



**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**EL CUIDADO DE LA MADRE ADOLESCENTE
INFLUYE EN EL DESARROLLO DEL NIÑO
MENOR DE CINCO AÑOS. CENTRO DE
SALUD SANTA ROSA.SALINAS.
2013-2014.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del Título de:

LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA

AUTORES:

**SANTISTEVAN ORRALA DIANA NOEMÍ
SUÁREZ RODRÍGUEZ RUBÉN DARÍO**

TUTORA: LIC. FÁTIMA MORÁN SÁNCHEZ, MSc.

LA LIBERTAD-ECUADOR

2014

**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**EL CUIDADO DE LA MADRE ADOLESCENTE
INFLUYE EN EL DESARROLLO DEL NIÑO
MENOR DE CINCO AÑOS. CENTRO DE
SALUD SANTA ROSA.SALINAS.
2013-2014.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

Previo a la obtención del Título de:

LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA

AUTORES:

**SANTISTEVAN ORRALA DIANA NOEMÍ
SUÁREZ RODRÍGUEZ RUBÉN DARÍO**

TUTORA: LIC. FÁTIMA MORÁN SÁNCHEZ, MSc.

LA LIBERTAD-ECUADOR

2014

La Libertad 22 de Septiembre del 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del trabajo de investigación: EL CUIDADO DE LA MADRE ADOLESCENTE INFLUYE EN EL DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS. CENTRO DE SALUD SANTA ROSA.SALINAS.2013-2014, elaborado por la Srta. Diana Noemí Santistevan Orrala y el Sr. Rubén Darío Suárez Rodríguez, egresados de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales y la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de Licenciados, me permito declarar que luego de haber orientado, y revisado, apruebo en todas sus partes.

Atentamente

Lic. Fátima Morán Sánchez, MSc.

TUTORA

CERTIFICACIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA

En mi calidad de Dr. Nicolás A. Barrera Miranda de la especialidad de GRAMÁTICA Y ORTOGRAFÍA, luego de haber realizado y corregido la tesis **EL CUIDADO DE LA MADRE ADOLESCENTE INFLUYE EN EL DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS. CENTRO DE SALUD SANTA ROSA.SALINAS.2013-2014**, de los estudiantes de la Carrera de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, certifico que los estudiantes **SANTISTEVAN ORRALA DIANA NOEMÍ y SUÁREZ RODRÍGUEZ RUBÉN DARÍO**, están habilitados en el correcto manejo del lenguaje, claridad en la expresión, coherencia en los conceptos, adecuado empleo de la sinonimia, corrección ortográfica y gramatical.

Es cuanto puedo decir en honor a la verdad.

La Libertad 22 de Septiembre del 2014

Dr. Nicolás A. Barrera Miranda.

Registro N° 1006-06-665122-CONESUP.

Ex profesor de la facultad de filosofía y letras de la Universidad de Guayaquil.

Ex profesor principal de la UPSE.

DEDICATORIA

A Dios por darme la fortaleza para seguir adelante, a mis queridos padres y hermanos por ser mi apoyo incondicional e inspiración para mejorar cada día. Por creer siempre en mí y ayudarme a alcanzar mi tan anhelado sueño. Por eso y mucho más...

Diana

Dedico este trabajo a Dios y a todas las personas que creyeron en mí, especialmente a mi padre que, lamentablemente no se encuentra con nosotros, y por supuesto a mi madre, pilar fundamental en mi formación y educación. A mi esposa e hijo quienes son mi mayor motivación para seguir adelante.

Rubén

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecemos a Dios por estar siempre guiándonos en cada paso que damos y por darnos la fortaleza de seguir adelante, puesto que gracias a sus bendiciones pudimos culminar con éxito este trabajo de investigación.

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena que nos supo acoger, enseñándonos valores éticos y morales, así como los conocimientos científicos y prácticos, necesarios para nuestra profesión.

A nuestra tutora Lcda. Fátima Morán Sánchez, quien nos ha guiado durante todo el proceso de la investigación, brindándonos asesoría, orientación, comprensión y por el tiempo dedicado a este trabajo de investigación.

A los docentes quienes han impartido sus sabios conocimientos para ponerlos en práctica en la vida profesional y personal, siendo valiosa la ayuda brindada en cada etapa estudiantil, gracias a todos ellos fue posible plasmar y realizar este proyecto de manera eficiente.

Diana & Rubén

TRIBUNAL DE GRADO

Lcdo. Guillermo Santa María S, MSc.

DECANO DE LA FACULTAD

DE C.C. SOCIALES Y DE LA SALUD

Dr. Juan Monserrate Cervantes, MSc.

DIRECTOR DE LA ESCUELA

DE CIENCIAS DE LA SALUD

Lic. Sonnia Santos Holguín, MSc.

PROFESOR DEL ÁREA

Lic. Fátima Morán Sánchez, MSc.

TUTORA

Ab. Joe Espinosa Ayala

SECRETARIO GENERAL

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**EL CUIDADO DE LA MADRE ADOLESCENTE INFLUYE EN EL
DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS.
CENTRO DE SALUD SANTA ROSA.SALINAS
2013-2014.**

Autores: Diana Noemí Santistevan Orrala y
Rubén Darío Suárez Rodríguez.

Tutora: Lcda. Fátima Morán Sánchez. MSc

RESUMEN

El embarazo y la maternidad a cualquier edad, tienen un impacto psicológico, cultural, social y biológico, y en la adolescencia supone mayores dificultades tanto en la madre como en el hijo. Este trabajo parte de un estudio cuali-cuantitativo y tiene como objetivo determinar la influencia del cuidado de la madre adolescente en el desarrollo del niño menor de 5 años que acude al Centro de Salud Santa Rosa, para ello estudiamos 40 diadas madre-hijo en cuatro dimensiones: El grado de afecto y amor en la interacción madre-hijo, las prácticas alimenticias que reciben los niños en sus hogares, el tipo de higiene y conductas de desarrollo del niño utilizando como instrumentos de recolección de datos la encuesta, el test de Denver y la observación activa y directa. Los datos obtenidos dieron como resultado que los niños de las madres adolescentes se ven influenciados por el tipo de cuidado que éstas les puedan brindar y que ello se puede evidenciar en las diferentes etapas del desarrollo del niño ya que el rango de edad de 1-4 años, solo el 67 % aprobó el test de Denver, el 28% falló y el 5 % fue invalidado. Ante estos resultados se diseña una propuesta que intente promover en las madres adolescentes actividades de autoconocimiento acerca del cuidado materno y del desarrollo infantil.

PALABRAS CLAVES: Cuidado, madre adolescente, desarrollo del niño.

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**THE CARE OF THE TEENAGE MOTHER HAS AN IMPORTANT
INFLUENCE ON THE DEVELOPMENT OF CHILDREN OVER
FIVE YEARS OLD. CENTRO DE SALUD SANTA ROSA.
SALINAS. 2013-2014**

Autores: Diana Noemí Santistevan Orrala y
Rubén Darío Suárez Rodríguez.

Tutora: Lcda. Fátima Morán Sánchez. MSc

ABSTRACT

The pregnancy and the maternity have a big impact psychological-cultural, social, and biological at any age and in the adolescence suppose a biggest complication in mother and children. This work begin with a quantitative and qualitative study, it aims to determine the influence of maternal care in developing adolescent. child under 5 years old who attends to the Rosa Health Center, for this we've been studying 40 groups of mother and son respectively in four dimensions, the grade of affection & love into mother-son and the nourishing practices that children receive in their homes, the hygiene's type that children receive in the care of their mothers and children's development behavior using as data collection's instrument (the test of Denver) and active and direct observation. The dates got in this one gave us like results that: mother's adolescents children are influenced by the type of care that they can offer them. & that can be evidenced in the different stages of child development since the 1-4 age range years, just 67 % passed the test of Denver, the 28% failed and 5% was invalided. Gave this results were developing a program that tries to promote the activities of self- teenagers in the mothers about maternal and child development.

KEY WORDS: Care, teenage mother, child development.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
REVISIÓN GRAMATICAL Y ORTOGRÁFICA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
TRIBUNAL DE GRADO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
FORMULACIÓN O ENUNCIADO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS	8
HIPÓTESIS	8
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes investigativos	9
1.2 Fundamentación científica	10
1.2.1 Maternidad en la adolescencia.	10
1.2.2 El desarrollo de la adolescente con la llegada de un hijo.	11
1.2.3 Los niños de madres adolescentes: posibles consecuencias en el desarrollo	12
1.2.4 Desarrollo del niño en la primera infancia	13
1.2.5 Tipos del desarrollo del niño.	14
1.2.6 Cuidados que requieren los niños menores de cinco años	22

1.2.7 Teorías de enfermería relacionadas con el “Papel Maternal” y la “Interacción madre-hijo”	30
--	----

1.3 Marco legal

1.3.1 Constitución Política de la República del Ecuador	32
1.3.2 Código de la Niñez y Adolescencia	34

1.4 Marco conceptual

1.4.1 Adolescencia	36
1.4.2 La maternidad en la adolescencia	36
1.4.3 Infancia	36
1.4.4 Desarrollo motor grueso	36
1.4.5 Desarrollo motor fino	36
1.4.6 Desarrollo infantil	36
1.4.7 Amor maternal	37
1.4.8 Afecto	37
1.4.9 Higiene	37
1.4.10 Nutrición	37

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Diseño de la investigación	38
2.2 Modalidad de la investigación	38
2.3 Fuente de datos	39

2.4 Población y muestra	39
2.5 Operacionalización de las variantes	40
2.6 Técnicas e instrumentos de la investigación	49
2.7 Pruebas piloto	49
2.8 Procedimientos para la obtención de datos	49
2.9 Procesamientos y representación de datos	49
2.9.1 Consideraciones éticas	50
2.10 Talento humano	50

CAPÍTULO III

3.1. Análisis e interpretación de resultados	51
--	----

CONCLUSIONES	57
---------------------	----

RECOMENDACIONES	59
------------------------	----

BIBLIOGRAFÍA	60
---------------------	----

ANEXOS	63
---------------	----

GLOSARIO	90
-----------------	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.- Permiso para la obtención de datos	64
Anexo 2.- Consentimiento informado	65
Anexo 3.- Instrumento para la obtención de datos	66
Anexo 4.-Cronograma	79
Anexo 5.- Presupuesto	80
Anexo 6.- Tablas y gráficos estadísticos	81
Rangos de edades de los niños menores de 5 años	81
Porcentaje de niños que aprobaron, fallaron e invalidaron el	
Test De Denver, según edad.	82
Grado de afecto y amor en la interacción madre – hijo.	84
Anexo 7.- Evidencia fotográficas	85

PROPUESTA

	Pág.
Antecedentes	94
Marco institucional	94
Objetivo general	95
Objetivos específicos	95
Beneficiarios	96
Metodología	96
Actividades	96
Recursos	96
Evaluación	97
Presupuesto	98
Bibliografía	99

INTRODUCCIÓN

Salir adelante con los retos que conlleva la maternidad se torna dificultoso ya que no todas las madres pueden llegar a cumplir con madurez y responsabilidad las actividades necesarias, que conllevan esta importante etapa en la vida de las mujeres. El desarrollo óptimo de los hijos depende fundamentalmente de las acciones de su cuidador, responsabilidad que se le dificulta aún más a una madre adolescente, ya que debe asumir un rol adulto. A nivel mundial, uno de cada diez partos corresponde a una madre adolescente. En el Ecuador, hay alrededor de 7 millones de mujeres de las cuales 3'645.167 son madres y cerca de 122.301 son adolescentes.

De acuerdo a Bowlby, una mala interacción madre-hijo y un ambiente hostil son elementos que pueden impedir el desarrollo sano del niño y su capacidad de superar los obstáculos que aparezcan, y es ésta la razón la cual nos motivó a realizar este trabajo investigativo, cuya finalidad es la de determinar la influencia del cuidado de la madre adolescente en el desarrollo del niño menor de 5 años que acude al Centro de Salud Santa Rosa, y demostrar que las acciones que la madre realiza en las conductas de desarrollo, el grado de afecto y amor, las prácticas alimenticias y el tipo de higiene influyen en el desarrollo normal del niño menor de 5 años, aplicando una metodología de estudio de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo y transversal, teniendo como universo 40 diadas, madre e hijo, es decir una población total de 80 participantes, utilizando la encuesta y la observación directa como instrumentos de recolección de datos. Este estudio contiene una revisión bibliográfica de estudios acerca de madres adolescentes y sus hijos, enfocados en el tipo de cuidado que reciben y en el desarrollo normal de estos.

Se efectúa el debido procedimiento para la obtención de datos, así como el procesamiento de los mismos a través del programa Excel, considerando la parte

Ética en la aplicación de la encuesta del trabajo de investigación, obteniendo resultados claros que indican que los niños de las madres adolescentes se ven influenciados por el tipo de cuidado que estas le puedan brindar y que ello se puede evidenciar en las diferentes etapas del desarrollo del niño ya que el rango de edad de 1-4 años, solo el 67 % aprobó el test de Denver, el 28% falló y el 5 % fue invalidado. Ante estos resultados se diseña una propuesta que intente promover en las madres adolescentes actividades de autoconocimiento acerca del cuidado materno y del desarrollo infantil

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Salir adelante con los retos que conlleva la maternidad se torna dificultoso ya que no todas las madres pueden llegar a cumplir con madurez y responsabilidad las actividades necesarias, que conllevan esta importante etapa en la vida de las mujeres. De acuerdo a Gala & Lupiani (2003), el desarrollo óptimo de los hijos depende fundamentalmente de las acciones de su cuidador, responsabilidad que se le dificulta aún más a una madre adolescente, ya que debe asumir un rol adulto que le permita crecer y madurar como madre a pesar de que muchas veces se presentan dificultades psicosociales propias de la edad.

Según la OMS el embarazo en la adolescencia se define como aquel que se produce entre los 11 y 19 años. Se estima que 16 millones de jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se produce en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen (2002); esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. A nivel mundial, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente, siendo las cifras más altas en África y América Latina.

En el Ecuador, hay alrededor de 7 millones de mujeres de las cuales 3'645.167 son madres y cerca de 122.301 son adolescentes, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010). De acuerdo al rango de edad el 3,4% de las madres tienen entre 12 y 19 años, es decir 122.301 son madres adolescentes. En una interesante conclusión de un estudio sobre el maltrato infantil de la Asociación para el Desarrollo Integral para Personas Violadas AC (ADIVAC): "El embarazo en la adolescencia no solo perjudica la vida de las jóvenes debido a la frustración por tener la juventud abortada y la responsabilidad de cuidar de un bebé sino también trae consecuencias para sus hijos que están propensos a sufrir más violencia doméstica". Los hijos de madres adolescentes

como complicaciones tardías puede presentar retraso en el desarrollo e incapacidad para el aprendizaje (Peláez, 2002). La primera condición para que un niño se desarrolle bien es el afecto de su madre o de la persona encargada de su cuidado. La falta de afecto y de amor en los primeros años de vida dejará marcas definitivas, constituyendo uno de los riesgos más importantes para el buen desarrollo del menor.

Las observaciones que se tuvieron de diversos estudios recientes, sugieren que las madres adolescentes tiene patrones de interacción malos con sus hijos recién nacidos y con los que empiezan a caminar, dedican menos tiempo a hablar con ellos, mantienen menor contacto visual y utilizan más los castigos que las mujeres adultas, las adolescentes mayores con frecuencia afrontan los problemas de la crianza de sus hijos de manera más realista que las más jóvenes porque sus destrezas cognoscitivas son más amplias, tienen mayor desarrollo psicosocial y cuentan con una red de apoyo más grande. Las madres adolescentes jóvenes en general, muestran comportamientos agresivos hacia el niño. En conclusión según los estudios, los cuidados maternos no son los adecuados y se observa un alto índice de retraso en el desarrollo físico y educativo entre los niños que nacen de madres adolescentes en comparación con los que nacen de madres de mayor edad. (Botero J. & Jubis A, 2008.)

El tema de la maternidad adolescente no solo ha sido definido como problema prioritario a nivel mundial sino también nacional, lo cual permitió obtener reportes en el 2010 para la provincia de Santa Elena, registrando un 14% de adolescentes embarazadas de todo el país, pero esta cifra disminuyó al 11% (3472 adolescentes) una vez que el Gobierno Central implementó la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazo Adolescente (ENIPLA) con el slogan “Habla serio sexualidad sin misterios”, que busca trabajar en distintos campos sobre prevención y atención para adolescentes.

El cantón Salinas tiene una población urbana de 34.719 habitantes de los cuales 3.282 son mujeres adolescentes (INEC 2010), en el Centro de Salud Santa Rosa se atienden un promedio de 90 personas diariamente en Odontología, Medicina General, y Obstetricia; de ésta última son 30 mujeres de las cuales 2 son jóvenes adolescentes con hijos menores de 5 años, información proporcionada por el Área de estadística de dicho Centro de Salud. Entre los casos observados en el Centro de Salud se encuentran, el maltrato infantil por parte de las madres y el desconocimiento de enfermedades propias de este grupo etario, y en los niños a consecuencia de esto, problemas de conducta y bajo rendimiento intelectual. Así mismo se evidencia que las diferencias relacionadas en la edad, las actitudes y las conductas de crianza materna contribuyen a la mayor incidencia de problemas escolares, conductuales y emocionales de los hijos de madres adolescentes, poca vocalización de sus hijos, etc. El estudio del cuidado que se brinda a los niños menores de 5 años, de parte de las madres adolescentes que asisten al centro de Salud de la parroquia Santa Rosa, servirá para analizar dicho cuidado y con ello proponer cambios que beneficien tanto a las madres como a sus hijos.

FORMULACIÓN O ENUNCIADO DEL PROBLEMA

En base al contexto expuesto anteriormente se enuncia el siguiente problema: **¿De qué manera influye el cuidado de la madre adolescente en el desarrollo del niño menor de 5 años?**

JUSTIFICACIÓN

La importancia del cuidado de las madres adolescentes, influye en el desarrollo del niño menor de 5 años, por lo tanto es necesario analizar la calidad del cuidado que brinda la madre adolescente y el impacto del infante mientras se va desarrollando, ya que éste a través de la madre establece su primer contacto con el mundo y es con ella con quien experimentará sus primeras interacciones. La madre muchas veces por su inmadurez física y emocional no cumple con las cualidades necesarias para fomentar el óptimo desarrollo del niño.

De acuerdo a Bowlby, una mala interacción madre-hijo y un ambiente hostil son elementos que pueden impedir el desarrollo sano del niño y su capacidad de superar los obstáculos que aparezcan, y es ésta la razón la cual nos motivó a realizar este trabajo investigativo, cuya finalidad es la de determinar la influencia del cuidado de la madre adolescente en el desarrollo del niño menor de 5 años que acude al Centro de Salud Santa Rosa.

Con el apoyo del Centro de Salud de Santa Rosa se podrá acceder a la información de las usuarias que se enmarquen al perfil que está siendo tomado en consideración para realizar el trabajo investigativo, así mismo los instrumentos a emplear son la encuesta, que se implementarán con la finalidad de obtener información relevante y confiable que dé solución al problema.

Con los resultados obtenidos de esta investigación, se beneficiará la carrera de enfermería y a los estudiantes de las futuras generaciones puesto que es un trabajo de investigación que estudia el desarrollo del niño y el cuidado que la madre adolescente le proporciona a éste; la comunidad de Santa Rosa dentro de la cual forma parte el Centro de Salud, contando con una investigación factible y

oportuna al poseer datos reales acerca de la problemática de la población; también se beneficiarán las madres adolescentes y los niños ya que al ejecutar la propuesta se promoverá en ellas actividades de autoconocimiento acerca del cuidado materno y del desarrollo infantil.

En virtud que no existen antecedentes sobre el tema, la presente investigación será de gran ayuda y a la vez servirá de base para futuros estudios en temas interesados en resaltar la importancia del desarrollo del niño, dando a conocer de qué manera influyen los cuidados que la madre adolescente les proporciona a éstos, o inclusive para contribuir con nuevas ideas que enriquezcan el tema con el cual se podrán realizar comparaciones y evaluaciones que demuestren significativamente la aplicación de las recomendaciones que se citarán.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la influencia del cuidado de la madre adolescente en el desarrollo del niño menor de cinco años que acude al Centro de Salud Santa Rosa.2013-2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar las acciones que la madre realiza en las conductas de desarrollo del niño.
- Determinar el grado de afecto y amor en la interacción madre-hijo
- Verificar las prácticas alimentarias que reciben los niños en sus hogares.
- Identificar el tipo de higiene que reciben los niños en el cuidado de su madre.
- Promover en las madres adolescentes el conocimiento acerca del cuidado materno y del desarrollo infantil.

HIPÓTESIS

Las acciones que la madre realiza en las conductas de desarrollo, el grado de afecto y amor, prácticas alimenticias y el tipo de higiene influyen en el desarrollo normal del niño menor de cinco años.

CAPÍTULO I

MARCO CIENTÍFICO

1.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Los estudios acerca de la adolescencia y las consecuencias del embarazo y la maternidad apuntan a señalar el "Síndrome de las embarazadas adolescentes" que se define:

1. Fracaso de las funciones de la adolescencia

- Adquisición de independencia
- Logro de la propia identidad
- Determinación del papel sexual
- Desarrollo de un sistema de valores y elección vocacional.

2. Fracaso en la continuación de vida académica o en su preparación para la vida adulta.

3. Fracaso para constituir una familia estable por lo general matricéntricas y monoparental.

4. Fracaso para sostenerse a sí misma, dependiendo de su familia o del bienestar social. (Gómez, 2011)

Al ser madres adolescentes inexpertas en el cuidado de un niño tienden a brindarles una deficiente alimentación demostrando falencias en el cuidado; así como lo indican: Gupta y Leite, (2001); Pedreira (1998); Vázquez, Almirall, Cruz y Álvarez, (1997); Silva y Salomão, (2003), "Otras características que aparecen en las investigaciones sobre la maternidad en la adolescencia son la mala nutrición y una mayor posibilidad de abuso o negligencia en el cuidado del hijo".

Otro estudio interesado en los factores de riesgo a los que están expuestos los hijos de madres entre 15-19 años realizado en Brasil reveló que en comparación a los hijos de madres entre 20-24 años, los niños de madres adolescentes presentaban en la medida del Apgar en el primer minuto de vida, asfixia moderada y grave, en comparación con los niños de las madres adultas. También fueron investigados datos no solo de salud física del niño sino de salud mental, problemas en el aprendizaje y comportamiento. (Figueiras,A., Neves,I., 2011)

1.2 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.2.1 LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA.

La maternidad y paternidad son roles de la edad adulta. Cuando sobreviene un embarazo en una pareja adolescente, atribuye a los jóvenes una adaptación forzada a esta situación para la cual, la mayoría no están emocional ni socialmente preparados. (Gómez, 2011)

La "Tasa de Fecundidad Adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "Tasa de Fecundidad General (TFG)", determinando un acrecentamiento en el porcentaje de niños de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. (Gómez, 2011)

El embarazo y la adolescencia son etapas de la vida muy importantes a cualquier edad pero en la adolescencia estos se ven afectados pueden haber complicaciones tanto para el hijo y la madre. En las adolescentes embarazadas se han diagnosticado riesgos médicos referentes al embarazo como las preclamsias (hipertensión en el embarazo), la anemia, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, el bajo peso al nacer entre otras que determinan la incidencia de la morbilidad materna y la mortalidad infantil. (Gómez, 2011)

La maternidad en la adolescencia es un fenómeno que merece especial atención debido a sus implicaciones no sólo en la vida de las jóvenes, sino también en la de sus familias, pareja y en el desarrollo del niño. Son muchos los factores implicados en este asunto, como la interferencia que puede suponer en el proceso evolutivo de las jóvenes y de sus niños, la constelación familiar, el acceso a recursos, la posibilidad de intervenciones, además de los aspectos sociales y culturales que envuelven el asunto. (Gómez, 2011)

1.2.2 EL DESARROLLO DE LA ADOLESCENTE CON LA LLEGADA DE UN HIJO.

Sin depender estrictamente del camino elegido, las consecuencias de la maternidad adolescente suelen ser:

- a) Abandono de la escuela: el embarazo fue una de las causas más frecuentes del abandono escolar en un estudio de Liskin en 1986. Los motivos pueden ser por vergüenza o por planes de educación formal difíciles de cumplir cuando se está criando a un hijo. (Silber, 2008)
- b) Situaciones de riesgo perinatal para la madre y el niño, que llevan al fracaso en la crianza. (Silber, 2008)
- c) Maltrato psicofísico del niño: en parte porque es el modelo que recibieron y además porque culpan al niño por la situación en la que están. (Silber, 2008)
- d) Interrupción definitiva del proceso de adolescencia: para asumir roles paternos y maternos con todas las exigencias que esto implica. (Silber, 2008)

1.2.3 LOS NIÑOS DE MADRES ADOLESCENTES: POSIBLES CONSECUENCIAS EN EL DESARROLLO

Los primeros años de vida son un período crítico y fundamental en el desarrollo del ser humano, en el que se produce el máximo crecimiento y desarrollo del organismo y del sistema nervioso central. Cuanto más pequeño es el niño, mayor es su vulnerabilidad y más puede verse afectado por las condiciones adversas del medio en el que se desarrolla. (Gilbert, 2008)

En la actualidad en Ecuador la población infantil está en riesgo. La desnutrición, sumada a problemas de violencia, maltrato, abuso familiar y el descuido en la atención al niño en madres adolescentes, hace que un gran número de niños experimente retrasos en su crecimiento y desarrollo, que afectarán su calidad de vida y posibilidades futuras. (Gilbert, 2008)

Los niños que son cuidados por madres adolescentes están propensos a la negligencia física o abandono físico que incluye:

- Falta de protección al niño de posibles lesiones.
- Falta de provisión de cuidados médicos adecuados, cuando el niño está enfermo.
- Abandono temporal del niño sin proveer el cuidado sustitutivo.
- Falta de observación de reglas mínimas de seguridad y prevención de accidentes.
- Permitir que el niño presencie eventos de violencia.

La negligencia puede ser fatal debido a la falta de cuidado físico, inadecuada nutrición o cuidado médico. Y tan importante para la vida como es alimentarse y

recibir atención médica, es recibir estímulos emocionales y afectivos. Entre las consecuencias más comprobadas se puede mencionar retraso en el desarrollo psicomotor, trastornos en el lenguaje y en su desarrollo emocional. (Gilbert, 2008)

1.2.4 DESARROLLO DEL NIÑO EN LA PRIMERA INFANCIA.

El desarrollo infantil es un proceso que comienza desde la concepción y envuelve aspectos que van desde el crecimiento físico, hasta la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño. El resultado es un niño competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida. (Galarza, 2013)

La primera infancia es un período fundamental desde el período prenatal hasta los 2 años en la constitución del ser humano. Ahí se dan importantes procesos de maduración y aprendizaje que permiten al bebé, descubrir el mundo, lograr autonomía, interactuar y desarrollar al máximo sus potencialidades. (Figueiras,A., Neves,I., 2011)

Durante el último trimestre de la gestación y hasta los 3 años de vida se desarrollan muchas de las estructuras del cerebro y se establece todo un sistema de interconexiones esenciales para su correcto funcionamiento y el de todo el sistema nervioso central. Componentes tan fundamentales como la confianza, la curiosidad, la capacidad para relacionarse con los demás y la autonomía, dependen del tipo de atención y cuidado que reciben los niños por parte de ambos padres y de las personas encargadas de cuidarlos. Lo que aprenden los niños y niñas durante los primeros años va a determinar en gran medida tanto en su desempeño en la escuela primaria como los logros intelectuales, sociales y

laborales a lo largo de su vida. El terreno perdido en materia de aprendizaje y desarrollo durante los primeros tres años de vida nunca se recupera. En conclusión lo expuesto determina que los niños que no reciben lo que necesitan durante esta etapa, en el futuro no podrán desarrollar todo su potencial. (Unicef, 2001).

1.2.5 TIPOS DE DESARROLLO DEL NIÑO.

La infancia, es el período durante el cual los infantes muestran un desarrollo sorprendente en diversas áreas, el tamaño del cuerpo es la manifestación más evidente del crecimiento físico del infante, aunque las partes internas del cuerpo, como los huesos, el corazón, los pulmones y el sistema nervioso, también crecen muy rápidamente: y este crecimiento conduce a la afinación de las aptitudes perceptuales y motrices. (Safarino, 2000)

También son muy importantes otras tres áreas del desarrollo infantil. Conforme se desarrolle su lenguaje comenzará a comunicar sus necesidades e ideas; precisamente en su primer año de vida será capaz de pronunciar sus primeras palabras. El rápido progreso de sus capacidades lingüísticas le ayudará a pensar y desarrollar relaciones sociales; una de las relaciones más importante que desarrollará es el vínculo afectivo con sus padres. (Safarino, 2000)

DESARROLLO MOTOR.

Una de las características contrastante de la infancia es que los actos conductuales voluntarios reemplazan o complementan las respuestas automáticas (reflejas) del recién nacido. Esta secuencia es predecible, bien conocida y corresponde al crecimiento del sistema nervioso. Empieza con una dirección de arriba hacia abajo ya que el niño primero controla la cabeza y luego el tronco es decir los bebés son capaces, primero de controlar voluntariamente sus músculos faciales, luego los

músculos del cuello y de los hombros, y finalmente los dedos de los pies y manos. (Safarino, 2000)

Para descubrir el desarrollo del movimiento se divide en motor grueso y motor fino. El área motora gruesa se fundamenta en la evolución de los cambios de posición del cuerpo y la capacidad de mantener el equilibrio. La motora fina se basa en los movimientos finos coordinados entre ojos y manos. (Brugué, 2008)

De 0-1 mes: motricidad fina: la mayor parte del tiempo los puños los mantiene cerrados. También se puede apreciar que al acariciar la palma de la mano, se produce una contracción tónica de cuatro dedos excepto el pulgar. (Brugué, 2008)

De 0-1 mes: motricidad gruesa: presenta postura fetal. Difícilmente levanta la cabeza ya que su tonicidad muscular es pobre. Flexiona sus extremidades y su cuerpo adapta la posición de acuerdo a la persona que lo carga. (Brugué, 2008)

De 1-2 meses: motricidad fina: sus pulgares se encuentran flexionados y sus manos están cerradas. (Brugué, 2008)

De 1-2 meses: motricidad gruesa: presenta reflejo de marcha cuando se lo carga desde las axilas. Aun sus movimientos son involuntarios y desordenados pero ya es capaz de levantar y mantener la cabeza unos diez segundos. (Brugué, 2008)

De 2-3 meses: motricidad fina: le gusta sostener el dedo de una persona adulta. (Brugué, 2008)

De 2-3 meses: motricidad gruesa: flexiona las extremidades de manera constante agitando manos y pies. Recostado gira hacia la posición dorsal. (Brugué, 2008)

De 3-4 meses: motricidad fina: extiende sus manos con las manos abiertas y juega e investiga el uso de sus manos. (Brugué, 2008)

De 3-4 meses: motricidad gruesa: es capaz de sostener la cabeza pues han tonificado los músculos del cuello, además puede permanecer sentado pero con ayuda. Desde la posición dorsal es decir boca arriba puede girar hacia la posición ventral es decir boca abajo. (Brugué, 2008)

De 4-5 meses: motricidad fina: la mayor parte del tiempo mantiene las manos abiertas. En esta etapa de su vida demuestra que es ambidiestro, también traslada objetos de una mano a otra. (Brugué, 2008)

De 4-5 meses: motricidad gruesa: cuando se emociona mueve las manos y las piernas activamente. Agarrándolo de las manos, se incorpora sin que tire su cabeza para atrás. (Brugué, 2008)

De 5-6 meses: motricidad fina: empleando las palmas toma objetos. Aun presenta dificultad para soltar un objeto. En este período ya da palmadas con las manos. (Brugué, 2008)

De 5-6 meses: motricidad gruesa: al apoyarse en sus manos intenta arrastrarse y gatear. Ejecuta todos los cambios de posición boca abajo, boca arriba y viceversa. (Brugué, 2008)

De 6-7 meses: motricidad fina: pretende agarrar la mayoría de los objetos que encuentra a la vista. se lleva los pies a la boca con la ayuda de las manos. Mantiene un objeto en cada mano. (Brugué, 2008)

De 6-7 meses: motricidad gruesa: tiene control en sus movimientos ya que ha desarrollado su tonicidad muscular. Permanece sentado sin apoyo pero por algunos segundos y de manera vacilante. (Brugué, 2008)

De 7-8 meses: motricidad fina: sigue presentándose ambidiestro. Para arrastrar objetos utiliza un movimiento de barrido. Puede introducir objetos en una caja. (Brugué, 2008)

De 7-8 meses: motricidad gruesa: se fortalecen los músculos de las piernas facilitando el gateo para luego intentar mantenerse de pie agarrado de un mueble mientras va dominando la postura erguida, en esta etapa sus movimientos son más seguros. (Brugué, 2008)

De 8-9 meses: motricidad fina: para tomar objetos utiliza el índice y el pulgar. Con el dedo índice señala un objeto o un lugar deseado. Con una mano hace rodar una pelota. (Brugué, 2008)

De 8-9 meses: motricidad gruesa: sobre sí mismo rota con facilidad. Sentado se mantiene firme. La destreza de gateo la ha perfeccionado y se sitúa de pie sin ayuda dando pasos hacia los lados. (Brugué, 2008)

De 9-10 meses: motricidad fina: trata de sacar objetos de cajas. Utiliza el dedo índice para explorar. (Brugué, 2008)

De 9-10 meses motricidad gruesa: sigue perfeccionando el gateo y estando de pie es capaz de sentarse. (Brugué, 2008)

De 10-11 meses: motricidad fina: su trazo es muy débil pero intenta garabatear una hoja de papel. Con su mano coge el biberón. (Brugué, 2008)

De 10-11 meses: motricidad gruesa: se ha desarrollado la coordinación al masticar favoreciendo a la articulación de sonidos. El 100% de su peso corporal es sostenido por las piernas. Apoyado en una pared da sus primeros pasos e intenta subir sillas y escaleras. (Brugué, 2008)

De 11- 12 meses: motricidad fina: camina de la mano de un adulto, construye torres y con atención escucha cuentos. (Brugué, 2008)

De 11-12 meses: motricidad gruesa: es posible que ya camine pero para buscar la gravedad lo hace con su cabeza hacia adelante. (Brugué, 2008)

De 1-2 años: motricidad fina y gruesa: abotona botones grandes, hace trazos y torres. Pasa las páginas de un libro. Sube y baja escaleras. Salta y patea una pelota. Come solo. Se para en puntillas. Dibuja círculos y los pinta. Desarrolla el equilibrio y la capacidad de imitación. (Brugué, 2008)

De 2-3 años: motricidad fina y gruesa: regula con mayor facilidad su velocidad al correr. Tira la pelota para distintas direcciones y durante períodos más largos permanece sentado. (Brugué, 2008)

De 3-4 años: motricidad fina y gruesa: utiliza con facilidad un crayón realizando diferentes tipos de trazos, desarrolla su expresión corporal participando en dramatización de cuentos. (Brugué, 2008)

DESARROLLO LINGÜÍSTICO

Mucho antes de que un bebé pronuncie aquella primera palabra tan esperada, ya ha comenzado el proceso de comunicación y adquisición del lenguaje. Dos hechos de interacción pre-verbal con el mundo del bebé contribuyen al desarrollo del lenguaje: primero los infantes escuchan los sonidos de su voz y de la de otras personas; y segundo, los sonidos que emiten provocan la atención de los padres. (Safarino, 2000)

Los infantes tienen muchas experiencias pre-verbales que los preparan para hablar; sincronizan sus movimientos corporales con el lenguaje humano y pueden percibir sutiles diferencias entre sonidos; vocalizan inicialmente llorando, después arrullando y finalmente balbuciendo. Hacia el final del primer año los bebés pronuncian sus primeras palabras, las cuales usan para formar oraciones de una sola palabra. (Safarino, 2000)

Al iniciar la etapa de la niñez, el bebé ya posee el dominio de aptitudes lingüísticas muy importantes. El niño está ahora en el umbral de la enorme tarea de adquirir no sólo una gran cantidad de palabras sino también habilidades gramaticales y mentales; y conforme pase el tiempo, el lenguaje desempeñará una función siempre mayor en el desarrollo social y personal del niño. (Safarino, 2000)

Para descubrir el desarrollo del lenguaje en el infante se divide en: lenguaje receptivo y lenguaje expresivo, de acuerdo a la edad tenemos:

De 0-3 meses:

Desde el nacimiento a los 3 meses, de acuerdo al lenguaje receptivo el bebé ya reconoce la voz de su madre y se calla si está llorando. (Quintana, 2011)

En el lenguaje expresivo: el bebé llora de distinta manera dependiendo de las necesidades que tiene. (Quintana, 2011)

De 4-6 meses:

A los 4 y 6 meses de edad en el lenguaje receptivo el bebé mueve los ojos hacia la dirección donde se produce el sonido. (Quintana, 2011)

En el lenguaje expresivo el bebé sonríe, balbucea y emite sonidos cuando juega con la mamá. (Quintana, 2011)

De 7 meses-1 año:

A los 7 meses hasta el año de edad en el lenguaje receptivo el bebé, acompañados de gestos faciales y manuales se divierte y goza de juegos infantiles que tengan rima y melodías, acata nombres de cosas comunes como leche, agua, pelota. (Quintana, 2011)

Comienza a responder mandatos y preguntas como “ven acá” y “¿quieres más?”.

Reconoce su nombre.

Cambia gestos con su cuidador como dar, alcanzar y tomar.

De acuerdo al lenguaje expresivo el niño para llamar la atención de los demás usa el habla y sonidos sin tener que llorar, usa 1 o 2 palabras como mamá, papá, no, agua. (Quintana, 2011)

De 1-2 años:

Desde el primer año hasta los 2 años de edad el niño en su lenguaje receptivo ya reconoce las diferentes partes del cuerpo y los señala y copia instrucciones simples como “tira la bola”. (Quintana, 2011)

Comprende preguntas simples como ¿Dónde está tu mamá?

Entiende el “no”

Presta atención a las canciones, rimas y cuentos.

En el lenguaje expresivo el niño ya usa dos palabras juntas como, más pan, pelota mía. (Quintana, 2011)

Para llamar la atención y obtener lo deseado utiliza palabras combinadas con gestos. Utiliza 10 palabras al menos. (Quintana, 2011)

De 2-3 años:

A los 2 y 3 años de edad de acuerdo al lenguaje receptivo el niño ya obedece instrucciones complejas como “busca el juguete y ponlo en la mesa”. Ya reconoce los distintos colores. (Quintana, 2011)

En su lenguaje expresivo el niño ya usa oraciones hasta de 3 palabras para pedir algo. Dice frases negativas de dos palabras como “no quiero”. A esta edad ya dice su nombre. (Quintana, 2011)

De 3-4 años

A los 3 y 4 años en el lenguaje receptivo el niño contesta preguntas sencillas como ¿Quién?, ¿Qué?, ¿Dónde? y ¿Por qué? (Quintana, 2011)

En el lenguaje expresivo relata lo que hace en la escuela y logra dialogar con facilidad y sin repetir sílabas o palabras, reconoce al menos un color y se sabe su nombre completo. (Quintana, 2011)

DESARROLLO SOCIAL

Conforme las relaciones sociales del infante comienzan a expandirse, el desarrollo de las aptitudes motoras y cognoscitivas, como caminar y hablar adquiere importancia. En la etapa final de la infancia, el niño puede emplear esas aptitudes para aproximarse y comunicarse con los miembros de su familia y con sus compañeros de juego. Durante la infancia, la interacción social primaria es con los padres del bebé o con las personas responsables de cuidarlos. (Safarino, 2000)

Por consiguiente, a continuación se analizará el desarrollo de las relaciones sociales entre los padres y el infante, se inicia desde el período prenatal. Este desarrollo va de la mano de la efectividad, comunicación verbal y gestual. (Dumont, 2008)

•Del nacimiento a los 3 meses

El bebé en brazos de la madre calma el llanto.

A los 2 meses ya es capaz de mostrar angustia, excitación y placer. Reprocha cuando lo dejan solo. Prefiere a una persona que a una cosa u objeto. Responde efectivamente a estímulos. A los 3 meses desarrollan las expresiones faciales, vocalización, reacciona a los sonidos y aparece una sonrisa social. (Dumont, 2008)

•De 4 a 6 meses

A esta edad el bebé para llamar la atención sonrío y vocaliza sonidos. Responde y busca los sonidos que emiten las personas. Goza y responde a las caricias de los padres. A los 6 meses de edad se voltea y busca cuando escucha a su madre. Prefiere jugar con las personas que con sus juguetes. Se molestan y se alteran fácilmente. (Dumont, 2008)

•De 7 a 9 meses

A esta edad prefiere a conocidos y rechaza a los extraños. Empieza a expresar el buen humor ante las cosas agradables y la molestia ante las cosas que no le

gustan. Grita para ganar la atención. Prefiere jugar a lado de su madre. (Dumont, 2008)

•De 10 a 12 meses

A esta edad ya interactúa con una o varias personas aunque busca estar acompañado y recibir atención por parte de su cuidador. Realiza gestos, sonidos y expresiones sociales. Muestra miedo a sitios desconocidos o lugares extraños. Manifiesta apego y cariño a las personas conocidas y juguetes favoritos. Presta interés a acciones que realizan los adultos. (Dumont, 2008)

•De 1 a 2 años

A esta edad los niños ya juegan solos comienzan a realizar sus propios juegos. Tienen problemas para compartir. Aumentan sus temores. El niño asimila su propio nombre y se reconoce en el espejo o en fotos. Manifiestan sentimientos grandes por los padres y personas queridas, comienzan a demostrar emociones como: vergüenza, celos, afecto y orgullo, y también comienzan a expresar sentimientos negativos. (Dumont, 2008)

•De 2 a 4 años

A esta edad se relacionan y juegan con otros niños, usan objetos de manera simbólica en los juegos. Comienzan a autoevaluarse. Insisten en independizarse. Usan berrinches y pataletas. (Dumont, 2008)

1.2.6 CUIDADOS QUE REQUIERE EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

HÁBITOS DE HIGIENE

Los hábitos higiénicos tienen relación con las otras actividades fundamentales que a diario ocupan al niño como: comer, dormir, jugar, control de esfínteres y mantener el cuerpo limpio y convenientemente vestido. La mayor parte de estos hábitos son adquiridos en los primeros 3 o 4 años de vida. (Mora, 2008)

Entre los hábitos de higiene en la vida diaria tenemos:

- Baño diario.
- Higiene bucal posterior a la aparición del primer diente.
- Lavado de manos antes y después de cada comida a partir de los 6 meses.
- Lavado de manos antes y después de ir al baño. (Mora, 2008)

Los hábitos higiénicos presentan las siguientes ventajas:

- Contribuyen al bienestar físico del organismo.
- Colaboran con el bienestar psíquico del niño/a.
- Son elementos esenciales en el comportamiento adecuado del individuo.
- Permiten economizar tiempo y esfuerzo intelectual en el cumplimiento de una serie de actos rutinarios de la vida diaria. (Mora, 2008)

PRÁCTICAS ALIMENTICIAS

Una buena alimentación es vital para que el niño crezca sano y fuerte. Una mala alimentación afecta no sólo al crecimiento físico, sino también al desarrollo intelectual. Una correcta alimentación del niño durante los primeros años de vida puede repercutir positivamente en su estado de salud, así como en su habilidad para aprender, comunicarse con los demás, pensar y racionalizar, socializarse, adaptarse a nuevos ambientes y personas y, sobre todo, en su rendimiento escolar. Una buena alimentación puede influir notablemente en su futuro. (Fricker, J & Dartois, A., 2008)

Desde el nacimiento y durante los primeros seis meses como mínimo, el bebé debe de alimentarse exclusivamente de la leche materna. Este es el primer y mejor alimento para el bebé. Lo protege contra la desnutrición y muchas enfermedades,

además le brinda todo lo necesario para el buen desarrollo y crecimiento. (Gilbert, 2008)

La leche materna tiene ventajas muy importantes:

- Contiene todos los alimentos que necesita para crecer bien. Lo protege contra las infecciones más comunes, irritaciones en la piel y otras enfermedades.
- Es el alimento más barato. No afecta el presupuesto familiar.
- Es más práctica, porque siempre está a la temperatura adecuada y se puede dar en cualquier momento y lugar.
- Como pasa directamente del seno a la boca del bebé, es más limpia e higiénica. (Gilbert, 2008)

En resumen se puede decir que la leche materna es única para el bebé y le proporcionará el balance ideal de proteínas, azúcares y grasas, junto con sustancias (enzimas) que favorecen la digestión, y anticuerpos o defensas que ayudan a evitar infecciones y disminuyen el riesgo de alergias. (Gilbert, 2008)

A los 6 meses de edad

Alrededor de los 6 meses de edad, el bebé comienza a comer sus primeras papillas. Con ello se inicia una nueva etapa, la incorporación de nuevos alimentos. Este es un proceso gradual, que llevará su tiempo y que concluirá con la incorporación definitiva del niño a la dieta familiar, entre los 12 y 24 meses. A esta edad se incorporarán otros alimentos a la dieta del bebé, debido a las necesidades nutricionales que empieza a tener el organismo. Esto no significa que hay que dejar de darle el pecho al bebé, por el contrario hay que continuar haciéndolo hasta que tenga 2 años de vida, pues la leche materna está sabiamente preparada y todavía es muy necesaria para que el bebé no se enferme y crezca bien saludable. (Gilbert, 2008)

Los alimentos que se le agrega a la dieta del bebé se denominan complementarios, porque su valor nutricional complementa el de la leche materna.

Al iniciar la alimentación complementaria, el bebé debe continuar tomando el seno más una comida diaria. Esta comida debe tener una consistencia semisólida y un sabor suave como: papillas de cereales y purés de frutas y hortalizas. También puedes darles jugos naturales de frutas cítricas. (Gilbert, 2008)

Al finalizar el sexto mes si el bebé acepta los alimentos, puedes enriquecer su alimentación con:

- Carne o hígado de res o ave (cocinada y molida, rallada o picada muy finamente).
- Yogurt entero de vainilla.
- Queso crema sin sal. (Gilbert, 2008)

Para asegurar una buena nutrición, los alimentos deben estar bien combinados. Por eso hay que conocer cómo se clasifican y que valor nutricional tienen, para elegirlos, prepararlos y combinarlos correctamente en las comidas del bebé. De acuerdo a la función tenemos:

Las proteínas.- Forman los órganos y músculos del cuerpo, las sustancias de la sangre, las defensas frente a las enfermedades. Pueden ser de origen animal o vegetal. (Fricker,J &Dartois, A., 2008)

Las vitaminas.- Colaboran para que las proteínas y la energía obtenida se puedan utilizar. (Fricker,J &Dartois, A., 2008)

Los azúcares y grasas.- Producen mucha energía que es necesaria para que el cuerpo funcione y podamos movernos, trabajar, pensar, aprender y jugar. (Fricker,J &Dartois, A., 2008)

Los minerales.- Entre los más conocidos y necesarios se encuentran el hierro (su deficiencia produce anemia) y el calcio (forma los huesos, por eso es importante que lo consuman las embarazadas, los niños y las madres que lactan). (Fricker, J & Dartois, A., 2008)

También debemos conocer los 5 grupos de alimentos y qué aporta cada uno. Tenemos:

Grupo 1.- Azúcares, aceites y grasas: Aportan energía concentrada, por ejemplo tenemos a los postres, dulces, caramelos, mantequilla, aceites, crema de leche. (Gilbert, 2008)

Grupo 2.- Leche y quesos: Son fuente de calcio y proteínas, por ejemplo tenemos a la leche y sus derivados: yogurt, queso, etc. (Gilbert, 2008)

Grupo 3.- Carne y huevos: Son la fuente principal de proteínas y hierro, por ejemplo tenemos carne de res, aves, chivo. Vísceras (hígado, riñón, lengua). Pescados y mariscos. Huevos de gallina, codorniz y avestruz. (Gilbert, 2008)

Grupo 4.- Frutas y verduras: Brindan vitaminas y minerales, por ejemplo tenemos vegetales verdes y rojos(acelga, espinaca, tomate, pimiento; vegetales amarillos (zanahoria, zapallo); frutas (naranjas, otros cítricos, manzana, banana, pera). (Gilbert, 2008)

Grupo 5.- Cereales y legumbres: Aportan energía. Las legumbres contienen proteínas, pero de menor calidad que las que provienen de los otros grupos, por ejemplo tenemos el trigo, arroz, maíz, quinua, cebada, avena, productos elaborados con harina: fideos, galletas, pan. Plátanos y tubérculos: papa, camote, yuca y plátano. Legumbres: fréjoles, arvejas, chochos, garbanzos, habas, soya. Semillas: girasol, zapallo. (Gilbert, 2008)

A los 7 y 8 meses de edad: Entre los 7 y 8 meses podemos ya darles almuerzo y cena a base de un plato de papilla combinada y un postre de frutas o de leche. Las

tomas diarias de leche irán disminuyendo hasta limitarse hasta la mañana, a la tarde (luego del almuerzo y antes de la siesta) y a la noche (después de la merienda y antes de dormir). (Gilbert, 2008)

A las papillas le agregamos nuevos alimentos: huevos, carne de res, de aves o pescado, sin grasa y sin espinas. Estos alimentos aportan proteínas de buena calidad y hierro, que es muy importante a medida que el niño crece. Entre estos alimentos tenemos:

Papillas con agregado de vegetales cocidos (hojas trituradas de acelga o espinaca, pulpa de zapallo). Avenas o fideos. Para preparar los fideos requieren cocinarse más de lo habitual y es conveniente majarlos para que disminuya su consistencia.

A medida que el bebé comience a rechazar la leche, podemos reemplazar con otros alimentos igual de nutritivos. (Gilbert, 2008)

A los 9 y 12 meses de edad

A partir de los 9 meses, es necesario que el niño comience a compartir progresivamente la dieta con el resto de la familia. Puede consumir los mismos alimentos de los demás (sin sal ni picantes), cortados en pequeños trozos o picados. (Gilbert, 2008)

Al comienzo, evita darles comidas condimentadas, salsas elaboradas y frituras.

A partir de los 10 meses, en la dieta de los bebés pueden incluir: fideos, arroz, quesos, galletitas, pan y hortalizas de hojas, en purés o en otras preparaciones y con otras consistencias: salsa blanca, pulpa de tomates y vegetales crudos, frutas en trozos, peladas y cítricos, alimentos fritos. (Gilbert, 2008)

A los 12 en adelante

A estas alturas ya no es necesario preparar comidas especiales para el bebé, ellos ya pueden comer cualquier plato que come su mamá, papá o hermanos, simplemente puede cortarlos en trozos más pequeños. (Fricker, J & Dartois, A., 2008)

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA LA INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS

Para recibir alimentos, el niño o niña debe estar sentado
No adicionar , sal, azúcar ni condimentos
Ofrecer los alimentos con constancia y paciencia
Generar un ambiente placentero, emocional (mirarlo, tocarlo, sonreírle, hablarle).
No distraer al niño con juegos o convencerlo de comer con promesas, premios y castigos.
La oferta debe ser reiterada para que se logre la aceptación de los alimentos nuevos y se evite la neofobia.
Iniciar con pequeñas porciones e incrementar progresivamente a medida que el niño acepte los alimentos con agrado.
Respetar los signos de saciedad del niño.

EL AFECTO UN LAZO DE AMOR Y UNIÓN FAMILAR

El contacto con la madre en los primeros momentos es la clave para construir el vínculo de relación y afectiva y de seguridad que el bebé necesita para desarrollarse en el entorno. Los cuidados cotidianos son momentos de intercambio, de conexión amorosa, de vivir los valores en cada actividad con su hijo e hija. Sin afecto dice Piaget “no habrá interés, necesidad ni motivación, por lo tanto no habrá desarrollo de la inteligencia”. (Galarza, 2013)

Los niños pequeños se comunican a través de los sentidos y captan a través de ellos el ambiente del entorno; los gritos, la tensión de la madre o el padre; la bulla, los altera y lo expresan con inquietud, llanto, alteraciones en el sueño o pérdida de apetito. (Galarza, 2013). Pero también un entorno de armonía fortalece la fuerza de vida que el bebé necesita para crecer y desarrollarse sanamente. Humberto

Maturana explica el amor como una conducta relacional en la cual el otro surge como un legítimo otro. El niño pequeño vive a través de esa relación de afecto en la familia, y a través de ese amor desarrolla su máxima potencialidad de vida. Cuando el niño o niña, por el contrario, es privado de ese afecto se le niega la posibilidad de desarrollar sus capacidades, se le niegan sus derechos. (Galarza, 2013)

Cuando el recién nacido pasa a los afectuosos brazos maternos se inicia el más importante estímulo para la formación del vínculo afectivo. Según la pediatra Cecilia Cedeño la relación entre la madre e hijo es fortalecida pues “el niño que ha conocido a su mamá durante nueve meses en la gestación, la sigue identificando desde el primer momento en que nace. Conoce su voz y su ritmo cardiaco y sabe a qué hora hace todo porque ha vivido con ella. Con esto concuerda Nancy Maridueña: “Cuando la madre da de lactar a su hijo forma un lazo estrecho que puede durar toda la vida y ayuda a la mamá a estar tranquila y feliz”. También se ha comprobado que para la vida futura del niño este alimento lo hace más estable, correcto y disciplinado.

Según María Elena Avilés, coordinadora del programa de lactancia materna del INNFA, la lactancia permite establecer un vínculo afectivo y temprano entre la mamá y el bebé y con toda la familia. Le da seguridad al niño, sensaciones de protección y satisfacción, aspectos importantes para el desarrollo psíquico y emocional durante toda su vida.

“En otros países, ha sido investigado y comprobado a nivel científico que entre los niños que han lactado hay menores índices delincuenciales y mayores de adaptación y bienestar”. (Avilés, 2008).

El amor y los cuidados que la mamá, el papá y toda la familia le ofrecen al bebé al alimentarlo, bañarlo, cambiarlo o llevarlo de paseo, le brindarán lo necesario para

el desarrollo de sus sentidos, de sus movimientos y lo prepararán para adquirir diferentes habilidades y destrezas. (Gilbert, 2008)

1.2.7 TEORÍAS DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON “EL PAPEL MATERNAL” Y LA “INTERACCIÓN MADRE/HIJO”

Ramona Mercer “Adopción del papel maternal”

Enfoca su teoría con la maternidad, expone que la adopción del papel maternal es un proceso evolutivo e interactivo, en donde la madre establece un proceso de interacción y desarrollo ya que la madre en este proceso va adquiriendo competencias para realizar los cuidados hacia su hijo para encontrar el vínculo afectivo, cuando la madre encuentra el apego de su hijo experimentará la alegría y la gratificación de su papel. Mercer establece varios factores maternos como: la edad, el estado de salud, la relación padre- madre y las características del lactante. También define la manera en donde la madre descubre las experiencias y acontecimientos vividos que influirán al momento de brindar los cuidados al hijo. (Dumont, 2008)

Kathryn e. Barnard “Modelo de interacción madre-hijo”

Barnard elaboró el modelo de interacción para la valoración de la salud de los niños. Su modelo y su teoría fueron considerados el resultado del proyecto de valoración de enfermería infantil en 1976- 1979. Esta teoría resulta de la psicología y el desarrollo humano y centra su estudio en la interacción madre-hijo con el entorno. Barnard considera que el sistema madre-lactante está influido por las características de cada uno de los miembros. Estas características varían para satisfacer las necesidades del sistema a través de un comportamiento adaptativo. (Dumont, 2008)

Según la teoría o modelo de Barnard en la interacción madre-hijo se describen 5 actividades como:

- La claridad del lactante en la emisión de señales.
- La reactividad del lactante a la madre.
- La sensibilidad de la madre a las señales del lactante.
- La capacidad de la madre para identificar y aliviar la incomodidad del lactante.
- Las actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por la madre.

Un punto importante de las afirmaciones teóricas de Barnard es que la enfermera provee apoyo a la sensibilidad y a la respuesta de la madre hacia los signos de su hijo, en lugar de pretender cambiar sus características y la forma de cuidar a los hijos. (Dumont, 2008)

1.3 MARCO LEGAL

Dentro del marco legal que sustenta la problemática de la maternidad adolescente en el país se encuentra la Constitución Política de la República del Ecuador que garantiza el derecho a un estatus de vida que afirme la salud. La constitución Política de la República del Ecuador en los artículos 42, 43, 47, 48 y 49 dispone fomentar entornos saludables en lo laboral, familiar y comunitario, y la posibilidad de recibir servicios de salud con calidad y calidez, conforme a los estatus de equidad, universalidad, calidad y eficiencia.

Por otro lado la Constitución Política de la República del Ecuador ordena atenciones prioritarias, preferentes y especializadas a niños, niñas, adolescentes y mujeres embarazadas. El Gobierno respaldará y asegurará el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a la 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; a la participación social, al respeto, a la libertad y dignidad, y a ser consultados en las cuestiones que le aquejen.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR SECCIÓN CUARTA DE LA SALUD

Art.42.- “El estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e interrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.”

Art. 43.- “Los programas y acciones de salud pública serán gratuitas para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que lo necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación.

SECCIÓN QUINTA DE LOS GRUPOS VULNERABLES

Art.48.-“Será obligación del Estado, la sociedad y la familia, promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos en todos los casos se aplicará el principio del interés superior de los niños, y sus derechos prevalecerán sobre los de los demás.”

Art.49.- “Los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes al ser humano, además de los específicos de su edad. El estado les asegurará y garantizará el derecho a la vida, desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la seguridad social, a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y6 comunitaria; a la participación social, al respeto a su libertad y dignidad, u a ser consultados en los asuntos que le afecten.”

Por otro lado El Código de la Niñez y Adolescencia establece: “El derecho a la vida de niñas, niño y adolescentes desde su concepción (art 20); en el artículo 25 se determina la creación de condiciones adecuadas para atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y de niños y niñas, especialmente tratándose de adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a 2.500 gramos.”

**CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA LIBRO PRIMERO
LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE
DERECHOS**

CAPÍTULO II

DERECHOS DE SUPERVIVENCIA

Art.20.- “Derecho a la vida.-Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo.

Se prohíbe los experimentos y manipulaciones médicas y genéticas desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento de niño, niñas y adolescentes; y la utilización de cualquier técnica o práctica que ponga en riesgo su vida o afecte su integridad o desarrollo integral.”

Art.21.- “Derecho a conocer a los progenitores y mantener relaciones con ellas.- Los niños, niñas y adolescentes tiene derecho a conocer a su padre y a su madre, a ser cuidados por ellos y a mantener relaciones afectivas permanentes, personales y regulares con ambos progenitores y demás parientes, especialmente cuando se encuentran separados por cualquier circunstancia, salvo que la convivencia o relación afecte sus derechos garantías.”

Art.25.- “Atención al embarazo y al parto.- 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 el niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescente y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.”

Art.26.- “Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral.

Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.”

Art.27.- “Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescente tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológicas y sexual.”

1.4 MARCO CONCEPTUAL

1.4.1. Adolescencia.- Es el acelerado desarrollo físico que conduce a la madurez física, pero también por un intenso desarrollo emocional y social. (Redondo, 2008)

1.4.2. La maternidad en la adolescencia.- Son roles de la edad adulta. Cuando sobreviene un embarazo en una pareja adolescente, atribuye a los jóvenes una adaptación forzada a esta situación para la cual, la mayoría no están emocional ni socialmente preparados. (Gómez, 2011)

1.4.3 Infancia.- Es la etapa biológica donde el ser humano desarrolla la mayoría de sus habilidades cognitivas, funcionales, psicomotoras y físicas, en el cual comprende de los 0 a 10 años de vida. (Montesorri, 2009)

1.4.4 Desarrollo motor grueso.- Se fundamenta en la evolución de los cambios de posición del cuerpo y la capacidad de mantener el equilibrio.

1.4.5 Desarrollo motor fino.-. Se basa en los movimientos finos coordinados entre ojos y manos. (Brugué, 2008)

1.4.6 Desarrollo infantil.- Es un proceso que comienza desde la concepción y envuelve aspecto que van desde el crecimiento físico, hasta la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño. (Pérez, 2008)

1.4.7. Amor maternal.- En el núcleo de la familia, el amor maternal es un amor central, es un sentimiento en donde la mujer se entrega completamente en la crianza de un hijo e hija, ofreciéndole todo el amor y el afecto que el niño requiere para que se desarrolle. (Gilbert, 2008)

1.4.8. Afecto.- Es todo comportamiento de ayuda, protección, cuidado, que contribuya a la supervivencia de otro ser. (Galarza, 2013)

1.4.9. Higiene.- Es una rama de las ciencias médicas con el fin de preservar la salud a través de la limpieza, tanto personal, como de la ropa, utensilios y vivienda, que debe permanecer no solo limpia y desinfectada, sino también aireada, ya que la suciedad y la falta de sol, son fuente de enfermedades. (Mora, 2008)

1.4.10. Nutrición.- Es el proceso biológico en el que el organismo asimila y almacena los alimentos y los líquidos para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de las funciones normales del organismo, también es el estudio de la relación entre los líquidos y alimentos con la salud y la enfermedad, especialmente para una dieta óptima. (Dumont, 2008)

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio minucioso del problema a investigar de acuerdo a los objetivos planteados, la metodología que se utilizó fue la investigación mixta, es decir **cuali-cuantitativa, descriptiva y transversal**.

Es **cualitativa** porque permite que cada madre adolescente participante exprese su opinión libre y subjetiva; es **cuantitativa** porque nos permite generalizar los resultados más ampliamente y cuantificar las variables, es **descriptiva** porque determinará la situación de las variables involucradas en el estudio en el momento indicado, con la relación a su presencia o ausencia, la frecuencia con que se presentó un fenómeno (incidencia) y las características de las personas lugar y período; y **transversal** porque se realizó en un año.

2.2 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Se aplicó método deductivo e inductivo de acuerdo a las necesidades y circunstancias que se necesitan en una investigación, ya que el método deductivo, parte de verdades previamente establecidas como principios generales, para luego aplicarlo a casos individuales y comprobar así su validez; y el método inductivo es aquél que establece un principio general una vez realizado el estudio y análisis de hechos y fenómenos en particular.

2.3 FUENTES DE DATOS

El tipo de investigación que se utilizó fue **primaria y secundaria**.

La investigación **primaria** es la de campo o investigación directa, es la que se efectúa en el lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos objeto de estudio.

La investigación **secundaria** es la documental, aquella que se realiza a través de la consulta de documentos (libros, revistas, periódicos, memorias, anuarios, registros, códigos, constituciones, etc.).

En el presente trabajo, se apoya en la consulta de libros y documentos concernientes al desarrollo de la primera infancia; también se emplea la observación en el lugar de estudio y así mismo encuestas a las madres adolescentes.

2.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se realizó la investigación con el universo de 40 diadas madre e hijo, es decir una población total de 80 participantes.

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables son aquellas propiedades que poseen ciertas características o particularidades y son susceptibles de medirse u observarse, las variables indican los aspectos relevantes del fenómeno en estudio y que está en relación directa con el planteamiento del problema. A partir de ello se selecciona las técnicas e instrumentos de información para la ejecución del problema en estudio.

Identificación de las variables:

Variable independiente:	El cuidado de la madre adolescente.
--------------------------------	--

Variable dependiente:	Desarrollo del niño.
------------------------------	-----------------------------

Variable independiente

El cuidado.- Es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona. (Lagarde, 2003).

Variable dependiente

El desarrollo.- Abarca tanto a la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socio-afectivos y temperamentales como el desarrollo de la motricidad fina y gruesa. (OMS, 2011)

VARIABLE INDEPENDIENTE

El cuidado de la madre.- Es la atención directa que brinda la madre a su hijo.

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Grado de afecto y amor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconoce la madre los 3 tipos de llantos: <ul style="list-style-type: none"> • Llanto por hambre. • Llanto por dolor. • Llanto por sueño. 2. Atrae y mantiene la atención de su madre. 3. El niño balbucea al oír a su madre. 4. El niño sonríe al oír a su madre. 5. El niño levanta los brazos cuando la madre se acerca. 	<p>Nunca. A veces. Casi siempre. Siempre.</p>

Prácticas alimentarias.	De 0 a 6 meses	
	1. Lactancia materna exclusiva a demanda.	Nunca. A veces. Casi siempre. Siempre.
	2. Leche de fórmula.	Nunca. A Veces. Casi Siempre. Siempre.
	De 6 a 8 meses	
	3. Legumbres, verduras y frutas en papillas y purés.	Nunca. A veces.
	4. Sopa con una sola verdura.	Casi siempre.
	5. Alimentos ricos en hierro.	Siempre.
	De 8 a 12 meses	
	6. Queso blando o yogurt.	Nunca.
7. Frutas en cuadritos.	A veces.	
8. Pequeñas cantidades de huevo y pescado.	Casi siempre. Siempre.	
De 1 a 4 años		
9. Dieta variada igual a la de toda la familia.	Nunca. A veces. Casi siempre. Siempre.	

<p>Tipo de higiene</p>	<p>1. Baño diario.</p>	<p>Nunca. A veces. Casi siempre. Siempre.</p>
	<p>2. Higiene bucal posterior a la aparición del primer diente.</p>	<p>Nunca. A veces. Casi siempre. Siempre.</p>
	<p>3. Lavado de manos antes y después de cada comida a partir de los 6 meses</p>	<p>Nunca. A veces. Casi siempre. Siempre.</p>
	<p>4. Lavado de manos antes y después de ir al baño</p>	<p>Nunca. A veces Casi siempre Siempre</p>

VARIABLE DEPENDIENTE

El desarrollo del niño.- Son los cambios motores, sensoriales, sociales y lingüísticos que van experimentando los niños a medida que van creciendo y que si no son estimulados adecuadamente podrían presentar complicaciones a futuro.

DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
DESARROLLO MOTOR FINO Y GRUESO	De 0 a 6 meses 1. Mantiene los puños cerrados. 2. Inicia el descubrimiento de sus manos. 3. Sostiene la cabeza. 4. Presenta reflejo de marcha. 5. Toma objetos con ambas manos.	Positivo. Fallo. Rechazo.
	De 6 a 8 meses 6. Domina los cambios de posición. 7. Da palmadas con sus manos. 8. Intenta agarrar objetos. 9. Se lleva los pies a la boca.	Positivo. Fallo. Rechazo.
	De 8 a 10 meses 10. Sentarse sin apoyo. 11. Hala su cabello. 12. Gatea. 13. Ponerse en pie sin apoyo. 14. Estando en pie se sienta.	Positivo. Fallo. Rechazo.

	<p>De 10 a 12 meses</p> <p>15. Coge con sus manos el biberón.</p> <p>16. Garabatea una hoja de papel.</p> <p>17. Se pone en pie y se agacha sin ayuda.</p> <p>18. Da sus primeros pasos.</p> <p>19. Sube escaleras gateando.</p> <p>20. Camina de la mano de un adulto.</p> <p>De 1 a 2 años</p> <p>21. Abotona botones grandes.</p> <p>22. Pasa páginas de un libro.</p> <p>23. Camina.</p> <p>24. Sube y baja escaleras con ambos pies.</p> <p>25. Salta y pateo una pelota.</p> <p>26. Se para en puntillas.</p> <p>27. Dibuja círculos.</p> <p>28. Desarrolla el equilibrio.</p> <p>De 2 a 4 años</p> <p>29. Manejo de lápiz.</p> <p>30. Rasga y corta.</p> <p>31. Permanece sentado durante tiempos más largos.</p> <p>32. Lanza la pelota en distintas direcciones.</p> <p>33. Desarrolla expresión corporal.</p>	<p>Positivo.</p> <p>Fallo.</p> <p>Rechazo.</p> <p>Positivo.</p> <p>Fallo.</p> <p>Rechazo.</p> <p>Positivo.</p> <p>Fallo.</p> <p>Rechazo.</p>
--	--	---

DESARROLLO LINGÜÍSTICO	De 0 a 6 meses	
	1. Reconoce la voz de su madre.	Positivo.
	2. Llora dependiendo de sus necesidades.	Fallo.
	3. Expresa alegría y enojo.	Rechazo.
	4. Sonríe cuando juega con su cuidador primario.	
	De 6 a 8 meses	Positivo.
	5. Conoce su nombre.	Fallo.
	6. Intercambia gestos (dar y tomar).	Rechazo.
	De 8 a 12 meses	
	7. Usa una o dos palabras.	Positivo.
	8. Reconoce el nombre de objetos comunes.	Fallo.
		Rechazo.
	De 1 a 2 años	
	9. Señala las diferentes partes.	
	10. Realiza instrucciones simples.	Positivo.
11. Entiende preguntas sencillas.	Fallo.	
12. Responde preguntas sencillas.	Rechazo.	
13. Se interesa por diversas melodías o canciones.		
14. Usa 2 palabras juntas.		
15. Usa palabras y gestos.		

	<p>De 2 a 4 años</p> <p>16. Contesta preguntas.</p> <p>17. Entiende la diferencia entre palabras.</p> <p>18. Dice su nombre.</p> <p>19. Sabe su apellido y donde vive.</p>	<p>Positivo.</p> <p>Fallo.</p> <p>Rechazo.</p>
<p>DESARROLLO SOCIAL</p>	<p>De 0 a 6 meses</p> <p>1. En brazos de su madre calma su llanto.</p> <p>2. Se enoja y emociona fácilmente.</p> <p>3. Prefiere una persona que un objeto.</p> <p>4. Aparece una sonrisa social.</p> <p>5. Aumenta las expresiones faciales.</p> <p>6. Se ríe.</p> <p>7. Voltea cuando oye a su madre.</p> <p>De 6 a 12 meses</p> <p>8. Preferencia a desconocidos y rechazo a extraños.</p> <p>9. Sonríe para llamar la atención.</p> <p>10. Grita para llamar la atención.</p>	<p>Nunca.</p> <p>A veces.</p> <p>Casi siempre.</p> <p>Siempre.</p> <p>Nunca.</p> <p>A veces.</p> <p>Casi siempre.</p> <p>Siempre.</p>

	<p>11. Disfruta y responde las caricias.</p> <p>12. Se enoja y se emociona fácilmente.</p> <p>13. Rechaza a extraños.</p> <p>14. Grita para llamar la atención.</p> <p>15. Aumenta la dependencia hacia su madre.</p> <p>16. Imita gestos y sonidos.</p> <p>17. Muestra miedo a lugares extraños.</p> <p>De 1 a 2 años</p> <p>18. Juega solo y tiene dificultad para compartir.</p> <p>19. Expresa celos orgullo y vergüenza.</p> <p>De 2 a 4 años</p> <p>20. Insisten en independizarse.</p> <p>21. Juega con otros niños.</p> <p>22. Participa en actividades grupales.</p>	<p>Nunca.</p> <p>A veces.</p> <p>Casi siempre</p> <p>Siempre</p> <p>Nunca.</p> <p>A veces.</p> <p>Casi siempre.</p> <p>Siempre.</p>
--	---	---

2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Para recolectar los datos se utilizó la técnica de la encuesta para obtener los datos cuantitativos; así como, la observación activa y directa, en el lugar de investigación.

2.7 PRUEBA PILOTO

Para conocer la factibilidad y viabilidad, se realizó una prueba piloto a 12 madres adolescentes. Lo que permitió verificar que dos preguntas dentro de la encuesta realizada no estuvieron bien formuladas, pues se prestaban para confusión de las participantes, lo cual dio las pautas necesarias para analizar nuevamente las preguntas a realizar y plantearlas adecuadamente para la obtención de datos.

2.8 PROCEDIMIENTOS PARA OBTENCIÓN DE DATOS.

Con respecto a los datos cualitativos se realizó el análisis de contenido, para el mismo, primero se obtuvo categorías de las cuales como resultado están los núcleos de sentido para realizar el análisis. Y los datos cuantitativos se obtuvieron de las encuestas realizadas a las usuarias del Centro de Salud Santa Rosa, programadas y ejecutadas en el tiempo estipulado para el proyecto en estudio, y así mantener una misma dirección investigativa por lo tanto se obtenga una mayor factibilidad.

2.9 PROCESAMIENTOS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

La presentación de datos cuantitativos se lo realizó en base a tablas estadísticas y gráficas y se las enfrentó con los resultados del análisis de contenidos de los datos obtenidos en la investigación cualitativa.

2.9.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el trabajo de investigación se envió un oficio dirigido al director del Centro de Salud Santa Rosa, para obtener la autorización de realizar las encuestas a las usuarias del servicio de consulta externa. Previamente fue entregado a las usuarias el consentimiento informado con la finalidad de que cada persona acepte voluntariamente participar en el proyecto de investigación.

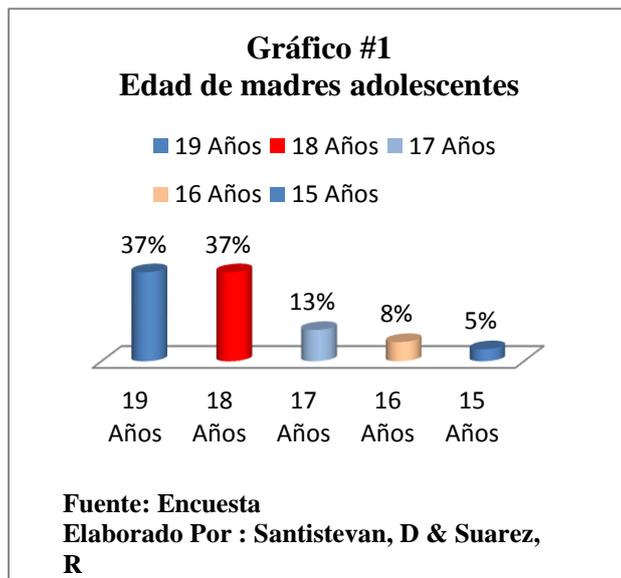
2.10 TALENTO HUMANO

- **Autores:** Diana Noemí Santistevan Orrala y Rubén Darío Suárez Rodríguez (Internos de enfermería).
- **Sujetos a investigar:** Usuarias del Centro de Salud Santa Rosa (madres adolescentes)
- **Tutora:** Lcda. Fátima Morán Sánchez.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

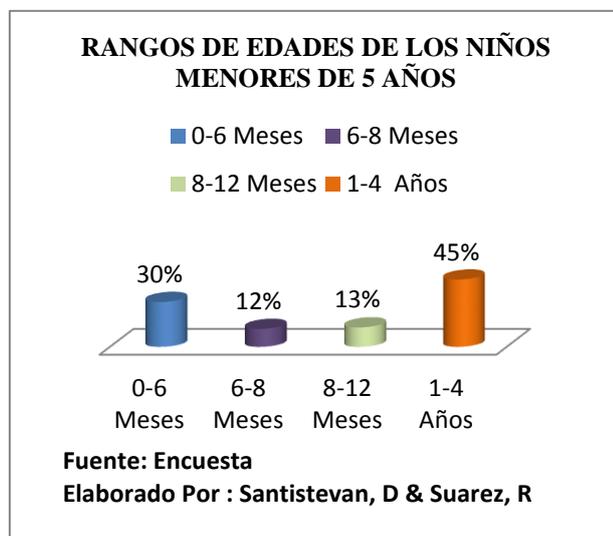
A partir de los datos obtenidos y recolectados de las madres adolescentes que

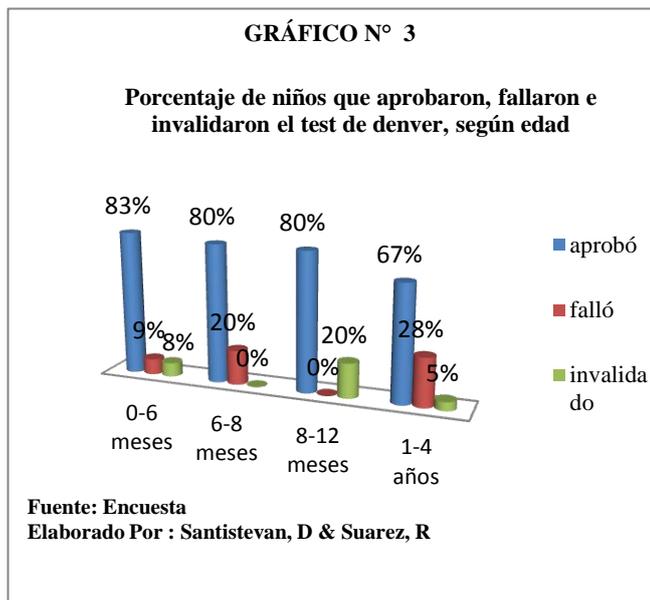


acuden al Centro de Salud Santa Rosa, se realizó el análisis e interpretación de los datos en el presente proyecto. La población total de estudio en la investigación es de 80 participantes (100%), conformadas por 40 madres adolescentes y 40 niños menores de 5 años. Considerando la etapa

adolescente entre el período de los 11 y 19 años según la OMS (2008), encontramos en nuestra población de estudio que existe un porcentaje de 37% de madres de entre 18 y 19 años, evidenciando así que existen casos de madres adolescentes. Gráfico N°1

Así mismo se muestra el rango de edad de los niños menores de 5 años que participaron, en donde se evidencia que una gran parte de los niños corresponden al rango de edad de 1 a 4 años, lo cual muestra que pertenecen a la primera infancia que es la fase más importante para el desarrollo general durante toda la vida. Gráfico N° 2.

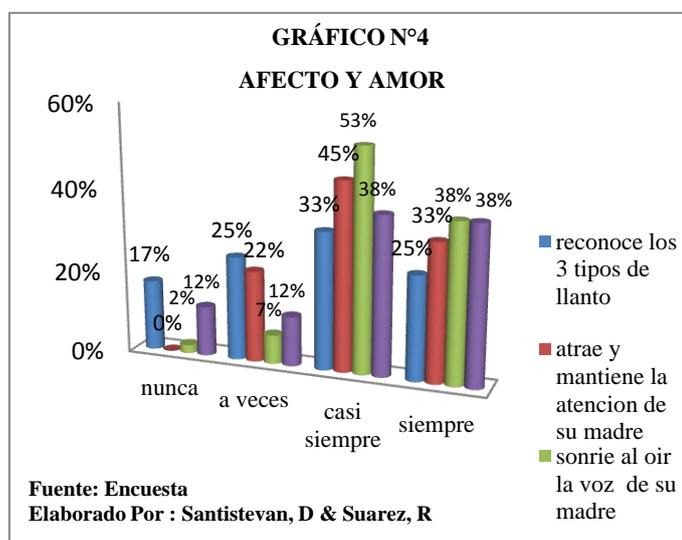


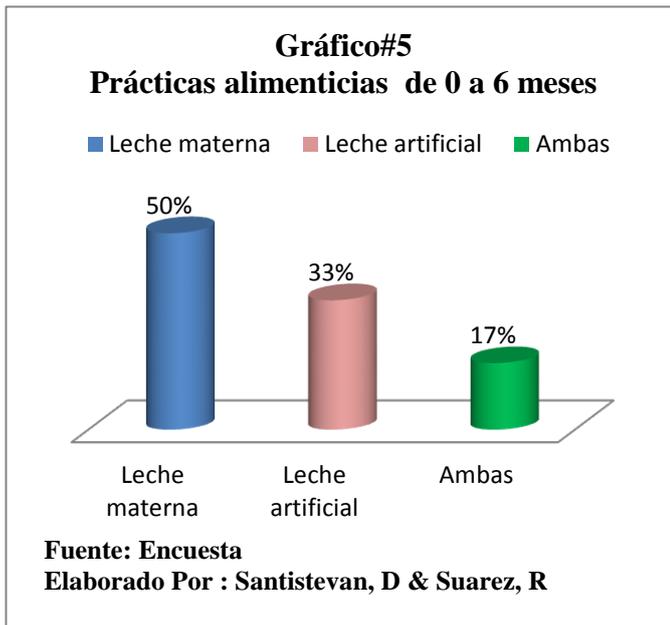


Al analizar el primer objetivo específico: **las acciones que la madre realiza en las conductas de desarrollo del niño**, se aplicó The Denver II Developmental Screening Test (DDST-II), para identificar si el niño presentaba alguna anomalía en su desarrollo y los resultados arrojaron que en 3

de los 4 rangos de edades aprobaron el test en un 80 % mientras que en el rango de edad de 1-4 años solo el 67 % aprobó, el 28% falló dicho test y el 5 % fue invalidado poniendo en evidencia que todos los niños menores de 5 años deberían haber aprobado dicho test en un 100%. Gráfico N°3.

El segundo objetivo estudiado fue el **grado de afecto y amor en la interacción madre e hijo**. El afecto estimula a desarrollar en su totalidad la inteligencia, el aprendizaje, la personalidad y el carácter gracias a que produce sensación de seguridad y confianza. El amor y afecto que reciba el niño en este período, lo influenciará por el resto de su vida. Musitu y Cava (2001). De acuerdo a las encuestas realizadas se encontró que las madres adolescentes en un 17 % aun no reconocen los tres tipos de llanto del niño dificultándose así su vínculo madre-hijo Según Wolff (1969). Gráfico N°4

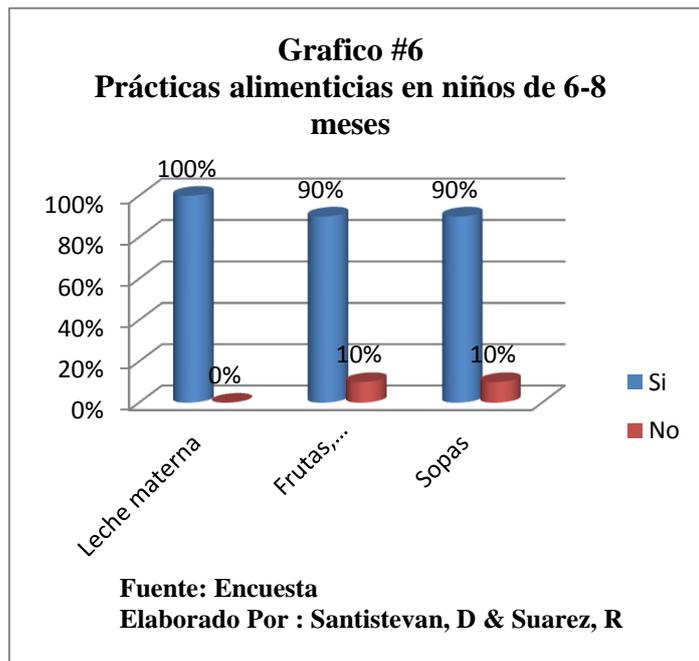


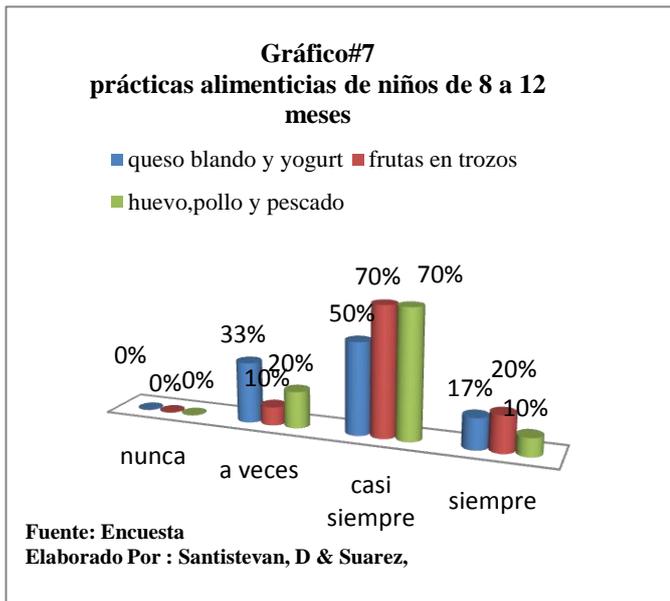


Según los datos estadísticos del estudio del tercer objetivo de **las prácticas alimenticias que reciben los niños en sus hogares**, se obtuvo que en el rango de 0 a 6 meses, solo un 50 % reciben leche materna, un 33% se alimenta exclusivamente de leche artificial y un 17% de ambas leches mientras que

las OMS (2013), afirma que la lactancia materna exclusiva durante los 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Gráfico N°5.

En el rango de edad de 6 a 8 meses el 100% de los niños se alimentan de leche materna y ya han comenzado su alimentación de frutas, legumbres y verduras en papilla y sopas en poca proporción mientras que las investigaciones afirman que lo más estimado para su alimentación es incorporar de forma gradual alimentos no lácteos en el siguiente orden: zumos, cereales, purés carne pescado y huevos Morón (2010) Gráfico N°6.

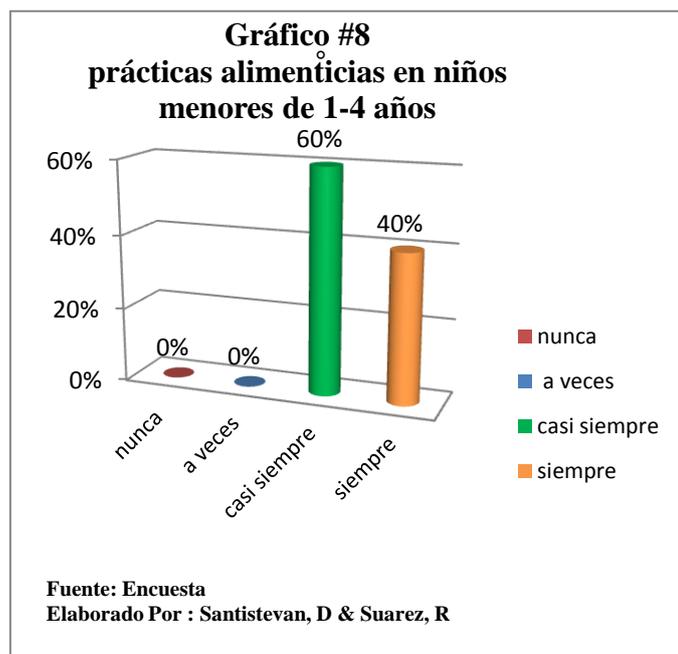


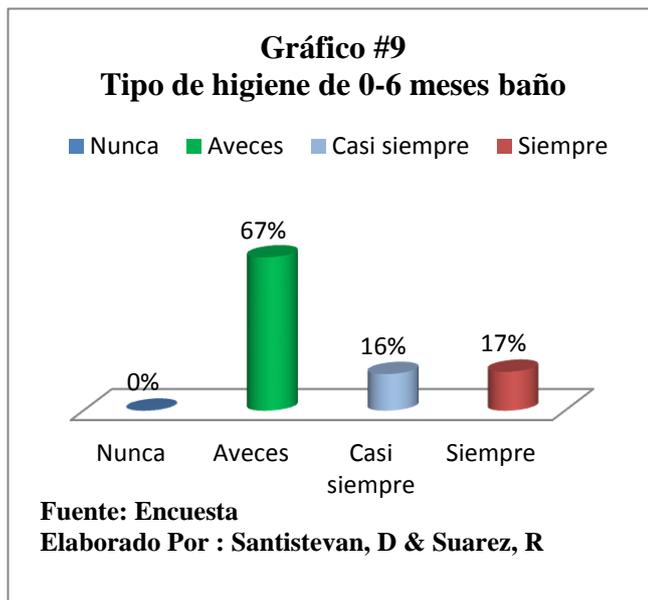


En este gráfico según las estadísticas, se muestra que no se cumple al 100% con la alimentación adecuada para su edad. Gráfico N°7. En lo que se refiere a las prácticas alimenticias de 1 a 4 años de edad se evidencia que un 60% mantiene casi siempre una dieta igual a la de toda

la familia en comparación al 40% que la mantiene siempre. Según Morón (2010) a partir del segundo año se dan alimentos sólidos muy picados y al tercer año pueden comer de todo pero la mitad de cantidad que los niños o niñas mayores. Gráfico N°8.

Las investigaciones afirman que una correcta alimentación del niño puede repercutir positivamente en su estado de salud, así como en su habilidad para aprender, comunicarse con los demás, pensar y racionalizar, socializarse, adaptarse a nuevos ambientes y personas y, sobre todo, en su rendimiento escolar. (UNICEF,2000)

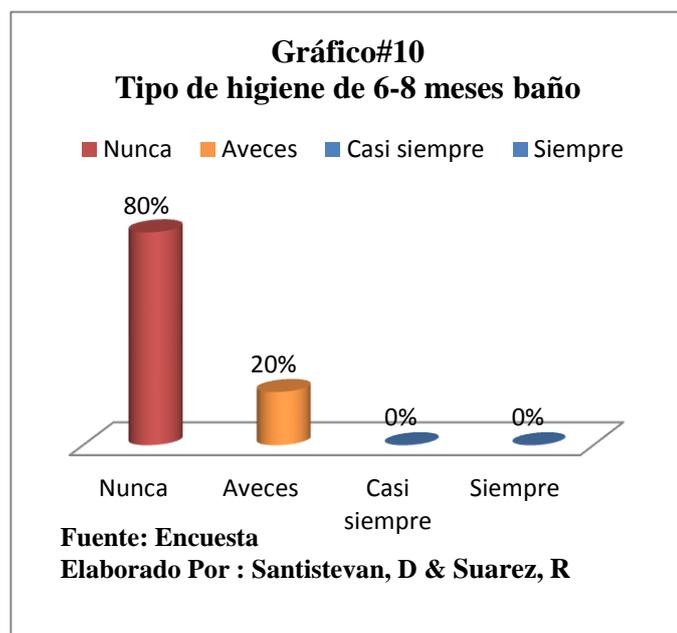


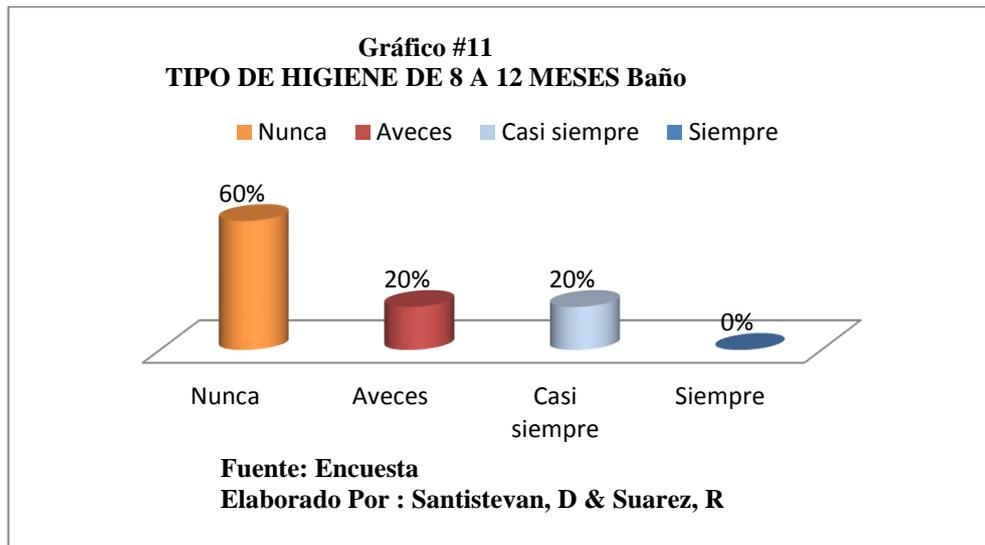


En esta estadística mostramos el **tipo de higiene que reciben los niños en el cuidado de su madre** y los resultados muestran que en un 67% de los niños reciben el baño diario a veces frente a un 17 que recibe siempre y un 16% recibe baño casi siempre. Así mismo con el rango de edad de 6 a 8 meses

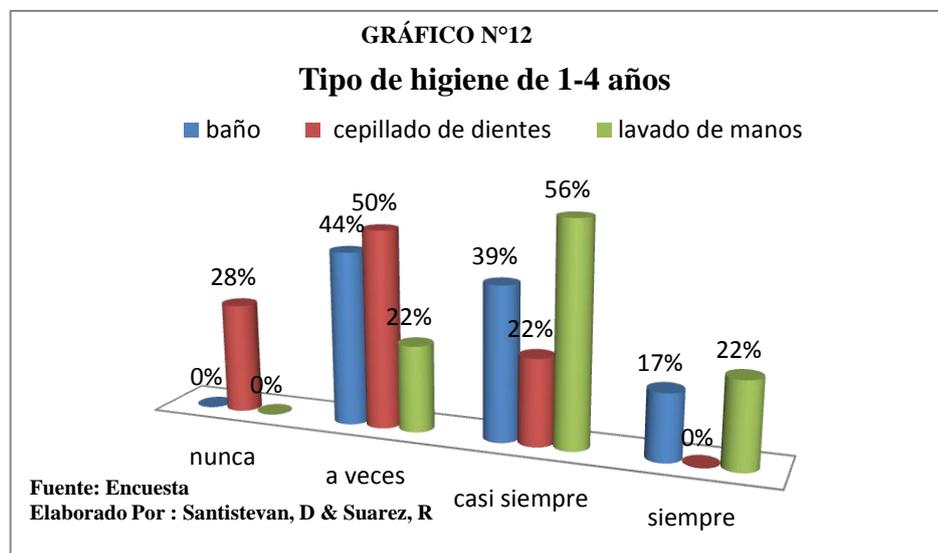
existe un 80% los niños que reciben baño a veces, mientras que un 20% recibe baño casi siempre. Gráfico N°10. Las investigaciones aseguran que el adulto será quien satisfaga todas necesidades de aseo e higiene y de éste depende exclusivamente la prevención de enfermedades. (Morón, 2010)

En el rango de edad de 8 a 12 meses se muestra que en un 60% recibe baño a veces frente a un 20% que reciben siempre o casi siempre. Gráfico N°11, y en el último rango de edad de 1 a 4 años se muestra que los niños reciben baño a veces en un 44 % y siempre en un 17% aunque debería ser un baño diario, en el cepillado de dientes un 50% se cepilla a veces y en el lavado de manos un 56 % lo hacen casi siempre. Gráfico N°12.





Según la UNICEF para prevenir un sin número de enfermedades y conservar la salud en los niños, es necesario que los padres brinden conocimientos sobre buenos hábitos de higiene, durante los primeros años de vida.



CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos se llega a las siguientes conclusiones:

- ℵ Se llegó a cumplir con el objetivo general del estudio ya que se pudo determinar que los niños de las madres adolescentes se ven influenciados por el tipo de cuidado que éstas le puedan brindar y ello se puede evidenciar en las diferentes etapas de desarrollo del niño puesto que se ven afectadas.

- ℵ De acuerdo al primer objetivo específico se obtuvo que los niños de las madres adolescentes específicamente pertenecientes al rango de edad de 1 a 4 años no superaron el test de Denver en su totalidad debido a que hubieron niños que fallaron dicho test, mientras que otros lo invalidaron identificando así, que las acciones que la madre adolescente realiza en las conductas de desarrollo del niño son insuficientes para un desarrollo óptimo del infante.

- ℵ Según el segundo objetivo específico que estudiaba el grado de afecto y amor en la interacción madre-hijo, determinó que no todas las madres adolescentes participantes en esta investigación reconocen los tres tipos de llanto del niño dificultándose así su vínculo madre-hijo.

- ℵ También se verificó las prácticas alimentarias que reciben los niños en sus hogares en donde se encontró que no todos los niños del rango de edad de 0 a 6 meses reciben leche materna exclusiva ya que la mitad de ellos se alimentaban de leche de fórmula y de ambas leches poniendo en evidencia una inadecuada alimentación por parte de su cuidador.

∞ En el estudio del cuarto objetivo específico se identificó el tipo de higiene que reciben los niños y se encontró que no todos los hijos de madres adolescentes recibían el baño diario demostrando así que existe carencia de aseo personal en ellos.

RECOMENDACIONES

Basado en lo anteriormente expuesto se plantean las siguientes recomendaciones:

- Al personal profesional del Centro de Salud Santa Rosa a realizar sesiones educativas continuas y actualizadas acerca de la importancia del buen desarrollo del niño y el papel fundamental de la madre.

A las madres adolescentes:

- Formar parte de talleres y eventos educativos impartidos por el personal del Centro de Salud para incrementar, actualizar y reforzar los conocimientos
- Tener constancia en la asistencia en las consultas pediátricas para tener un buen control de niño sano y así el profesional le informará con más detalles el tipo de alimentación y el cuidado de sus hijos.
- Promover en las madres adolescentes actividades de autoconocimiento acerca del cuidado materno y del desarrollo infantil
- A los profesionales de enfermería que sigan investigando sobre este problema de salud, de tal manera que aporten con conocimientos nuevos en lo que respecta al rol de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

Bucher, H (2010). *Trastornos psicomotores en el niño: práctica de la reeducación psicomotriz*. (4ta edición). Barcelona: Editorial Masson.

Brugué, M., Rostan, C. & Sellabona, E. (2008). *El desarrollo de los niños, pasó a paso*. Madrid: Editorial UOC.

Código de la niñez y adolescencia (2011) Montecristi: Publicación oficial de la Asamblea Constituyente.

Constitución de la República del Ecuador (2008). Montecristi: Publicación oficial de la Asamblea Constituyente.

Dumont, E (2008). *Enfermería Pediátrica. Crecimiento, desarrollo y patología del niño*. (4ta edición). México: Editorial Interamericana.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. (2010). *Guía para el desarrollo infantil desde el nacimiento hasta los 6 años*. Madrid: Editorial Real patronato sobre discapacidad.

Figueiras, A., Neves, I., & Rios, V. (2011). *Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI* (2da edición). Washington, D.C.: Editorial Biblioteca OPS.

Fricke, J. & Dartois, A. (2008) *Guía de la alimentación del niño: de la concepción a la adolescencia*: Editorial Akal.

Galarza, M (2013). *Cultura de crianza*. Ecuador: editorial Asociación Vivir.

Gilbert, M. (2008). *Curso promotor del desarrollo integral infantil*. Guayaquil: Editorial Poligráfica.

Gómez, P. & Molina, R. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. Argentina: Editorial Promsex.

Lewis, D (2008): *Como potenciar el talento de su hijo. El niño hasta los 5 años*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

Montessori, M (2009). *El niño: el secreto de la infancia*. Italia: Editorial Ilustrada.

Mora, R. (2008). *El cuidado del niño*. (2da edición). Texas: Editorial Tipografía Nacional.

Otsubo, N., Freda, C., Wilner, A., Díaz, A., Nessier, C., & Echevarria, H. (2008). *Manual de desarrollo integral de la infancia*. Argentina: Editorial Acción contra el hambre.

Pérez, B. (2008). *La crianza del niño*. Texas: Editorial Paidós.

Quintana, C (2011). *Manual del desarrollo psicomotor del niño*. Madrid: Editorial Narcea

Redondo, C., Galdó, G. & García, M. (2008). *Atención al adolescente*. España: Editorial Universidad de Cantabria.

Silber, T., Munist, M., & Suárez, E (2008). *Manual de la medicina de la adolescencia*. Washington, D.C: Editorial Organización Panamericana de la Salud.

Safarino, E. & Armstrog, J. (2000). *Desarrollo del niño y del adolescente*. México: Trillas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Botero, J. & Jubis A (2008). *Obstetricia y Ginecología*. Madrid: Editorial Medica Panamericana. Pp.60-70.

Bowlby, J. (2008). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Editorial Paidós. Pp.25-40.

Bowlby, J. (2008). *La separación afectiva*. Barcelona: Editorial Paidós. Pp.10-20.

Gala, F. & Lupiani, M (2003). *Problemas psicosociales del embarazo y la maternidad adolescente*. España: Editorial Iberoamericana. Pp.108-115.

Lagarde, M. (2003). *Mujeres cuidadoras entre la obligación y la satisfacción*. México: Editorial Sare-Emakunde. Pp.10-18.

Misitu, G. & Cava M. (2008) *La familia y la educación*. Barcelona: Editorial Octaedro. Pp.15-17.

Peláez, F. (2002). *Análisis conductual del desarrollo*. México: Editorial Trillas. Pp.7-8.

ANEXOS

ANEXO N°1

PERMISO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

La Libertad, septiembre 2013

Dr.

Leonardo Petroche

DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA

De nuestras consideraciones:

Diana Noemí Santistevan Orrala y Rubén Darío Suárez Rodríguez internos de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena por motivo de iniciar la ejecución de nuestro trabajo de tesis denominado: El cuidado de la madre adolescente influye en el desarrollo del niño menor de 5 años. Centro de Salud Santa Rosa. Salinas. 2013-2014. solicitamos a usted nos extienda el permiso para el inicio de la misma.

Por la atención que le preste a la misma y esperando una pronta respuesta, nos despedimos de Ud. muy agradecidos.

Atentamente

Diana Santistevan Orrala

INTERNA DE ENFERMERÍA

Rubén Suárez Rodríguez

INTERNO DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Somos estudiantes del Cuarto Año de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena como parte de los requisitos para poder graduarnos llevaremos a cabo una investigación, la misma que trata sobre **EL CUIDADO DE LA MADRE ADOLESCENTE INFLUYE EN EL DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA. SALINAS. 2013-2014.** cuyo objetivo de estudio es **Determinar la influencia del cuidado de la madre adolescente en el desarrollo del niño menor de 5 años que acude al Centro de Salud Santa Rosa. Salinas 2013-2014.** por lo cual hemos considerado varios aspectos, que les haremos conocer en el momento indicado. Pasamos a mencionar que usted y su familia han sido seleccionados para participar en esta investigación la cual consiste en una entrevista y en contestar una encuesta que les tomará aproximadamente de 15 a 20 minutos, usted y un familiar pueden contestar solamente las preguntas con las que se sienta involucrado. La información obtenida a través de este estudio se mantendrá bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. El estudio no conlleva ningún riesgo y recibirá beneficios para el cuidado de su salud y la del niño. Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Atentamente

Nombre del participante	Firma	Fecha
----- Diana Santistevan Orrala	----- Rubén Suárez Rodríguez	-----

ANEXO N°3

INSTRUMENTO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

OBJETIVO

Determinar la influencia del cuidado de la madre adolescente en el desarrollo del niño menor de 5 años que acude al Centro de Salud Santa Rosa.2013-2014.

Fecha_____

Encuesta N° _____

INSTRUCTIVO

Marque con una X o un visto en las respuestas que crea conveniente en cada pregunta planteada.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Edad madre_____

Edad niño_____

Sexo F

De 0 a 6 meses

GRADO DE AFECTO Y AMOR

Reconoce Ud. los 3 tipos de llanto del niño: llanto por hambre, llanto por dolor, llanto por sueño.

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre ____

El niño atrae y mantiene su atención

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

El niño balbucea al oír a su voz

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

El niño sonrío al oír la voz de su madre

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

El niño levanta los brazos cuando la madre se acerca

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

Alimenta al niño exclusivamente con leche materna cuantas veces desee.

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

Alimenta al niño con leche de formula cuantas veces desee

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

TIPO DE HIGIENE

El niño recibe el baño diario

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

DESARROLLO MOTOR FINO Y GRUESO

El niño mantiene los puños cerrados

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño sostiene la cabeza

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño presenta el reflejo de marcha

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño toma objetos con ambas manos

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

DESARROLLO LINGÜÍSTICO

El niño reconoce la voz de su madre

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño llora dependiendo de sus necesidades

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño expresa alegría y enojo

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño sonríe cuando juega con su mamá

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

DESARROLLO SOCIAL

El niño en brazos de su madre calma su llanto

Nunca____ A Veces____ Casi siempre____ Siempre____

El niño se enoja y emociona fácilmente

Nunca____ A Veces____ Casi siempre____ Siempre____

El niño prefiere una persona que un objeto

Nunca____ A Veces____ Casi siempre____ Siempre____

El niño voltea cuando oye a su madre

Nunca____ A Veces____ Casi siempre____ Siempre____

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

OBJETIVO

Determinar la influencia del cuidado de la madre adolescente en el desarrollo del niño menor de 5 años que acude al Centro de Salud Santa Rosa.2013-2014.

Fecha _____

Encuesta N° _____

INSTRUCTIVO

Marque con una X o un visto en las respuestas que crea conveniente en cada pregunta planteada.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Edad madre _____

Edad niño _____

Sexo F

De 6 a 8 meses

GRADO DE AFECTO Y AMOR

Reconoce Ud. los 3 tipos de llanto del niño: llanto por hambre, llanto por dolor, llanto por sueño.

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre ____

El niño atrae y mantiene su atención

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

El niño balbucea al oír a su voz

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

El niño sonrío al oír la voz de su madre

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

El niño levanta los brazos cuando la madre se acerca

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

Alimenta al niño con frutas, legumbres y verduras en purés y papillas

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

Alimenta al niño con sopas y alimentos con hierro

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

TIPO DE HIGIENE

El niño recibe el baño diario

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

DESARROLLO MOTOR FINO Y GRUESO

El niño realiza cambios de posición sin problemas

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño da palmadas con sus manos

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño intenta agarrar objetos

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño se lleva los pies a la boca

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

DESARROLLO LINGÜÍSTICO

El niño conoce su nombre

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño intercambia gestos como: tomar y dar

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

DESARROLLO SOCIAL

El niño tiene preferencia a desconocidos y rechazo a extraños

Nunca____ A Veces____ Casi Siempre____ Siempre____

El niño sonrío y grita para llamar la atención

Nunca____ A Veces____ Casi Siempre____ Siempre____

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

OBJETIVO

Determinar la influencia del cuidado de la madre adolescente en el desarrollo del niño menor de 5 años que acude al Centro de Salud Santa Rosa.2013-2014.

Fecha_____

Encuesta N° _____

INSTRUCTIVO

Marque con una X o un visto en las respuestas que crea conveniente en cada pregunta planteada.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Edad madre_____

Edad niño_____

Sexo F

De 8 a 12 meses

GRADO DE AFECTO Y AMOR

Reconoce Ud. los 3 tipos de llanto del niño: llanto por hambre, llanto por dolor, llanto por sueño.

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre ____

El niño atrae y mantiene su atención

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

El niño sonrío al oír la voz de su madre

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

El niño levanta los brazos cuando la madre se acerca

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

Alimenta al niño con queso blando o yogurt

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

Alimenta al niño con frutas en trozos

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

Alimenta el niño con pequeñas cantidades huevo, carne de pollo y pescado

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

TIPO DE HIGIENE

El niño recibe el baño diario

Nunca____ A veces____ Casi Siempre____ Siempre____

DESARROLLO MOTOR FINO Y GRUESO

El niño se sienta sin apoyo

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño gatea

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño coge con sus manos en biberón

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño da sus primeros pasos

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño garabatea una hoja de papel

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño camina de la mano de un adulto

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

DESARROLLO LINGÜÍSTICO

El niño usa una o dos palabras para comunicarse

Nunca____ A Veces____ Casi Siempre____ Siempre____

El niño reconoce el nombre de objetos comunes

Nunca____ A Veces____ Casi Siempre____ Siempre____

DESARROLLO SOCIAL

El niño disfruta y responde las caricias

Nunca____ A Veces____ Casi Siempre____ Siempre____

El niño se enoja y emociona fácilmente

Nunca____ A Veces____ Casi Siempre____ Siempre____

El niño imita gestos y sonidos

Nunca____ A Veces____ Casi Siempre____ Siempre____

El niño muestra miedo a lugares extraños

Nunca____ A Veces____ Casi Siempre____ Siempre____

**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

OBJETIVO

Determinar la influencia del cuidado de la madre adolescente en el desarrollo del niño menor de 5 años que acude al Centro de Salud Santa Rosa.2013-2014.

Fecha_____

Encuesta N° _____

INSTRUCTIVO

Marque con una X o un visto en las respuestas que crea conveniente en cada pregunta planteada.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Edad madre_____

Edad niño_____

Sexo F

De 1 a 4 años

GRADO DE AFECTO Y AMOR

Reconoce Ud. los 3 tipos de llanto del niño: llanto por hambre, llanto por dolor, llanto por sueño.

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre ____

El niño atrae y mantiene su atención

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

El niño tiene una dieta variada igual a la de toda la familia

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

TIPO DE HIGIENE

El niño recibe el baño diario

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

Realiza el cepillado diario de los dientes de su niño

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

Enseña a su niño a lavarse las manos antes y después de cada comida

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

Enseña a su niño a lavarse las manos antes y después de ir al baño

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

DESARROLLO MOTOR FINO Y GRUESO

El niño pasa páginas de un libro

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño camina

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño sube y baja escaleras con ambos pies

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño dibuja círculos

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño mantiene el equilibrio

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño empieza a manejar el lápiz

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño permanece sentado durante tiempos más largos

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño desarrollo expresión corporal

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

DESARROLLO LINGÜÍSTICO

El niño sigue instrucciones simples

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño entiende y contesta preguntas simples

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño usa palabras y gestos para comunicarse

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

El niño dice su nombre, sabe su apellido y donde vive

Positivo____ Fallo____ Rechazo____

DESARROLLO SOCIAL

El niño juega solo y tiene dificultad para compartir

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

El niño expresa celos, orgullo y vergüenza

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

El niño insiste en independizarse

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

El niño juega con otros niños

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

El niño participa en actividades grupales

Nunca____ A veces____ Casi siempre____ Siempre____

ANEXO N°4

CRONOGRAMA PARA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA.

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES								
	Enero 2014	Febrero 2014	Marzo 2014	Abril 2014	Mayo 2014	Junio 2014	Julio 2014	Agost 2014	septiembre 2014
Elaboración y Presentación, Primer borrador.	→								
Elaboración y Presentación, Segundo borrador.		→							
Elaboración y Presentación, Tercer borrador.			→						
Reajustes y Elaboración del Ante proyecto de Borrador a limpio.				→					
Entrega para la Revisión.				→	→				
Elaboración de la Encuesta.					→				
Ejecución de la Encuesta.						→			
Procesamiento de La información.						→			
Resultado.						→			
Análisis e interpretación de datos						→			
Conclusión y Recomendaciones						→			
Entrega para la Revisión.							→		
Entrega para la Revisión total.							→		
Entrega del informe final								→	
Sustentación de la tesis									→

ANEXO N°5

PRESUPUESTO PARA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA.

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL \$
MATERIALES DE OFICINA	Bolígrafos	10	0,35	3,5
	Hojas boom tamaño A4	500	0,05	25
	Fotocopia de las hojas para la encuesta	60	0,03	1,8
	Pen drive	2	8	16
	Internet	50h	0,75	37,5
	Carpetas y Liquido corrector	3	0,8	2,4
	Textos y documentos relacionados al tema	20	3,5	70
	Calculadora	12	45	2,45
	Pasaje local	50	0,25	12,5
	VIÁTICOS	Refrigerios	30	0,5
Almuerzos		30	2	60
PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	Impresiones de los borradores del anteproyecto	8	10	80
	Anteproyecto terminado y anillado	1	10	10
	Impresiones de los borradores del proyecto terminado	5	10	50
	Impresiones del proyecto terminado	4	20	80
	Anillado	4	2	8
	Empastado	6	20	120
Total				605,15

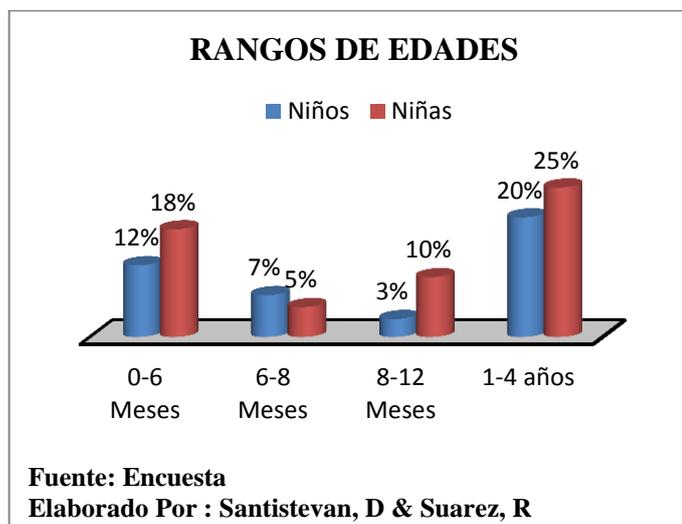
ANEXO N°6

Tabla N°1

RANGOS DE EDADES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

Indicadores	Niños	Niñas	%Niños	%Niñas
0-6 Meses	5	7	12%	18%
6-8 Meses	3	2	7%	5%
8-12 Meses	1	4	3%	10%
1-4 años	8	10	20%	25%
	17	23	42%	58%
Total	40		100%	

Gráfico N° 1



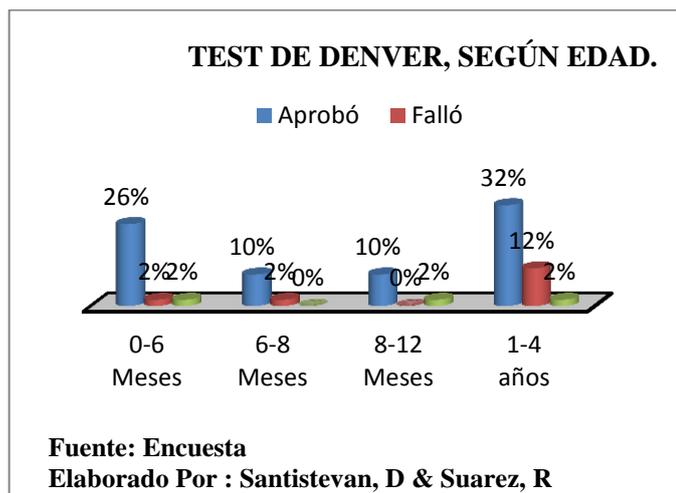
Análisis: Se puede observar en este gráfico, los sujetos estudiados según el sexo y la edad, el porcentaje de niños de 0-6 meses es del 12%, niñas el 18%, entre 6-8 meses el porcentaje de niños es de 7%, niñas 5%, de 8-12 meses 3% niños y niñas el 10%, en la edad de 1-4 años es de 20% niños y de 25% niñas.

Tabla#2

PORCENTAJE DE NIÑOS QUE APROBARON, FALLARON E INVALIDARON EL TEST DE DENVER, SEGÚN EDAD.

Indicadores	Aprobó	Falló	Invalidado	%Aprobó	%Falló	%Invalidado
0-6 meses	10	1	1	26%	2%	2%
6-8 meses	4	1	0	10%	2%	0%
8-12 meses	4	0	1	10%	0%	2%
1-4 años	12	5	1	32%	12%	2%
	30	7	3	78%	16%	6%
Total	40			100%		

Gráfico#2



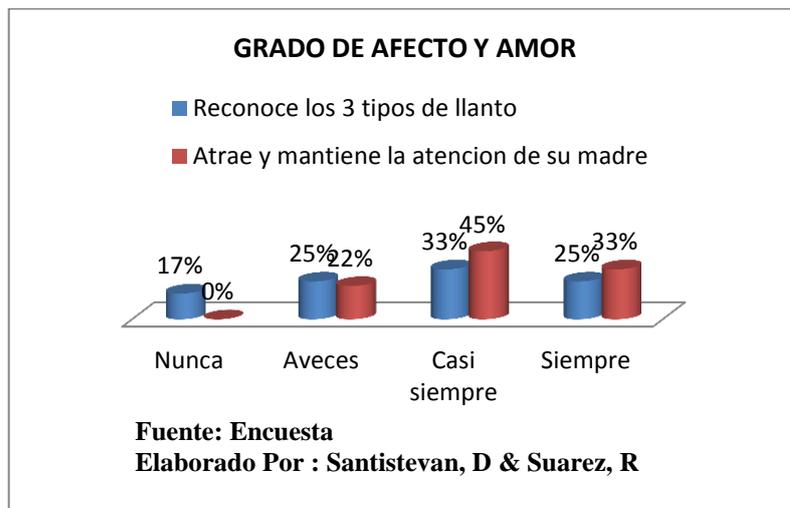
Análisis: Se puede observar en este gráfico el porcentaje de niños que aprobaron, fallaron e invalidaron el test de Denver, según edad. Los niños que aprobaron de 0-6 meses es del 26% , entre 6-8 meses el 10%, de 8-12meses el 10%, en la edad de 1-4 años es de 32% .Los niños que fallaron de 0-6 meses es de 2% , entre 6-8 meses el 2%, de 8-12meses el 0%, en la edad de 1-4 años es de 12% .Los niños que invalidaron de 0-6 meses es del 2% , entre 6-8 meses el porcentaje de 0%, de 8-12meses el 2%, en la edad de 1-4 años es de 2% .

Tabla#3

GRADO DE AFECTO Y AMOR EN LA INTERACCIÓN MADRE-HIJO.

Indicadores	Reconoce los 3 tipos de llanto	%	Atrae y mantiene la atención de su madre	%
Nunca	7	17%	0	0%
A veces	10	25%	9	22%
Casi siempre	13	33%	18	45%
Siempre	10	25%	13	33%
Total	40	100%	40	100%

Gráfico#3



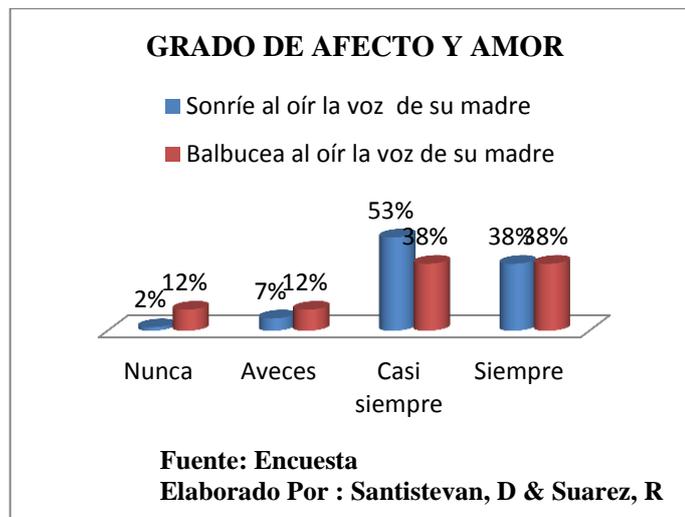
Análisis: Se puede observar en este gráfico, según el grado de afecto y amor en la interacción madre hijo. Atrae y mantiene la atención de su madre el porcentaje de niños de 0-6 meses es del 22%, entre 6-8 meses el porcentaje de niños es de 45%, de 8-12 meses 33%, en la edad de 1-4 años es de 0%. Reconoce los 3 tipos de llanto, niños de 0-6 meses es del 17%, entre 6-8 meses el porcentaje de niños es de 25%, de 8-12 meses 33%, en la edad de 1-4 años es de 25%.

Tabla#4

GRADO DE AFECTO Y AMOR EN LA INTERACCIÓN MADRE-HIJO.

Indicadores	Sonríe al oír la voz de su madre	%	Balbucea al oír la voz de su madre	%
Nunca	1	2%	5	12%
Aveces	3	7%	5	12%
Casi siempre	21	53%	15	38%
Siempre	15	38%	15	38%
Total	40	100%	40	100%

Gráfico#4



Análisis: Sonríe al oír la voz de su madre niños de 0-6 meses es del 7%, entre 6-8 meses el porcentaje de niños es de 53%, de 8-12 meses 38%, en la edad de 1-4 años es de 2%, balbucea al oír la voz de su madre niños de 0-6 meses es del 12%, entre 6-8 meses el porcentaje de niños es de 12%, de 8-12 meses 38%, en la edad de 1-4 años es de 38%.

ANEXO N°7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

ENCUESTAS REALIZADAS EN HOGARES DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SUB-CENTRO DE SALUD SANTA ROSA



EVALUACIÓN DEL DESARROLLO MOTOR FINO SEGÚN EL TEST DE DENVER A NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD



APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS EVALUANDO LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS QUE RECIBEN LOS NIÑOS EN EL CUIDADO DE SU MADRE



APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS EVALUANDO EL GRADO DE AFECTO Y AMOR EN LA INTERACCIÓN MADRE-HIJO



APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS EVALUANDO EL TIPO DE HIGIENE QUE RECIBEN LOS NIÑOS POR PARTE DE LA MADRE



GLOSARIO.

DIADA.- Se refiere a grupos sociales compuestos por dos personas. Pareja de dos seres o cosas estrecha y especialmente vinculados entre sí. (Montesorri, 2009)

CUIDADO.- Implica ayudar a la otra persona, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio. (Mora, 2008)

LACTANTE.- Período inicial de la vida extrauterina durante la cual él bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad. (Gilbert, 2008)

MATERNIDAD.- Significa estado o cualidad de madre. La maternidad comienza a desarrollarse mediante la educación que la niña recibe en su familia. Particularmente la relación que tiene con su madre influye significativamente en la formación de esta cualidad. (Gómez, 2011)

ADOLESCENCIA.- Es la transformación del infante antes de llegar a la adultez. Se trata de un cambio de cuerpo y mente, pero que no sólo acontece en el propio adolescente, sino que también se conjuga con su entorno. (Silber, 2008)

EMBARAZO.- Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. (Gómez, 2011)

ALIMENTACIÓN.- Es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir. (Fricker,J &Dartois, A., 2008)

HIGIENE.- La higiene designa al conjunto de conocimientos y técnicas que se ocupan de controlar aquellos factores nocivos para la salud de los seres humanos, pero también la higiene se refiere al aseo y limpieza de nuestro cuerpo. (Galarza, 2013)

DESARROLLO INFANTIL.- El desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. (Brugué, 2008)

DESARROLLO PSICOMOTOR.- Evolución de los distintos aspectos del individuo que se engloban y actúan bajo el concepto psicomotricidad. En los dos primeros años de vida el niño adquiere el control y sostén de la cabeza, la sedestación y la bipedestación. En la etapa que discurre de los tres a los seis años hay una maduración motórica que se manifiesta en el dominio de la marcha, la carrera y las actividades manipulativas. (Quintana, 2011)

PROPUESTA



**UNIVERSIDAD ESTATAL
PENÍNSULA DE SANTA ELENA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

PROPUESTA

**PROMOVIENDO ACTIVIDADES EN LAS MADRES
ADOLESCENTES ACERCA DEL CUIDADO MATERNO
Y DEL DESARROLLO INFANTIL EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS. CENTRO DE
SALUD SANTA ROSA.SALINAS
2013-2014**

AUTORES:

**SANTISTEVAN ORRALA DIANA NOEMÍ
SUÁREZ RODRÍGUEZ RUBÉN DARÍO**

TUTORA: LCDA. FÁTIMA MORÁN SÁNCHEZ. MSc.

**LA LIBERTAD – ECUADOR
2013**

ANTECEDENTES

En la adolescencia al asumir la maternidad se corre el riesgo de enfrentarse a una serie de obstáculos y comienzan una vida que, incluso a veces es gratificante, pero no es fácil en una temprana edad. Es decir que el problema no solo radica con las madres adolescentes sino también con sus hijos puesto que los resultados de este estudio arrojaron que los niños de las madres adolescentes se ven influenciados por el tipo de cuidado que estas le puedan brindar y que ello se puede evidenciar en las diferentes etapas del desarrollo del niño. En estos casos el ser que viene a la vida puede influir en la evolución social de los padres o del fracaso de ambos. Por esto se justifica la importancia de promover actividades de autoconocimiento acerca del cuidado materno y del desarrollo infantil que ayudará en el proceso de crianza de los niños.

MARCO INSTITUCIONAL

El Centro de Salud Santa Rosa se encuentra ubicado en el barrio 12 de Octubre de la parroquia Santa Rosa perteneciente al cantón Salinas, es un puerto pesquero de gran movimiento económico, pero cuenta con grandes problemas sociales y urbanos, existe un gran porcentaje de madres adolescentes en esta localidad con un promedio de 787 niños nacidos vivos lo cual hace cada vez más frecuente la visita de las adolescentes al Centro de Salud. Aquí se atienden un promedio de 90 personas diariamente en Odontología, Medicina General, y Obstetricia; de ésta última son 30 mujeres de las cuales 2 son jóvenes adolescentes con hijos menores de 5 años.

OBJETIVO GENERAL

Promover en las madres adolescentes el conocimiento de actividades acerca del cuidado materno y del desarrollo infantil en niños menores de 5 años. Centro de Salud Santa Rosa. 2013-2014

OBJETIVO ESPECÍFICO

- ℵ Incentivar a las madres adolescentes a participar activamente en las actividades de autoconocimiento mostrando sus inquietudes.
- ℵ Instruir a las madres adolescentes acerca de la importancia del cuidado materno y el desarrollo infantil
- ℵ Programar talleres en donde participen las madres adolescentes junto a sus hijos demostrando lo aprendido.
- ℵ Promover en los infantes actividades recreativas para fortalecer el desarrollo cognoscitivo y afectivo

BENEFICIARIOS

- ℵ Las madres adolescentes y sus hijos
- ℵ El Centro de Salud Santa Rosa
- ℵ La comunidad de Santa Rosa

METODOLOGÍA

- ℵ Inductivo
- ℵ Deductivo
- ℵ Activa – Participativa.

ACTIVIDADES

- a) Sesiones grupales de conversación e intercambio de ideas acerca de la crianza y desarrollo del niño y las experiencias vividas de cada una de las madres participantes.
- b) búsqueda de nuevas evidencias científicas sobre el desarrollo infantil y del cuidado del niño por parejas, en internet y en multimedia.
- c) Talleres de intercambio de ideas sobre los conocimientos adquiridos de cada una de las madres con respecto a los puntos estudiados.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

RESPONSABLES: Estudiantes de la Carrera de Enfermería.

COLABORADORES:

- Personal profesional del Centro de Salud Santa Rosa

RECURSOS MATERIALES

- Rotafolios.
- Trípticos.
- Impresiones.
- Internet.

EVALUACIÓN

POR PROCESO:

- Número de madres que participaron en el taller mostrando sus inquietudes.
- Número de madres que conocen acerca de la importancia del cuidado materno y desarrollo infantil.
- Número de niños que participaron para su desarrollo cognitivo y afectivo.

POR PRODUCTO:

- Número de madres demostrando el conocimiento del cuidado materno y desarrollo infantil

PRESUPUESTO

RUBRO	DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL \$
Materiales de oficina	Hojas para impresiones	3000	0,05	150.00
	Impresiones	100	0,25	25.00
	Cartulinas	20	0,25	5.00
	Papelográficos	15	0.20	0.60
	Marcadores acrílicos y permanentes	10	0.80	8.00
	Pendrive	1	12.00	24.00
	Laptop	1	800.00	800.00
	Impresora	1	100.00	100.00
	Esferos	12	0.40	4.80
	Folders	3	3.80	11.40
	Grapadora	1	3.00	3.00
	Cajas de Clips / Grapas	4c/u	1.50	12.00
	Tableros	4	3.00	12.00
	Calculadoras	1	8.00	8.00
	Lápices	12	0.25	3.00
	Borradores	12	0.25	3.00
	Perforadora	1	3.75	3.75
	Resaltadores	5	0.20	1.00
Viáticos	Transporte	150	0.25	37.50
Materiales de imprenta	Almuerzos	120	2.50	300.00
	Refrigerios	120	0.50	60.00
	Trípticos	200	0.30	60.00
Total				2.232,20

BIBLIOGRAFÍA

Arquero, M. (2009). *Educación de calle. Hacia un modelo de intervención en marginación juvenil*. Madrid: Editorial Popular S.A.

Antoraz, E. & Villalba, J. (2010). *Desarrollo cognitivo y motor*. Madrid: Editorial Editex.

Bowlby, J. *Cuidado maternal y amor*. (2009). London: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Brofenbrenner, I. (2012). *La ecología del desarrollo humano*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Delval, J. (2010). *La escuela, el niño y el desarrollo intelectual*. Madrid: Editorial Ministerio de Educación.

Martínez, M., Pina, F. & Gómez, C. (2010). *Manual de procedimientos de enfermería materno infantil*. Murcia: Editorial Editum.

Piaget, J. (2008). *El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño*. New York: Editorial Altaya.

Piaget, J. (2011). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. (2da edición). México: Editorial Crítica.

Redondo, G., Galdó, G. & García, M. (2008). *Atención al adolescente*. Cantabria: Editorial Universidad de Cantabria.

Sánchez, C., Rivera, R. & Figueroa, M. (2009). *Promoción del desarrollo infantil temprano*. México: Editorial Editprint.