sobre diferentes temas relacionados a los cuidados del bebé.	Humanos Materiales	Junio/julio del 2014 1 taller semanal	Personal de salud Investigadora	95% de madres adolescentes capacitadas en cuidados del recién nacido
EVALUACIÓN	Apoyo y seguimiento a las madres durante el proceso de capacitación	Humanos Materiales		Investigadora Personal de salud del hospital	Las madres adolescentes aplican nuevas estrategias de atención a sus bebés

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Investigador

## DESARROLLO DE TALLERES

### TALLER 1

**TEMA: Difusión y Socialización de la Propuesta**

Duración 75 min

Objetivo: Socializar los resultados de la investigación y de la propuesta para su análisis y retroalimentación.

Participantes: Autoridades del Hospital y funcionarios

**CUADRO N. 44:** Taller 1

Contenidos	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
SOCIALIZACIÓN DE LA PROPUESTA	Dinámica de integración	5 min	Proyector Computadora	Facilitador/a
	EXPERIENCIA	10 min		
	Presentación de resultados de la investigación	15 min	Diapositivas	
	REFLEXIÓN	20 min	Papelote	
	Lluvia de ideas sobre lo observado			
	CONCEPTUALIZACIÓN	10		
Presentación de la propuesta de capacitación				
APLICACIÓN	Análisis y retroalimentación desde la realidad analizada.			
	Compromisos bilaterales sobre la ejecución de la propuesta			

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Investigador

## TALLER 2

**TEMA: Difusión y Socialización de la Propuesta**

TIEMPO: 60 min

DIRIGIDO: Madres adolescentes del Hospital Alfonso Villagómez

OBJETIVO: Dar a conocer la propuesta de trabajo para lograr el apoyo y participación de las madres adolescentes.

**CUADRO N. 45:** Taller 2

Contenidos	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
SOCIALIZACIÓN DE LA PROPUESTA	Dinámica de integración	5 min	Proyector	Facilitador/ a Investigadora
	EXPERIENCIA	10 min	Computadora	
	Presentación de resultados de la investigación y datos adicionales sobre embarazos	15 min	Diapositivas	
	REFLEXIÓN	20 min	Papelote	
	Lluvia de ideas sobre lo observado			
CONCEPTUALIZACIÓN	Presentación de la propuesta de capacitación	10		
APLICACIÓN	Acuerdos y compromisos sobre la hora de trabajo			

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Investigador



### TALLER 3

#### TEMA: AUTOESTIMA

TIEMPO: 90 min

DIRIGIDO: Madres adolescentes del Hospital Alfonso Villagómez

OBJETIVO: Comprender la autoestima y los factores que deterioran la autoestima para aplicar estrategias para fortalecerla.

**CUADRO N. 46:** Taller 3

Contenidos	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
AUTOESTIMA	<p>Dinámica de integración</p> <p>EXPERIENCIA</p> <p>Video: Alimentando la autoestima</p> <p>REFLEXIÓN</p> <p>Lluvia de ideas sobre lo observado.</p> <p>¿Que será la autoestima?</p> <p>¿Se nace con autoestima?</p> <p>¿Qué factores ayudan a alimentar la autoestima?</p> <p>¿Qué factores dañan la autoestima?</p> <p>CONCEPTUALIZACIÓN</p> <p>Definir la autoestima</p> <p>Explicar sobre el autoconocimiento</p> <p>El auto concepto</p> <p>Factores que dañan la autoestima</p> <p>Cómo enfrentar los factores negativos</p> <p>APLICACIÓN</p> <p>En equipos, enlistar y exponer una serie de escudos para protegernos de los enemigos de la autoestima.</p>	<p>5 min</p> <p>10 min</p> <p>20 min</p> <p>20 min</p> <p>35</p>	<p>Video</p> <p>Proyector</p> <p>computadora</p>	<p>Facilitador/a</p>

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Investigador

## TALLER 4

**TEMA: VALORES**

TIEMPO: 90 min

DIRIGIDO: Madres adolescentes del Hospital Alfonso Villagómez

OBJETIVO: Comprender lo que son los valores y su incidencia en las relaciones interpersonales y el desarrollo de la familia y la sociedad.

**CUADRO N. 47:** Taller 4

Contenidos	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
VALORES	Dinámica de integración	5 min	Grabadora Cd	Facilitador/a
	EXPERIENCIA Escuchar la historia una madre da todo por su hijo	10 min		
	REFLEXIÓN Lluvia de ideas sobre lo escuchado	20 min	Papelote Marcador Masking	
	¿Que serán los valores? ¿Cómo ayuda el ejercicio de valores positivos en las relaciones interpersonales? ¿Cuáles son los valores a fortalecerse en la sociedad actual?	20 min	Proyector Computadora Diapositivas	
CONCEPTUALIZACIÓN El valor del valor El desarrollo humano sobre la materia Los signos de una buena relación familiar Principales valores a fortalecer				
APLICACIÓN Dramatizar lo que no se debe hacer y dramatizar lo que hay que hacer		35	Instrucciones copias	

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Investigador

## TALLER 5

### TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

TIEMPO: 120 min

DIRIGIDO: Madres adolescentes del Hospital Alfonso Villagómez

OBJETIVO: Valorar la importancia de la planificación familiar en el desarrollo personal y social de la persona.

**CUADRO N. 48:** Taller 5

Contenidos	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	<p>Dinámica de integración</p> <p><b>EXPERIENCIA</b> Revisar cifras relacionadas al embarazo adolescente y relacionarlas con la realidad de las adolescentes</p> <p><b>REFLEXIÓN</b> Lluvia de ideas sobre lo escuchado ¿En qué afecta no realizar una planificación familiar? ¿Cuáles son las causas por las cuales no se planifica la familia? ¿Cuáles son las consecuencias de no hacerlo?</p> <p><b>CONCEPTUALIZACIÓN</b> Exposición mediante carteles sobre: La planificación familiar Ventajas de la planificación familiar ¿Cómo debemos planificar la familia?</p> <p><b>APLICACIÓN</b> Dramatizar sobre las ventajas de planificar la familia.</p>	<p>5 min</p> <p>25 min</p> <p>20 min</p> <p>30 min</p> <p>40 min</p>	<p>Grabadora Cd</p> <p>Proyector computadora</p> <p>papelotes marcador</p> <p>Proyector Computadora Diapositivas</p> <p>Instrucciones copias</p>	Facilitador /a Especialista en el tema

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Investigador

## TALLER 6

### TEMA: DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO

TIEMPO: 90 min

DIRIGIDO: Madres adolescentes del Hospital Alfonso Villagómez

OBJETIVO: Conocer los principales cuidados que hay que realizar en los diferentes temas para el desarrollo del niño

**CUADRO N. 49:** Taller 6

Contenidos	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
DESARROLLO DEL RECIÉN NACIDO	Dinámica de integración EXPERIENCIA	5 min	Papelotes marcador	Facilitador/ a Especialista en el tema
	Preguntas sobre el estado actual de sus niños en peso, talla e indicadores socio-afectivos y cognitivos.	15 min		
	REFLEXIÓN Lluvia de ideas sobre lo escuchado	20 min		
	¿Cuáles serán los principales factores que han incidido en el estado actual del bebé? ¿Qué cuidados hemos realizado bien? ¿Lo que sabemos de quien lo aprendimos?	20 min	Proyector Computadora Diapositivas	
	CONCEPTUALIZACIÓN Exposición sobre los principales cuidados en el embarazo Cuidados durante el parto Cuidados del niño recién nacido y en el primer año	30 min	Instrucciones	

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Investigador

## TALLER 7

### TEMA: NUTRICIÓN

TIEMPO: 120 min

DIRIGIDO: Madres adolescentes del Hospital Alfonso Villagómez

OBJETIVO: Valorar la importancia de la nutrición en el desarrollo del bebé en sus primeros años de vida.

**CUADRO N. 50:** Taller 7

Contenidos	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
NUTRICIÓN	Dinámica de integración	5 min		Facilitador/a Especialista en el tema
	EXPERIENCIA Presentación de imágenes de niños en condiciones de desnutrición	15 min	Carteles	
	REFLEXIÓN Lluvia de ideas sobre lo observado ¿Por qué se presentan niños en esas condiciones? ¿Cuáles son los principales factores que inciden en la nutrición? ¿Cuáles son los alimentos que ayudan al desarrollo del niño? ¿Por qué no es posible prepararlos de buena manera?	20 min	Productos reales	
	CONCEPTUALIZACIÓN Explicación de los principales alimentos y nutrientes que necesita el organismo. Incidencia de los nutrientes en el organismo Recetas más balanceada que requiere el bebé.	40 min	Cartel Proyector Computadora Diapositivas	
	APLICACIÓN Preparación de principales recetas para los bebés.	40 min	Productos reales. Instrucciones	

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Investigador

## TALLER 8

### TEMA: CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

TIEMPO: 90 min

DIRIGIDO: Madres adolescentes del Hospital Alfonso Villagómez

OBJETIVO: Conocer y aplicar los principales cuidados que debe tener un recién nacido

**CUADRO N. 51:** Taller 8

Contenidos	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO	Dinámica de integración EXPERIENCIA Presentación de un video sobre los cuidados del recién nacido	5 min 15 min 20 min	Video DVD TV  Papelote Marcador	Facilitador/ a Especialista en el tema
	REFLEXIÓN Lluvia de ideas sobre lo observado ¿Cuál es la importancia de la atención al recién nacido? ¿Cuáles son las consecuencias de no dar atención al recién nacido? ¿Qué aspectos han sido los más importantes en el cuidado del recién nacido? ¿Hay semejanza o diferencia entre lo observado con lo que hemos venido practicando? CONCEPTUALIZACIÓN	30 min	Proyector Computadora Diapositivas	

	<p>Importancia de la alimentación.  Importancia del control médico  Importancia de la estimulación temprana  <b>APLICACIÓN</b>  En equipos elaborar un conjunto de estrategias para mejorar la atención al bebé en el embarazo, durante el parto y después del parto.</p>	20 min	Papelotes marcadores	
--	---	--------	----------------------	--

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Investigador

## TALLER 9

### TEMA: CONTROL MÉDICO

TIEMPO: 90 min

DIRIGIDO: Madres adolescentes del Hospital Alfonso Villagómez

Objetivo: Valorar la importancia de la atención médica en el desarrollo del bebé

#### CUADRO N. 52: Taller 9

Contenidos	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
CONTROL MÉDICO	Dinámica de integración	5 min		Facilitador/a Médico Especialista en el tema
	EXPERIENCIA Presentación de casos que no acudieron a una atención médica regular	15 min	Papelote Marcador	
	REFLEXIÓN Lluvia de ideas sobre lo observado ¿Por qué es importante la atención médica? ¿Cuáles son las causas por las cuales no asistió a la consulta? ¿Cuáles podrían ser las consecuencias de no asistir al chequeo médico?	20 min		
	CONCEPTUALIZACIÓN Explicación de los principales aspectos de la consulta médica, antes, durante y después del parto.	30 min	Proyector Computadora Diapositivas	
	APLICACIÓN Realizar una práctica de control con los instrumentos de seguimiento y control del niño hasta los cinco años.	20 min	Fichas de control	

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Investigador



## TALLER 10

### TEMA: ESTIMULACIÓN TEMPRANA

TIEMPO: 120 min

DIRIGIDO: Madres adolescentes del Hospital Alfonso Villagómez

Objetivo: Valorar la importancia de la estimulación temprana en el desarrollo socio-afectivo y cognitivo del recién bebé.

#### CUADRO N. 53: Taller 10

Contenidos	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	Dinámica de integración	5 min	Video DVD	Facilitador/a Profesional terapista.
	EXPERIENCIA Presentación de un video sobre estimulación temprana: “Importancia de la caricia”	15 min		
	REFLEXIÓN Lluvia de ideas sobre lo observado ¿Por qué ha sido importante la estimulación temprana? ¿Cuáles podrían ser las consecuencias de no estimular al bebé?	20 min	Papelote	
	CONCEPTUALIZACIÓN Explicación y demostración de técnicas de estimulación temprana	30 min	Manta Crema	
	APLICACIÓN Realizar una práctica de técnicas de estimulación	50 min	Muñeca	

**Elaborado por:** Martha Naranjo

**Fuente:** Investigador

En la reunión anterior se solicitará a las madres los materiales para su práctica.

## Administración

La propuesta debe ser administrada desde el Hospital Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba, a través del área de Servicio Social y psicológico en coordinación de la doctora Martha Naranjo, para garantizar el cumplimiento de los objetivos y contar con el presupuesto que pueda ser asignado para este trabajo.

## Previsión de la evaluación

Para la evaluación se establecerán indicadores de logro, en cada una de los temas Cada uno de los talleres tendrá instrumentos de observación y verificación de las competencias que van adquiriendo las madres adolescentes.

## GUÍA DE EVALUACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿QUÉ EVALUAR?	Los conocimientos alcanzado por las madres adolescentes luego de los talleres de capacitación.
¿POR QUÉ EVALUAR?	Porque es necesario lograr eficiencia en la aplicación de la propuesta
¿PARA QUÉ EVALUAR?	Para alcanzar los objetivos planteados en la propuesta
¿CON QUÉ CRITERIOS?	Pertinencia, coherencia, efectividad, eficiencia, eficacia, etc.
INDICADORES	Capacidades alcanzadas luego del desarrollo de talleres.
¿QUIEN EVALÚA?	Martha Naranjo
¿CUÁNDO EVALÚA?	Evaluación Formativa semanal
¿CÓMO EVALÚA?	Aplicación de Encuestas y Observación de actitudes
FUENTES DE INFORMACIÓN	Madres adolescentes
¿CON QUÉ EVALUAR?	Instrumentos de evaluación–Test de conocimientos

## BIBLIOGRAFÍA.

1. ARBULU, Pamela. BUSTILLOS, Katia. DELUCHI, Claudia. Factores socioeconómicos y personales que influyen en el nivel de conocimiento sobre la atención del recién nacido en primíparas de la victoria. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. 1999. Consultado enero de 2008. Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rfmh\\_urp/v01\\_n1/a09.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rfmh_urp/v01_n1/a09.htm)
2. BEJARANO, Nancy y otros (2008) Protegiendo al recién nacido durante el puerperio la madre adolescente asegura un hijo sano y fuerte. Colombia. 2008.
3. BOJANINI. Juan Fernando. GOMEZ. Joaquín. (2008) Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Colombia.
4. Canessa, P y Connie,N (1996). Manual de Educación Integral del adolescente.
5. CORREA, Hernández. Ana Cecilia. Puericultura del recién nacido. Sociedad Colombiana de Pediatría. Volumen 34 No 4. 2007. Disponible en: <http://encolombia.com/pediatria34499-crianza.htm>
6. CORREA, Lorenza. UNIVERSIDAD DE MEDELLIN. COORDINACION EDITORIAL. Pautas para la presentación de informes. Febrero de 2005.
7. CURSO DE MEDICINA NATURISTA, 2003. Composición y propiedades de la leche materna. Consultado julio de 2007. Disponible en:
8. CONTRATO SOCIAL POR LA EDUCACIÓN (2007) Mirada territorial. Dialogo provincial sobre Educación Chimborazo.
9. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2002), “América Latina y Caribe: indicadores seleccionados con una perspectiva de género”, Boletín Demográfico, N°70
10. DI SILVESTRE PARADIZO, M.C. (1997), Procesos y estructura familiar asociados con el embarazo y con conductas sexuales de alto riesgo en adolescentes, Santiago de Chile, Universidad del Pacífico

11. ENDEMAIN, (2005) Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social :informe preliminar/ CEPAR.- Quito: CEPAR 2005
12. FREITEZ, Rojas. Francisco. (2009) Nivel de conocimientos proporcionados a madres adolescentes durante el control prenatal en relación al cuidado del recién nacido. Servicio de maternidad del Hospital Central Antonio María Pineda. Venezuela. Capítulo II.
13. FREITEZ, FRANCISCO. Nivel de conocimiento proporcionado a madres adolescentes durante el control prenatal en relación al cuidado del recién nacido. Servicios de maternidad del Hospital Central Antonio María Pineda. [Tesis de Pediatría y Puericultura no publicada] Barquisimeto, Estado Lara: Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”, 1999. 9
14. FUNDAMENTOS DE LA LACTANCIA MATERNA.(2007) Guía práctica Lactancia. Posturas para dar de mamar. Disponible en: <http://bebe.consumer.es/lalactancia/posturas-para-dar-de-mamar>
15. GADEA, Nicolás. Confianza contra Desconfianza. Escuela para padres y maestros. Primera edición. México. 2008.
16. GUTIERREZ, S. (2009, ). Alcohol: Embarazo sano, número (9), p.32.
17. HERNÁNDEZ, M. y RÍOS, C.(2006). (Ed). Cómo estimular el desarrollo de los niños y despertar sus capacidades, Colombia: Círculo Latino Austral.
18. INEC, 2002-2011, “Estadísticas Vitales”.
19. KIMMEL SR, RATLIFF-SCHAUB K. Growth and development. In: Rakel RE. Textbook of Family Medicine. 7th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007: chap
20. LEAL, F Y PLATA, E.(2006). Preguntas de madres y padres. Bogotá. 5ta ed. Editorial Médica Internacional.
21. MALDONADO, Josefa. (2007). Lactancia materna. Suplemento Salud entre todos. Otoño 2000 N° 85.. Disponible en:
22. MERCER, Ramona. (1994) Estimulación y asesoramiento a madres adolescentes durante el periodo perinatal en el cuidado del recién nacido. Clínicas de enfermería de Norteamérica. Vol. 2. Cap. 1. Asistencia sanitaria en adolescentes. Editado Interamericana.

23. MARZUCK, MARÍA. Grado de conocimiento de Lactancia Materna de la Madre Adolescente en el hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”. [Tesis de Pediatría y Puericultura no publicada] Barquisimeto, Estado Lara: Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”, 1997. 8.
24. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Manual de normas para la atención Materno Infantil.
25. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, (Henríquez, R. López, R. et. al) 2012, Síntesis de la evidencia para informar políticas de salud. Reducción de la mortalidad materna en Ecuador: opciones para mejorar el acceso a atención materna calificada y de calidad, documento no publicado.
26. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de mortalidad por EDA. Diciembre de 2007.. Disponible en:  
[http://www.ins.gov.co/pdf/vcsp/Protocolo\\_12dic2006\\_EDA\\_2007.pdf](http://www.ins.gov.co/pdf/vcsp/Protocolo_12dic2006_EDA_2007.pdf)
27. MUÑOZ, Juan José. BAENA, Gloria. VENZALA, María José. Guía de cuidados del recién nacido. Hospital Universitario Reina Sofía. Dirección de enfermería. Imprenta Vistalegre. Colombia.
28. Ministerio de Salud Pública (1989). Manual de normas para la atención materno infantil. Quito.
29. NEWMAN, V. (2010, 13 de noviembre). La información: ¿en la urna de cristal?. semana (15). P.10
30. NORWOOD, R. (2003). Las mujeres que aman demasiado. Buenos Aires, 3ra ed.
31. (Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez. Reproducción, salud y sexualidad en América Latina, editorial Biblos, OMS, Buenos Aires, 2000
32. Pantelides, E. A. (1995) La maternidad precoz: la fecundidad adolescente en la Argentina. Buenos Aires: UNICEF Argentina.
33. Pantelides, E. A., R. N. Geldstein y G. Infesta Domínguez (1995) Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia. Buenos Aires: CENEP, Serie Cuadernos del CENEP N° 51.
34. PITA FERNANDEZ, S. (2001) Metodología de la investigación. Tipos de estudios clínicos epidemiológicos. 2001. Disponible en:

- PROFAMILIA. (2006). Salud sexual y reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005. Bogotá. Printex impresores Ltda.
35. SADLER, Michelle. AGUAYO, Francisco. (2006) Gestación adolescente y dinámicas familiares. Centro interdisciplinarios de estudios del género. Universidad de Chile.
36. SADURNI, M y ROSTÁN C,(2008).El desarrollo de los niños paso a paso. Barcelona, 3ra ed. Ed. UOC.
37. UGALDE, N. & BALBASTRE, F. (2013). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa .Buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. Tomado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/economicas/article/view/12730/11978>.
38. VALDIVIA, Verónica.(2009) Conocimiento de las madres adolescentes sobre los cuidados maternos del recién nacido. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Central Universitario “Antonia María Pineda”.
39. VENTURA, Junca. Patricio.(2007) Manual de pediatría. Neonatología. Termorregulación. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en:<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/RNTermo reg.html>
40. VILLALOBOS, Ana Marcela, Psicóloga. Desarrollo psicosexual. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/0010.html>.
41. VITORIA, Isidro. Cuidados del bebé, mitos y errores. 3 ed. 2006. Disponible en <http://www.aguainfant.com>
42. PAPALIA, Diane. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Editorial Mc Graw Hill 3ra.Ed. Pág. 608-613.
43. Ministerio de Salud Pública, (Henríquez, R. López, R. et. al) 2012, Síntesis de la evidencia
44. Para informar políticas de salud. Reducción de la mortalidad materna en Ecuador: opciones
45. Para mejorar el acceso a atención materna calificada y de calidad, documento no publicado.
46. Goldberg,B (2007). Tengo un adolescente en casa 3era. Ed. Lumen – Buenos Aires.

## LEGISGRAFIA

1. Constitución de la República del Ecuador, 2008
2. Código de la Niñez y Adolescencia, 2001
3. Historias clínicas de niños/as. Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

## LINKOGRAFÍA

1. <http://www.slideshare.net/taniadanielar/embarazo-en-la-adolescencia-tr>
2. <http://www.monografias.com/trabajos4/adol/adol.shtml#ixzz2fCpvOLbn>
3. 36. <http://www.crianzanatural.com/art/art38.html>
4. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/lme.pdf>
5. <http://saludybienestarbebesyninos.blogspot.com/2011/06/estres-en-los-recien-nacidos.html>
6. 39. [http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs\\_bmucla/textocompleto/TWA310B352002.pdf](http://bibmed.ucla.edu.ve/Edocs_bmucla/textocompleto/TWA310B352002.pdf)
7. <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-normatizacion/>
8. [http://www.elcomercio.com/sociedad/Lactancia-materna-logros-educativos-mayores-desarrollo-cognitivo-OMS\\_0\\_1112888720.html](http://www.elcomercio.com/sociedad/Lactancia-materna-logros-educativos-mayores-desarrollo-cognitivo-OMS_0_1112888720.html).
9. [http://www.unizar.es/med\\_naturista/lactancia%203/](http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/)
10. [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos\\_estudios/6tipos\\_estudios.a](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios.a)

## ANEXOS

### ENCUESTA

#### HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ”

Es un cuestionario que ayudara a realizar un trabajo de investigación, con el objetivo de determinar cuánto conoce usted sobre puericultura (Actividades que se realizan en la atención y cuidado de la niñez desde etapas previas al nacimiento hasta alcanzar la adultez.), por lo cual es necesario que conteste con toda tranquilidad y franqueza, de las respuestas que usted entregue, depende la eficacia de esta investigación. Los datos obtenidos son confidenciales y solo se los usará para efectos de estudio y elaboración de una propuesta de capacitación.

#### CUESTIONARIO

#### DATOS DEMOGRÁFICOS

Fecha: \_\_\_\_\_

#### I PARTE

1. Edad \_\_\_\_\_ 2. Estado civil \_\_\_\_\_

3. Procedencia: Urbano ( ) Urbano marginal ( ) Rural ( )

4 Cómo se considera: Indígena ( ) Mestiza ( ) Afroecuatoriano ( ) Blanca ( )

5. Nivel de Instrucción:

Ninguna

Básica Incompleta

Básica Completa

Bachillerato Incompleto

Bachillerato Completo

Universidad




## 6. Ocupación actual

---

## 7. Edad del Infante:

---

## 8. Nivel socio-económico

Bajo ( ) Medio bajo ( ) Medio ( ) Medio alto ( ) Alto ( )

## PUERICULTURA PRENATAL

### II. PARTE.

Marque con una equis (X) la respuesta correcta.

### 1. ¿Cómo recibió la noticia del embarazo su familia?

A	Alegres	
B	Tristes	
C	Con Ira	
D	Indiferentes	

### 2. ¿Quién le acompañó durante el parto?

A	Mama	
B	Papa	
C	Hermanos	
D	Pareja	
E	Todos	
F	Ninguno	

### 3. ¿De quién recibió apoyo durante el embarazo?

A	Familia	
B	Pareja	
C	Ambos	

**4. ¿Cuántos chequeos médicos tuvo?**

A	0-2	
B	3-6	
C	7-10	
D	10 y mas	

**5. ¿Dio a luz con asistencia médica?**

A	SI	
B	NO	

**6. ¿Cuándo debe el recién nacido iniciar la lactancia materna?**

A	Inmediatamente	
B	A las 3 horas de vida	
C	A las 6 horas de vida	
D	A las 12 horas de vida	

**7. ¿Qué cuidados debe tener durante el embarazo para no le afecte a su hijo?**

No cargar cosas pasadas	<input type="checkbox"/>
No lavar	<input type="checkbox"/>
No tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>
Alimentarse mejor	<input type="checkbox"/>
Tomar vitaminas	<input type="checkbox"/>
Ir al médico	<input type="checkbox"/>

**8. ¿Cuándo debe el recién nacido iniciar la lactancia materna?**

A	Inmediatamente	
B	A las 3 horas de vida	
C	A las 6 horas de vida	
D	A las 12 horas de vida	

**9. ¿Cada cuántas horas debe alimentarse?**

A	Cada 1 hora	
B	Cada 2 horas	
C	Cada 3 horas	
D	Cuando el niño pida	

**10. En relación a las evacuaciones es normal:**

A	Que evacúe cada vez que coma	
B	Puede evacuar una vez al día	
C	Evacúe 3 a 5 veces al día	
D	Todas son correcta	

**11. ¿Cuántas veces al día debe curarse el cordón umbilical?**

A	1	
B	2-3	
C	3-5	
D	Cada vez que cambie el pañal	

**12. ¿Con qué se cura el cordón umbilical?**

A	Alcohol absoluto	
B	Merthiolate	
C	Violeta de Genciana	
D	Alcohol yodado	

**13. ¿Cuándo se cae el cordón umbilical?**

A	Al nacer	
B	Antes de los 5 días	
C	Entre los 6 a 8 días	
D	Después de los 10 días	

**14. ¿Cuántas horas duerme el recién nacido al día?**

A	10 horas	
B	11-15 horas	
C	16-20 horas	
D	24 horas	

**15. ¿Cuál es la posición ideal para dormir?**

A	Boca arriba o del lado derecho	
B	Boca arriba o del lado izquierdo	
C	Boca abajo o del lado derecho	
D	Boca abajo o del lado izquierdo	

**16. Es preferible que el recién nacido duerma:**

A	Con sus padres en la misma cama	
B	En su propia cuna, en la misma habitación con sus padres	
C	Solo, en otra habitación	
D	Con su madre	

**17. ¿Cuándo se debe bañar por primera vez el recién nacido en su tina o bañera?**

A	Al llegar a casa	
B	Antes de caerse el cordón umbilical	
C	Después de la caída del cordón umbilical	
D	Cuando el niño pida	

**18. El agua para bañar el bebé debe estar:**

A	Fría	
B	Cercana a la temperatura del cuerpo, entre 30 y 40 grados	
C	A temperatura ambiente	
D	Caliente	

**19. ¿Cuántas vacunas debe recibir el recién nacido?**

A	Una	
B	Dos	
C	Tres	
D	Ninguna	

**20. ¿Cuántas veces, durante su primer mes de vida, debe llevarlo al pediatra?**

A	1	
B	2	
C	3	
D	Ninguna	

**21. ¿Qué vacunas puede recibir el recién nacido?**

A	BGG y polio	
B	BGG, polio y hepatitis B	
C	Cada 3 horas	
D	Cuando el niño pida	

**III PARTE**

Marque con una equis (X) la respuesta correcta.

**1. ¿Además de la lactancia materna, debe recibir agua?**

A	Si	
B	no	

**2. Además de la lactancia materna, ¿El recién nacido debe recibir leche maternizada?**

A	Si	
B	no	

**3. ¿El recién nacido debe recibir vacunas?**

A	Si	
B	no	

**4. Luego de curar el cordón umbilical, ¿es aconsejable dejarlo cubierto con el pañal?:**

A	Si	
B	no	

**5. Después de la caída del cordón umbilical ¿Debe usar fajero, moneda o botón para evitar la hernia umbilical?**

A	Si	
B	no	

**6. ¿Puede dormir con almohadas en la cuna?**

A	Si	
B	no	

**7. ¿Puede dejarse el plástico del colchón de la cuna?**

A	Si	
B	no	

**8. ¿Se debe bañar diariamente al recién nacido?**

A	Si	
B	no	

**9. ¿Se deben utilizar hisopos para la limpieza de los oídos del recién nacido?**

A	Si	
B	no	

**10. ¿Se deben asear los genitales del recién nacido?**

A	Si	
B	no	

**11. ¿Usted cree que el recién nacido puede ver, oír, oler, degustar o sentir?**

A	Si	
B	no	

**12. ¿Se le debe al recién nacido desarrollar la visión enseñándole objetos de varios colores, de preferencia en blanco y negro, y figuras geométricas?**

A	Si	
B	no	

**13. ¿Se le debe desarrollar la audición desde que nace, cantándole, hablándole o escuchando música?**

A	Si	
B	no	

**14. ¿Se le debe desarrollar el olfato desde que nace haciéndole oler diferentes aromas?**

A	Si	
B	no	

**15. ¿Se le debe desarrollar el tacto dándole caricias o masajes desde que nace?**

A	Si	
B	no	

**16. ¿Tiene riesgo de enfermar el recién nacido si se pone en contacto con personas enfermas y no está vacunado?**

A	Si	
B	no	

## ANEXO C

## CLAVE DE RESPUESTAS

### II PARTE

### III PARTE

Ítem	Respuesta	Ítem	Respuesta
1	A	1	B
2	D	2	B
3	d	3	A
4	d	4	B
5	A	5	B
6	C	6	B
7	C	7	B
8	A	8	A
9	B	9	B
10	C	10	A
11	B	11	A
12	C	12	A
13	B	13	A
14	B	14	A
		15	A
		16	A