

**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN"
HUANUCO
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**SEGUNDA ESPECIALIDAD
ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y
ESTIMULACION TEMPRANA**



TESIS

**MADRES ADOLESCENTES Y SU INFLUENCIA EN EL
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE 1
AÑO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO
INFANTIL "EL CARMEN" - HUANCAYO 2015**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERA ESPECIALISTA EN
CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y ESTIMULACION TEMPRANA**

TESISTAS:

LIC. ENF. MALLMA NESTARES Tarcila

LIC. ENF. MALLMA ORDOÑEZ Edith

LIC. ENF. SANTANA ZARATE Meves Victoria

ASESORA: DRA. SILNA TERESITA VELA LOPEZ

HUÁNUCO – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por darnos la existencia y su amor infinito y a nuestros padres por su apoyo incondicional para superarnos cada día más y más para poder alcanzar nuestros objetivos.

Las autoras

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres por apoyarnos incondicionalmente para superarnos en nuestra vida profesional con el propósito de servir a nuestro prójimo.

A la Dra. Silna Teresita Vela López, por habernos asesorado en la elaboración de la tesis y que con su generosa paciencia nos permitió concluir nuestro estudio.

A nuestros maestros de la especialidad, por habernos enseñado con sus conocimientos y por compartir con nosotras sus amplias sapiencias y experiencias.

Las autoras.

RESUMEN

Objetivo: Establecer de qué manera influye ser Madre Adolescente en el Crecimiento y Desarrollo del niño menor de 1 año en el Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen" Huancayo. 2015. Método: estudio de tipo analítico; cuantitativo; prospectivo y transversal. Población estuvo conformada por 300 niños y la muestra por 30 niños menores de un año hijos de madres adolescentes. Técnica usada: encuesta. Instrumento: cuestionario. Estudio de tipo descriptivo correlacional, prospectivo, transversal y analítico. Los resultados fueron: el 56.7% (17) presentó crecimiento adecuado y 43.3 % (13) inadecuado. Posterior a la aplicación del Test Abreviado Peruano, el 53.5% (16) presentó trastorno en el desarrollo y el 46.7%(14) desarrollo normal. Se comprobó la hipótesis a través del estadístico correlación de Pearson, concluyendo que el p valor = 0,008 siendo menor que 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se puede afirmar que ser madre adolescente influye significativamente en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año.

Palabras clave: madre adolescente, crecimiento, desarrollo y niño menor de 1 año.

SUMMARY

Objective: Objective: To establish how adolescent mother influences the growth and development of children under one year of age in the Maternal and Child Educational Regional Hospital "El Carmen" Huancayo. 2015.

Method: analytical type study; quantitative; prospective and transversal. Population consisted of 300 children and the sample by 30 children under one year of age of adolescent mothers. After applying the Peruvian Abbreviated Test, 53.5% (16) presented developmental disorder and 46.7% (14) normal development.

The hypothesis was verified through the statistical Pearson correlation, concluding that the p value = 0.008 being less than 0.05, so the null hypothesis is rejected, and it can be affirmed that being a teenage mother significantly influences the growth and development of the youngest child of 1 year.

Key words: adolescent mother, growth, development and child under 1 year.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
SUMMARY	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ACRÓNIMOS	xii
INTRODUCCIÓN	xiii
CAPÍTULO I	18
1. MARCO TEÓRICO	18
1.1. ANTECEDENTES	18
1.2. BASES CONCEPTUALES	23
1.3. BASES TEÓRICAS	67
1.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES	72
1.5. HIPOTESIS	73
1.6. OBJETIVOS	74
1.7. VARIABLES	74
CAPÍTULO II	75
2. MARCO METODOLÓGICO	75
2.1. ÁMBITO DE ESTUDIO	75
2.2. POBLACIÓN y MUESTRA	75
2.3. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO	76

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	77
2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	78
2.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS.....	79
2.7. PROCEDIMIENTO.....	80
2.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	81
3. RESULTADOS.....	82
DISCUSIÓN.....	109
CONCLUSIONES.....	115
RECOMENDACIONES.....	116
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	118
ANEXOS.....	123

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01. Datos sociodemográficos de las madres adolescentes. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015	82
Tabla N° 02. Número de controles de las madres adolescentes durante su embarazo. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	84
Tabla N° 03. Primer control de la madre adolescente en su embarazo. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	85
Tabla N° 04. Datos generales de los niños al nacer. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015	86
Tabla N° 05. Edad actual de los niños nacidos. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015	88
Tabla N° 06. Peso actual de los niños nacidos. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	90
Tabla N° 07. Talla actual de los niños nacidos. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	92
Tabla N° 08. Evaluación de crecimiento – Peso / Edad de los niños nacidos. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	94
Tabla N° 09. Evaluación de crecimiento – Talla / Edad de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	95
Tabla N° 10. Evaluación de crecimiento – Peso / Talla de los niños. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	96
Tabla N° 11. Evaluación de crecimiento de los niños. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	97
Tabla N° 12. Evaluación del área motora postural de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	98
Tabla N° 13. Evaluación del área viso motora de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	100

Tabla N° 14. Evaluación del lenguaje de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015. 101

Tabla N° 15. Evaluación del área personal social de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015. 103

Tabla N° 16. Inteligencia y aprendizaje de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015. 105

Tabla N° 17. Evaluación con el Test peruano (TAP) de los niños .Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015. 106

Tabla N° 18: Prueba de Hipótesis de las madres adolescentes y su influencia en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” - Huancayo 2015. 108

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 01. Datos sociodemográficos de las madres adolescentes	83
Figura N° 02. Número de controles de las madres adolescentes durante su embarazo	84
Figura N° 03. Primer control de la madre adolescente en su embarazo	85
Figura N° 04. Datos generales de los niños al nacer. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015	86
Figura N° 05. Edad actual de los niños nacidos. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015	88
Figura N° 06. Peso actual del niño. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	91
Figura N° 07. Talla actual del niño. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	93
Figura N° 08. Peso / Edad de los niños nacidos. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015	94
Figura N° 09. Talla/Edad. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	95
Figura N° 10. Peso/Talla. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	96
Figura N° 11. Evaluación de crecimiento de los niños. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	97
Figura N° 12. Evaluación del área motora postural de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	98
Figura N° 13: Evaluación del área viso motora de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	100
Figura N° 14. Evaluación del lenguaje de los niños nacidos Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	101
Figura N° 15. Evaluación del área personal social de los niños. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	103
Figura N° 16. Inteligencia y aprendizaje de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.	105

Figura N° 17. Evaluación con Test peruano (TAP) de los niños.
Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen" – Huancayo,
2015. 106

ACRÓNIMOS

MINSA	: Ministerio de Salud
CRED	: Control de Crecimiento y Desarrollo
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
TPD	: Test Peruano de Desarrollo
P/E	: Peso para la edad
T/E	: Talla para la edad
P/T	: Peso para la talla

INTRODUCCIÓN

Comentado [STVL1]: A PARTIR DE AQUÍ LA NUMERACION ES CON NUMEROS ARABIGOS (15)

La OMS considera el embarazo adolescente un problema culturalmente complejo, alienta a retrasar la maternidad y el matrimonio para evitar los altos índices de mortalidad materna y mortalidad de recién nacidos así como otras complicaciones sanitarias parto prematuro, bajo peso, pre eclampsia, anemia, asociadas al embarazo en jóvenes adolescentes. En el 2009 se estimaba que 16 millones de niñas comprendidas entre las edades de 15 y 19 años daban a luz cada año, un 95 % de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, lo que representa el 11 % de todos los nacimientos en el mundo.(1).

En América Latina y en los países subdesarrollados la aparición de un gran número de madres adolescentes se ha convertido en un problema social ya que sus altos índices van en aumento de una manera exorbitante, convirtiéndose en un problema grave y muy preocupante, esta situación conlleva a que el desarrollo social de estos países se vea cada vez más lento (2).

Las cifras de madres adolescentes en Sudamérica son alarmantes ya que a nivel mundial solo se ven superadas por África, siendo aún más preocupante su incidencia al aumento sobre todo en las poblaciones más pobres de la región.(3).

El segundo país en la lista de los más altos índices de madres adolescentes de América Latina es el Ecuador, donde más del 17% de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres, seguidos por Argentina, donde el 15,6% de nacidos vivos son hijos de madres adolescentes (4).

Teniendo la evidencia que en el Perú la población total sobrepasa los 28 millones de personas, de los cuales el grupo etario de adolescentes de 12 - 17 años es de 3, 525, 959 haciendo un porcentaje de 12,4%. (5) Trece de cada 100 peruanas entre 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas por primera vez, cifra que se mantiene casi sin variación desde hace 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011, presentada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (5).

La inexperiencia, el poco interés demostrado hacia el cuidado de los niños por parte de las madres adolescentes o las largas jornadas laborales que se ven obligadas a realizar, provoca que se dé en su gran mayoría una inasistencia a los centros de salud para los controles del niño, impidiendo que el personal de salud y en especial el personal de enfermería pueda valorar e intervenir oportunamente en el crecimiento y desarrollo del hijo de madre adolescente, pudiendo de esta manera mejorar la calidad de vida del infante (6).

Además, teniendo en cuenta el bajo nivel de escolaridad de las madres existe gran desconocimiento acerca de los nutrientes básicos y sobre los alimentos que los contienen, es muy difícil lograr una alimentación balanceada y por ende un óptimo aporte nutricional.

Actualmente el Ministerio de Salud (MINSa) brinda singular importancia al monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años ya que incluye un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera (o) o médico, con el objetivo de vigilar de

manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.(7).

Cabe resaltar que desde el 2011, la Norma Técnica de Salud de Control de Crecimiento y Desarrollo del niño menor de cinco años, establece para el recién nacido: cuatro controles y para el niño menor de un año: once controles; así mismo para evaluar el desarrollo se emplea el Test Peruano de Desarrollo del Niño (TPD). Para evaluar el desarrollo a niños y niñas de 0 a 30 meses, el test determina el perfil en 12 líneas del desarrollo, correspondiente a diferentes comportamientos; y para evaluar el crecimiento las curvas con desviación estándar de la OMS: peso para la edad (P/E); talla para la edad (T/E) y peso para la talla (P/T).(8)

A través del presente estudio se pudo determinar de qué manera influye el ser madre adolescente en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año, con la finalidad de proporcionar información actualizada a las autoridades de salud a fin de que se diseñe y/o elabore un programa de educación permanente dirigido a contribuir en la mejora de la orientación y atención de la mujer adolescente y tomar decisiones relacionadas a la prevención de embarazos. Así mismo que todos los establecimientos cumplan con la dotación de los recursos humanos y el equipamiento necesario para aplicación de la norma técnica del control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de cinco años.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE INDEPENDIENTE				
MADRE ADOLESCENTE	- Paridad	- Primípara - múltipara	Si/No	- Nominal Dicotómica
	- Control Prenatal	- Número de controles durante su embarazo	- Menos de 3 controles - De 3 a 5 controles - De 6 a más controles	- Ordinal politómica
	- Primer control de su embarazo	- Primer trimestre - Segundo trimestre - Tercer trimestre	- Si/No	- Nominal Dicotómica
VARIABLE DEPENDIENTE				
CRECIMIENTO Y	- P/E	- Sobrepeso - Normal - Desnutrición	Si/No	- Ordinal Dicotómica
	- T/E	- Alto - Normal - Talla baja	Si/No	- Ordinal Dicotómica
	- P/T	- Sobrepeso - Normal - Desnutrición Aguda - Desnutrición Severa	Si/No	- Ordinal Dicotómica
DESARROLLO DEL NIÑO	- Comportamiento motor postural	- Control de cabeza y tronco - Control de cabeza y tronco – rotaciones - Control de cabeza y tronco – marcha	Normal / trastorno del desarrollo	- Nominal Dicotómica
	- Comportamiento viso motor	- Uso de brazo y mano - Visión		- Nominal Dicotómica
	- Comportamiento del lenguaje	- Audición - Lenguaje comprensivo - Lenguaje expresivo		- Nominal Dicotómica
	- Comportamiento personal social	- Alimentación, vestido e higiene - Juego - Comportamiento social		- Nominal Dicotómica
	- Inteligencia y aprendizaje	- Inteligencia y aprendizaje		- Nominal Dicotómica
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN:				
	- Edad	- Años	- 12 a 14 años	- De razón

Variables de la madre	- Estado civil	- Soltero - Casada - Conviviente - Viuda	- 15-17 años - Si/No	- Nominal Dicotómica
	- Nivel de educación	- Grado de instrucción	- Superior - Secundaria - Primaria - Ninguno	Ordinal politómica
	- Ocupación	- Actividad laboral	- Estudiante - Independiente - Empleada pública - Ama de casa -	Ordinal politómica
	- Convivencia	- Independiente - Con familiares	- Si/No	- Nominal Dicotómica
Variables del niño menor de 1 año:	- Peso del niño al nacer	- Extremadamente bajo peso al nacer - Muy bajo peso al nacer - Bajo peso al nacer - Normal - Macrosómico	- Si/No	- Nominal Dicotómica
	- Edad gestacional del niño al nacer	- Pre término (28-36 semanas) - Término (37-42 semanas) - Pos término (más de 42 semanas)	- Si/No	- Nominal Dicotómica
	- Edad actual	- En meses	- Menor de 12 meses	- Nominal politómica
	- Sexo	- Masculino - Femenino	- Si / No	- Nominal Dicotómica
	- Talla del niño al nacer	- Normal - Baja	- Si / No	- Nominal Dicotómica

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

INTERNACIONALES

En Reino Unido (2002) Investigadores de la Universidad de Oxford, con la colaboración de colegas canadienses, han llevado a cabo un estudio con el objetivo de determinar qué tipo de secuelas provoca, tanto en la madre como en los hijos, el embarazo en la adolescencia publicado en Archives of Disease in Childhood sus autores analizaron los datos de casi 19.000 niños que nacieron en Reino Unido entre 2000 y 2001 donde las variables de estudio fue el nivel sociocultural y económico de las madres, los cuidados durante el embarazo y el posparto – como si habían fumado a lo largo de la gestación y si habían alimentado al bebé con lactancia materna–, así como la ausencia de la figura paterna; tomaron una muestra de 12.000 y han descubierto que los niños cuyas madres los gestaron y dieron a luz durante esta etapa de su vida donde determinaron que los niños presentaban un peor desarrollo cognitivo cuando se les comparaba con niños de su misma edad cuyas madres eran adultas cuando ellos nacieron. (9)

En Argentina – Sarda (2009) Pomata Jorgelina Beatriz; Aspres Norma; y colaboradores en su revista titulada “Crecimiento, desarrollo y lactancia materna de hijos de madres adolescentes Hospital Materno Infantil Ramón Sardá” publican una investigación con diseño

descriptivo, prospectivo cuyo propósito fue analizar el crecimiento y desarrollo de los hijos de madres adolescentes de 16 años a menos, alimentados a pecho, seguidos por PROAMA (Programa asistencial para las madres adolescentes) hasta el año de edad en la que fueron incluidas todas las adolescentes de 16 años o menos y sus hijos ingresados durante el periodo comprendido entre el 01/06/02 al 30/05/03 donde se estudiaron variables socio económicas y culturales en las adolescentes y sus familias y Variables estudiadas en los hijos de las adolescentes sexo, edad gestacional (EG) en semanas, depresión al nacer evaluado por test de Apgar, porcentaje de menores de 36 semanas de EG, crecimiento y desarrollo desde el nacimiento hasta el primer año, evolución de la alimentación a pecho; cuyo resultado fue: los hijos de madres adolescentes presentaron un adecuado crecimiento y desarrollo ya que participaron del estudio 102 niños. Media (DS) de edad gestacional: 38,8 semanas \pm 1,44. Pre términos: 5,6 %. Sin depresión neonatal al primer y quinto minuto. Media (DS) del peso al nacer: 3.148 g \pm 476. Media de la talla al nacer: 48,93 cm \pm 1.81. Media del peso al año de vida: 9.894,7 g \pm 1.056. Media de la talla al año de vida 74,28 cm \pm 2,68. El desarrollo psicomotor fue normal en 101 niños y en un solo caso se encontró un retraso leve en el lenguaje. Las características de 100 familias adolescentes mostraron que se encontraban en condiciones de gran vulnerabilidad, por lo cual fue importante ofrecerles apoyo, contención y educación. (10)

En México - Pachuca Hidalgo (2005) Maria Inés, Sánchez Ceron en su estudio titulado "Madres Adolescentes: Una Problemática Socio-familiar", realiza una investigación de carácter descriptivo y cualitativo cuyo objetivo fue explicar cómo la maternidad afecta las estructuras sociales y familiares en la población adolescente de 14 a 19 años de edad que acude al Hospital Integral Cinta Larga de Mixquiahuala de Juárez Higo, donde la población de estudio fueron 30 pacientes adolescentes que acudieron al Hospital Integral Cinta Larga de Mixquiahuala de Juárez en el periodo Julio-Septiembre de 2005, Las variables que se estudiaron son: Adolescencia, Maternidad, Problema social, Problemas Familiares, Madre soltera, Dependencia económica. En lo que la autora concluye que a maternidad en la adolescencia genera situaciones de riesgo perinatal: para la madre y el niño, que llevan al fracaso en la crianza ya que el 100% de encuestadas coinciden que el mayor problema que enfrentan con la maternidad es la falta de dinero. En mayor grado las de 16 a 18 años, que trae como consecuencia las deficiencias en la satisfacción de necesidades familiares tales como la alimentación adecuada, el vestido y una vivienda digna. (11)

NACIONALES:

En Perú - Lima (2015), Camacllanqui Aburto Gladys Noemí en su estudio titulado "Hijo de madre adolescente riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año

2013” realiza una investigación tipo longitudinal, retrospectivo, analítico, de casos y controles en hijos madres adolescentes, cuyo propósito fue determinar y describir los factores de riesgo, morbilidad y mortalidad, de los hijos de madres adolescentes. Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2013 donde su población de estudio fueron la totalidad de neonatos hijos de madres adolescentes que nacieron en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2013. Las variables que estudiaron fueron: Variables neonatales: sexo del recién nacido, peso del neonato, Apgar, edad gestacional, patología del recién nacido y Variables maternas: edad materna, tipo de parto, enfermedad hipertensiva del embarazo; donde se concluye que en este grupo etario específico se presentan una serie de factores, causas, consecuencias que han sido perjudiciales para el neonato y para la madre que conlleva un incremento de las tasas de morbilidad, mortalidad por que solo el 18% tuvo control prenatal adecuado, El análisis de los hijos de madres adolescentes tempranas versus tardías mostro que la prematurez tuvo un OR de 1.9, el bajo peso al nacer de 3.1, el apgar bajo a los 5 minutos de 6.2 y los pequeños para la edad gestacional de 3.1, es decir los factores de riesgo de nuestros objetivos representa mayor riesgo en todos los casos. Perú - Lima (2015),

LOCALES

En Huánuco - Perú. Mendoza Morales, Phiorela Astrid; Silva Peña, Naisa, realizaron el estudio titulado: “Crecimiento del niño de 1 a 3 años y su

relación con factores socioculturales de los padres del CLAS Pillco Marca – Huánuco. 2016”. Objetivo: Determinar la relación entre el crecimiento del niño de 1 a 3 años y los factores socioculturales de los padres. Métodos: Se llevó a cabo un estudio correlacional con 136 padres con niños de 1 a 3 años edad procedentes del CLAS Pillcomarca – Huánuco 2016. En la recolección de datos se utilizó una guía de encuesta y una guía de observación. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de independencia. Resultados: El 79,4% (108 niños) tuvieron la condición normal y el 20,6% (28 niños) presentaron talla baja, como indicador del crecimiento del niño. Por otro lado, se encontró que el grado de instrucción de la madre, la ocupación de la madre, la falta de seguro de la madre y el tipo de organizaciones a la que pertenece la madre se relacionan significativamente en el crecimiento del niño, todas con $p \leq 0,05$. Conclusiones: Los factores socioculturales de los padres se relacionan con el crecimiento del niño de 1 a 3 años del CLAS Pillcomarca – Huánuco. (13)

En Huancayo – Junín, (2015) Huatuco Alcocer Natali Mercedes; et. al. investigaron sobre: “Calidad de ambiente familiar y su relación con el desarrollo psicomotor en niñas y niños de 3 a 4 años en la Institución Educativa Inicial N° 301 sector la esperanza Distrito Chilca – Huancayo – Junín, 2015”. Objetivo: establecer la relación entre la calidad del ambiente familiar con el desarrollo psicomotor de niñas y niños de 3 a 4 años, en la Institución Educativa Inicial N° 301 del Sector La Esperanza distrito Chilca – Huancayo – Junín, 2015. La Hipótesis general fue: existe relación

significativa entre la calidad del ambiente familiar con el desarrollo psicomotor de niñas y niños de 3 a 4 años, en la Institución Educativa inicial N° 301 del Sector La Esperanza distrito Chilca – Huancayo – Junín, 2015. Metodología: diseño descriptivo correlacional donde se aplicó el inventario HOME y Test Abreviado o Pauta Breve como instrumentos de recolección de datos. La muestra estuvo constituida por 56 estudiantes entre niñas y niños de Institución Educativa Inicial N° 301 del Sector La Esperanza distrito Chilca – Huancayo – Junín, institución donde se llevó a cabo la presente investigación. Se aplicó el método científico como método general y como método específico el analítico – sintético. Conclusión: se acepta la hipótesis general a través de la correlación de Spearman: $r_s > r_s^*$ ($0.321 > 0.264$); por lo que, se determina que existe relación significativa entre la calidad del ambiente familiar con el desarrollo psicomotor de niñas y niños de 3 a 4 años, en la Institución Educativa inicial N° 301 del Sector La Esperanza distrito Chilca – Huancayo – Junín, 2015 (14)

1.2. BASES CONCEPTUALES

1.2.1. ADOLESCENCIA

Etimológicamente la palabra adolescencia, proviene del latín adolescente, que significa crecer". (15)

La adolescencia es un proceso psicosocial, durante el cual el joven tiene que armonizar el nuevo funcionamiento de su cuerpo con conductas aceptables socialmente y así, poder formar una

personalidad integrada en sus tres elementos básicos: biológico, psicológico y social.

Biológicamente: "...el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual." (1)

Psicológicamente: "... Los procesos psicológicos del individuo y las pautas de identificación evolucionan desde los del niño a las del adulto."(1)

Socialmente: "... Se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia" (1).

Para Freud (1999), (16) la adolescencia es una revolución sexual y afectiva; y para Piaget es una revolución intelectual. Es la transición de la niñez a la vida adulta, tarda algunos años y se presenta a diferentes edades de acuerdo al sexo, a la cultura y herencia; es un producto de la civilización. En los pueblos primitivos no existía, a medida que la civilización se hace más compleja, se atrasa el momento en el que el adolescente es considerado como adulto.

La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y preannuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo

típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.

Sin embargo al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos, por ejemplo, la fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos, que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales, y la aparición repentina de las características primarias y secundarias del sexo, al igual que las reacciones psicológicas a estos cambios. No todos estos cambios fisiológicos tienen una elevada correlación, ni las reacciones psicológicas de ellas son idénticas o igualmente intensas en todos los individuos.

Identidad frente a la confusión de la identidad

Para formar una identidad, el ego organiza las habilidades, necesidades y deseos de una persona y la ayuda a adaptarlos a las exigencias de la sociedad. Durante la adolescencia la búsqueda de "quien soy" se vuelve particularmente insistente a medida que el sentido de identidad del joven comienza donde termina el proceso de identificación.

La identificación se inicia con el moldeamiento del yo por parte de otras personas, pero la información de la identidad implica ser uno mismo, en tanto el adolescente sintetiza más temprano las identificaciones dentro de una nueva estructura psicológica. Eriksson

(1997) concluyó que uno de los aspectos más cruciales en la búsqueda de la identidad es decidirse por seguir una carrera; como adolescentes necesitan encontrar la manera de utilizar esas destrezas; el rápido crecimiento físico y la nueva madurez genital alertan a los jóvenes sobre su inminente llegada a la edad adulta y comienzan a sorprenderse con los roles que ellos mismos tienen en la sociedad adulta.

Cuando los jóvenes tienen problemas para determinar una identidad ocupacional se hallaran en riesgo de padecer situación (10) considera que el primer peligro de esta etapa es la confusión de la identidad, que se manifiesta cuando un joven requiere un tiempo excesivamente largo para llegar a la edad adulta (después de los treinta años). Sin embargo, es normal que se presente algo de confusión en la identidad que responde tanto a la naturaleza caótica de buena parte del comportamiento adolescente como la dolorosa conciencia de los jóvenes acerca de su apariencia. De la crisis de identidad surge la virtud de la fidelidad, lealtad constante, fe o un sentido de pertenencia a alguien amado o a los amigos y compañeros. La fidelidad representa un sentido muy ampliamente desarrollado de confianza; pues en la infancia era importante confiar en otros, en especial a los padres, pero durante la adolescencia es importante confiar en sí mismos.

Cambios en el adolescente:

- **Cambios físicos del adolescente**, los cambios biológicos que señalan el fin de la niñez incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el comienzo de la menstruación de las mujeres, la presencia de semen en los varones, la maduración de los órganos sexuales primarios (los que se relacionan directamente con la reproducción) y el desarrollo de las características sexuales secundarias (señales fisiológicas de la madurez sexual que no involucran en forma directa a los órganos reproductores).
- **Cambios psicológicos en el adolescente**, la adolescencia es la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto, su cuerpo continuamente los traiciona; sin embargo la adolescencia también ofrece nuevas oportunidades que los jóvenes abandonan de diferentes maneras. No sabemos cuándo inicia la maduración, ni podemos explicar tampoco cuál es el mecanismo exacto en la que la desencadena, solo sabemos que a cierta edad determinada por factores biológicos esto ocurre. Todos estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o tardíamente que este obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar.

Desarrollo afectivo

Tras el período turbulento de la pre adolescencia, la conducta de los jóvenes suele sosegar. Las relaciones familiares dejan de ser un permanente nido de conflictos violentos y la irritación y los gritos dejan paso a la discusión racional, al análisis de las discrepancias y hasta a los pactos y los compromisos.

Esto significa que el adolescente ha conseguido librar con éxito el postrer combate contra las exigencias libidinales infantiles, de las que no obtiene ya satisfacción, y está dispuesto a afrontar las dificultades que conlleva su nueva condición, por fin plenamente asumida, de joven adulto. A partir de este momento, el conflicto se desplaza desde la ambivalencia afectiva a la reivindicación de ciertos derechos personales, entre los que destacan las exigencias de libertad e independencia, la libre elección de amistades, aficiones, etc.

El adolescente intenta experimentar sus propios deseos más allá del estrecho círculo de las relaciones familiares y para ello necesita imaginarse reprimido por los padres, lo esté o no. La fantasía de represión de sus iniciativas es estructurante para su afectividad, que obtiene una base firme para iniciar experiencias adultas. La represión real, por el contrario, coloca al adolescente en una situación de desequilibrio, que puede precipitar prematuramente los tanteos del joven en el mundo de los adultos, o bien –operando en sentido contrario- desacreditarlos por completo.

En resumidas cuentas: en este segundo momento de la adolescencia,

los intereses afectivos de los jóvenes abandonan masivamente el ámbito familiar, estableciendo nuevas elecciones de objetos afectivos extra familiares, como es propio de todo adulto.

El problema reside en que la afectividad va más allá de la familia, pero el adolescente sigue viviendo (tal vez por mucho tiempo) en el domicilio paterno.

Desarrollo social

“El desarrollo social del adolescente empieza a manifestarse desde temprana edad, cuando en su infancia (podemos decir a partir de los 10 años) empieza a pertenecer a pequeñas pandillas con la única finalidad de jugar y de hacer travesuras. A medida que se va desarrollando empieza a ver otras inquietudes a la hora de elegir a un amigo es electivo tienen que tener las mismas inquietudes, ideales y a veces hasta condiciones económicas; el grupo es heterogéneo compuesto de ambos sexos ya no es como anteriormente mencionamos las pandillas que en su mayoría eran homogéneas esto la mayoría de sus veces trae como consecuencia la mutua atracción, gustarse el varón y la niña empieza con sus tácticas amorosas pero esto lo hablare en el desarrollo sexual más ampliado”.(17)

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

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

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

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

A veces las amistades en la adolescencia son pasajeras esto se debe como anteriormente mencione vemos que ellos se unen por ser semejantes pero a medida que pasa el tiempo sus intereses van cambiando, pronto su sentido social los lleva a extender el número de miembros. Ahora bien, todos los adolescentes pasan por el mismo estado psíquico. Cuando la amistad está formada por dos muchachos cuya situación conflictiva con el mundo es grave el lazo de unión lleva

a una fuerte dosis de resentimiento, todo gira en torno a actos de trasgresión que llamaremos conducta antisocial.

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

Ya he hablado de la formación de la personalidad, que el resentimiento de los muchachos proviene de la lucha con la sociedad y los padres. También he dicho que hay algo más hondo que el resentimiento que es el afán de encontrar categorías al yo, esto es, la sustancia de sí mismo. Pero el resentimiento es un lazo de unión grupal. Esto lo saben bien los líderes juveniles. El resentimiento puede ser explotado para arrojar a los jóvenes a cualquier tipo de lucha.

Las actividades del adolescente tienen también como objetivo el olvido, el instinto de mostrar que el alma del adolescente se carga de sentimiento doloroso, triste, y que únicamente en esa época de la vida se tiene complacencia del dolor, mediante sus tramitaciones en placer. El adolescente no es un ser esencialmente alegre en consecuencia le gusta disfrutar de los placeres como bailar, asistir a paseos ir al cine para mantenerse alegre pero cuando vuelven a la soledad, la tónica dominante no es precisamente la alegría.

Para finalizar este punto podemos concluir que el interés social tiene únicamente carácter grupal.

Desarrollo de la personalidad

Sobre el desarrollo de la personalidad se han tomado en cuenta variadas teorías, por parte de diferentes autores dedicados al estudio de los diversos aspectos que influyen en el desarrollo y comportamiento del individuo en la adolescencia.

La adolescencia es, si se quiere una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad.

Anteriormente, se creía, que el temperamento y el carácter, integrantes principales de la imagen corporal estaban determinados biológicamente y venían predispuestos por la información general.

La imagen corporal adquiere mayor importancia cuando el adolescente se encuentra en grupos que dan demasiada importancia a los atributos físicos tanto del varón como la hembra, o cuando en su entorno familiar o social se burlan de cualquiera de sus características físicas, estatura, contextura y el color.

La imagen corporal se toma más en cuenta en la hembra que en el varón y hasta en algunos casos determinan la profesión escogida.

Pero es necesario hacer hincapié, que aunque la imagen corporal juega un papel en el desarrollo de la personalidad, son factores de mayor importancia el ambiente donde se mueve el adolescente, la

familia y los valores que se mueven a su alrededor y de vital importancia la motivación como el motor que pone a funcionar todas sus acciones hacia el logro de metas trazadas.

1.2.2. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA:

- **Adolescencia temprana (11-13 años)**

Es la primera etapa de desarrollo del niño. Se caracteriza porque comienza a experimentar cambios físicos a una gran velocidad. En esta fase aparecen los caracteres sexuales secundarios.

Los cambios psicológicos y sociales no tienen un gran desarrollo durante esta fase, sino que son consecuencias o se derivan de los cambios físicos. El adolescente observa cómo su cuerpo se desarrolla y cambia, y esto provoca una gran curiosidad y una situación extraña para él. Las transformaciones acercan al adolescente a su grupo de amigos, que también experimentan los mismos cambios, por lo que existe una identificación grupal. Durante esta fase no se producen cambios psicológicos porque en lo que se refiere a los procesos cognitivos, el adolescente sigue pensando en concreto, no ha desarrollado la abstracción del pensamiento, no percibe las implicaciones futuras y se encuentra todavía muy lejos del pensamiento adulto.

Los contactos con el otro sexo tienen un carácter exploratorio, también lejos del deseo sexual adulto.

- **Adolescencia media (14-17 años)**

Al comienzo de esta fase, el adolescente ya ha finalizado casi por

completo su maduración sexual: sus órganos sexuales están prácticamente desarrollados y ha adquirido el 95 por ciento de su estatura. A partir de este momento, los cambios físicos se ralentizan sobremanera, lo que le permite al adolescente fijar su imagen corporal y desarrollar más fácilmente una imagen de sí mismo. En esta fase adquieren vital importancia los cambios psicológicos y sociales.

Durante estos años desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las implicaciones futuras, aunque en circunstancias conflictivas, como etapas de estrés, puede sufrir regresiones hacia el pensamiento concreto y ser incapaz de percibir estas implicaciones. La capacidad de percibir en abstracto provoca que el joven desarrolle también una cierta capacidad discursiva, además de identificarse con otras personas, grupos e ideologías. El adolescente también desarrolla y potencia una imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás. La pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto del grupo familiar también son consecuencias directas de los cambios psicológicos y cognitivos durante esta etapa.

El narcisismo y la sensación de invulnerabilidad es otra de las consecuencias de los cambios psicológicos del adolescente. Proyecta su imagen hacia el resto del mundo con el objetivo de acaparar atención. La sensación de invulnerabilidad y de fortaleza hacen que el adolescente pueda ser más agresivo en ciertas circunstancias y

puede acarrear comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

El contacto con el otro sexo se incrementa, aunque no sólo responde a un deseo sexual creciente, sino también al narcisismo y la exploración de los propios límites del adolescente, que necesita poner a prueba el grado de atracción que posee.

- **Adolescencia tardía (17-21 años)**

El desarrollo físico y sexual ha terminado. El adolescente ya es físicamente adulto y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción.

El pensamiento abstracto también se ha desarrollado en su totalidad y el joven puede pensar en abstracto sin dificultad y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos. El desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona.

A partir de este momento, el adolescente comienza a enfrentarse a las exigencias del mundo adulto, las necesidades de atención y de pertenencia a un grupo pierden importancia en pro del fomento de las relaciones individuales. (1)

1.2.3. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Es la gestación que ocurre durante los primeros años ginecológicos de la mujer y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. “se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad”, (18) fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo. Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la seudo valoración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. “Al ser requeridas sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado”. (19)

“La situación de embarazo ocurre en un contexto afectivo en un período denominado como “pololeo” y que culmina con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena una conflictiva psicosocial grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio-familiares a nivel de la familia de origen y entorno inmediato”. (19) Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquía (primera menstruación), ésta se sitúa como promedio a los 12 años.

Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más tempranas (que se calcula en un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores). Los adolescentes desconocen, por lo tanto, riesgos médicos de un embarazo a temprana edad, implicancias de la menarquia, como también el conocimiento de métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas.

En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural, es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una pseudo valoración de éste como placer, es decir, sin compromiso afectivo.

Silber (1992) (16) refiere que cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término su embarazo. Se ignora el número de abortos. Sin embargo, en la adolescencia se relaciona a factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, iniciación de la actividad sexual a muy temprana edad, por falta de conocimientos en educación sexual e irresponsabilidad por parte de los adolescentes. Además podemos evidenciar que los embarazos sucesivos en los adolescentes contribuyen a perpetuar el ciclo de la pobreza y la miseria.

La incidencia cada vez mayor de embarazos precoces en el grupo etario entre 12 y 14 años. Esto se lo atribuye a la falta de educación

sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana. Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad.

En relación con los factores causales del embarazo en adolescente, podemos referir que como principales causas de embarazo en adolescentes, la inestabilidad familiar, el abuso sexual y el incesto, la menarquía temprana (12 años) la falta de educación sexual oportuna y formal, la carencia habitacional y los medios de comunicación.

Por consiguiente los factores antes mencionados están presentes en el ambiente en el cual se desarrollan los adolescentes, contribuyendo a propiciar una actividad sexual temprana y en embarazos sucesivos en la adolescente, cabe resaltar la constante publicidad sobre la sexualidad en los medios de televisión, cine, radio y publicaciones.

Las adolescentes embarazadas de bajo nivel socioeconómico. La edad promedio del embarazo es de los 16 años la mayoría de ellas con un deficiente grado de instrucción, con escasos conocimientos sobre aspectos sexuales y temprano inicio de la vida sexual activa, cuya condición las mantenía aún, en su mayoría dependiente del

núcleo familiar de donde procedía. Igualmente la mayoría de las adolescentes embarazadas presentan una invasión cultural distorsionada, facilitada por la televisión, las revistas pornográficas, la violencia, entre otros.

En contraposición a la falta de programas oficiales sobre educación sexual, han hecho que estas adolescentes se adelanten en su vida reproductiva sin culminar su educación y capacidad para enfrentarse a un futuro más prometedor.

Las consecuencias de estos embarazos trascienden al adolescente y a la adolescente tomados individualmente y pueden afectar considerablemente a la relación que ambos mantienen entre sí.

- **Consecuencias del embarazo y la maternidad en la adolescencia**

Las consecuencias de un embarazo y por consiguiente de la maternidad en la adolescencia han permitido obtener consecuencias inmediatas, a mediano y a largo plazo. Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía para la adolescente sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que sabe que se ha quedado embarazada, y tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales. Los efectos de muchas de ellas pueden extenderse, incluso, hasta muchos años después del embarazo.

- **Consecuencias orgánicas**

Durante la gestación, el parto y el posparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud.

Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos.

Las complicaciones durante el parto y el posparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada.

Tradicionalmente estas consecuencias orgánicas se habían explicado en base a la inmadurez biológica inherente a la edad de la madre. Sin embargo, investigaciones recientes llegan a la conclusión de que la inmadurez biológica es un factor muy importante sólo en las adolescentes más jóvenes (menores de 15 o 16 años).

Por encima de esta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social.

- **Consecuencias psicológicas**

La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello. Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se

sienta frustrada en sus expectativas de futuro. Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un síndrome del fracaso", (20) ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.

Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso, de suicidios, todos ellos problemas muchos más frecuentes entre las adolescentes embarazadas que entre sus compañeras no embarazadas.

No obstante, no podemos estar plenamente seguros de que estos problemas psicológicos sean consecuencias del embarazo. Tal vez sean causas y consecuencias a la vez. O puede, incluso, que no sean ninguna de las dos cosas y que exista alguna otra tercera variable a la que se deban estas asociaciones.

- **Consecuencias educativas, socio-económicas y relacionales**

Estos embarazos, acarrearán gran cantidad de problemas escolares, dificultan la inserción en el mundo laboral e interfieren notablemente con la posibilidad de conseguir ingresos suficientes. Por otro lado, las relaciones sociales de la adolescente también pueden verse afectadas.

- **Consecuencias socio-relacionales**

Ser madre puede ocasionar a la chica importantes problemas de

rechazo social. La adolescente puede ser rechazada, además de por su pareja, por algunos de sus amigos, vecinos o familiares. En casos extremos puede llegar a ser rechazada incluso por sus propios padres. Este rechazo le priva de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, también económico, precisamente en el momento en que más las necesita.

Por otro lado, esto hace más difícil que la adolescente se implique en una relación de pareja estable.

1.2.4. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO (A) (18)

PRINCIPIOS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

- El crecimiento y desarrollo son procesos continuos, ordenados y secuenciales, que reciben la influencia de factores madurativos, ambientales y genéticos.
- El crecimiento y el desarrollo se producen en sentido.
- céfalo-caudal y progresan en modo centrífugo.
- El crecimiento evoluciona desde lo sencillo a lo complejo o desde actos aislados a actos integrados.
- El desarrollo se hace cada vez más diferenciado (respuesta general a una respuesta especializada).
- Determinados estadios del crecimiento y del desarrollo son más críticos que otros.
- El crecimiento y desarrollo avanzan a ritmos distintos

CRECIMIENTO

Proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células (Hiperplasia).

Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc. (21)

PERIODOS DEL CRECIMIENTO (22)

Períodos de crecimiento intrauterino

➤ Periodo embrionario

Se extiende desde la fecundación hasta la 12a semana de vida intrauterina.

Se caracteriza por una intensa multiplicación celular (hiperplasia) con un escaso aumento del tamaño del embrión.

En el período embrionario el ser humano es muy sensible a cierto tipo de factores adversos tales como radiaciones (rayos X), drogas, alcohol (alcoholismo materno), enfermedades infecciosas (rubéola), todas las cuales, precisamente por actuar durante este período, afectan el desarrollo de los órganos y pueden producir malformaciones congénitas. De ahí la importancia que tienen las acciones preventivas. Este período no es muy sensible, sin embargo, a la desnutrición materna.

➤ **Período fetal:** Se extiende desde la 13a hasta la 40a semana, es decir, hasta el término de la gestación y se caracteriza principalmente por una combinación de los procesos de hiperplasia e hipertrofia celular, por el cual aumentan de tamaño los órganos ya formados. Es un período en el cual las carencias nutricionales y ciertas enfermedades (hipertensión materna) pueden afectar sensiblemente el crecimiento fetal.

Desde la semana 28a a la 38a el crecimiento fetal es muy acelerado. A partir de ese momento disminuye el ritmo de crecimiento. Posteriormente se inicia el período de aceleración del crecimiento postnatal.

A medida que la gestación progresa, el porcentaje de incremento del peso corporal por día disminuye, en tanto que el incremento en gramos por día aumenta. Esto señala la necesidad de un aporte de nutrientes adecuado para posibilitar este crecimiento.

➤ **Período de crecimiento postnatal:** Se caracteriza por cuatro etapas de características disímiles:

- **Primera infancia:** Se considera que abarca desde el nacimiento hasta los tres años de edad, y se caracteriza por un crecimiento rápido, si bien con una notable desaceleración en relación al período anterior. Esta es una etapa de riesgo, sensible a las carencias nutricionales, infección y otras enfermedades (diarreas, enfermedades respiratorias, parasitosis).

DESARROLLO

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales (23).

El desarrollo comprende un aumento de la complejidad y destreza de una persona para adaptarse al medio. Constituye un aspecto conductual del crecimiento: Hablar, caminar.

Se entiende por maduración el proceso de adquisiciones progresivas de nuevas funciones y características, que se inicia con la concepción y finaliza cuando el ser alcanza el estado adulto. La maduración, se mide por la aparición de funciones nuevas (caminar, hablar, sostener la cabeza), o de eventos (aparición de un diente, aparición de la primera menstruación en la niña, aparición de nuevos huesos en las radiografías, etc.).

Existe una variación normal en la velocidad con que los niños maduran. En efecto, hay niños que comienzan a caminar a los 11 meses, otros lo hacen a los 16. En algunos el primer diente aparece a los 5 meses, en otros a los 8; hay niñas que menstrúan por primera vez a los 10 años, en tanto que otras lo hacen a los 15. Cada niño madura a una velocidad que le es propia; cada niño tiene un tiempo madurativo.

Existen varios indicadores de maduración del niño, a saber, en esta ocasión dada la naturaleza de nuestro trabajo de investigación nos enfocaremos a:

Maduración psicomotriz

Bajo este término se engloba la maduración de numerosas funciones y áreas de la conducta del niño. Entre ellas se pueden distinguir:

- La maduración de las funciones motoras gruesas (sostén cefálico, gateo, marcha, etc.).
- La maduración de las funciones motoras finas (manipulación de objetos, manejo de utensilios, escritura, etc.).
- La maduración de funciones sensoriales (visión, audición, tacto, etc.).
- La maduración de funciones sociales (sonrisa social, lenguaje, etc.).
- La maduración emocional del niño, de sus funciones adaptativas, de procesos de individuación e independencia, etc.

Este proceso de maduración de las funciones psico neurológicas se evalúa mediante pruebas especiales.

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (24)

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermero(a) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o

trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

Durante el control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de cinco años se realizan un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica de ambos.

Asimismo, se detecta de manera oportuna riesgos o factores determinantes, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención, y promover prácticas adecuadas de cuidado de la niña y niño. Para ello el profesional utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para valoración del crecimiento físico, entre otros. Esta información es consignada en la historia clínica.

El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial.

- Es individual, porque cada niño es un ser, con características propias y específicas; por lo tanto, debe ser visto desde su propio contexto y entorno.
- Es integral, porque aborda todos los aspectos del crecimiento y desarrollo; es decir, la salud, el desarrollo psico afectivo y la nutrición del niño.

- Es oportuna, cuando el monitoreo se realiza en el momento clave para evaluar el crecimiento y desarrollo que corresponde a su edad.
- Es periódico, porque se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido de manera individual y de acuerdo a la edad de la niña o niño.
- Es secuencial, porque cada control actual debe guardar relación con el anterior control, observando el progreso en el crecimiento y desarrollo, especialmente en los periodos considerados críticos.

PERIODICIDAD DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

EDAD	CONCENTRACION	PERIODICIDAD
Recién nacido	4	2 días del alta, 14 días, 21 días y 28 días de nacido
De 0 a 11 meses	11	1m; 2m; 3m; 4m; 5m; 6m; 7m; 8m; 9m; 10m; 11m.

Instrumentos a ser utilizados en el Control de Crecimiento y

Desarrollo:

- Historia Clínica estandarizada, forma parte de una carpeta familiar e incluye:
 - Plan de atención.

- Datos de filiación y antecedentes.
 - Evaluación de la alimentación.
 - Formato de consulta.
- Carné de atención integral del menor de 5 años.
 - Registro diario de atención de acuerdo al sistema vigente.
 - Formato de Atención de acuerdo a sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento. (SIS u otro si corresponde).
 - Registro de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño.
 - Curvas de crecimiento P/E, T/E, P/T y PC.
 - Instrumentos de evaluación del desarrollo: En el menor de 30 meses: Test Peruano de Desarrollo (TPD); de 3 a 4 años: Pauta breve.
 - Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.
 - Elaboración y monitoreo del plan de atención de salud individualizado:

El profesional responsable del control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud socializa con los padres o cuidadores la importancia del plan de atención individualizado de cada niña y niño en el que se define número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional, administración de vacuna, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la niñez, salud bucal, visita

familiar integral, sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otras actividades.

El plan de atención orienta al profesional para derivar a las familias de niños y niñas en situación de riesgo psicosocial a equipos de salud especializados y programas de complementación nutricional o de registro de identidad, así mismo facilita identificar y potenciar factores protectores del desarrollo integral del niño y la niña.

El plan de atención permite calendarizar las atenciones de salud a fin de brindarlas de manera racional, continua y sistemática; este proceso se hará de acuerdo al instructivo correspondiente.

El monitoreo del plan se realiza en cada contacto que la niña o niño tenga con el establecimiento de salud, en caso que la niña o niño no asista al establecimiento de salud el personal de salud designado realizará la visita domiciliaria correspondiente.

Actividades e Intervenciones del Control de Crecimiento y Desarrollo

➤ Examen Físico

Consideraciones específicas según edad:

Recién Nacido (de 7 y 15 días)

Examinarlo sobre la camilla de examen.

Empezar con el examen físico en dirección céfalo-caudal.

De uno a seis meses:

Iniciar el examen, de preferencia en el regazo de la mamá y continuar la evaluación en la mesa de examen.

Iniciar con el examen del tórax.

De siete meses a dos años:

Promover la participación activa del niño.

Empezar con el examen del tórax.

Respetar la identidad (llamarlo por su nombre) y el estado emocional de la niña o niño.

Detección de enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato.

La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda, se realiza siguiendo la metodología AIEPI 2.

La detección de la anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de laboratorio.

Dosaje de hemoglobina o hematocrito, para descartar anemia a partir de los 6 meses hasta los 4 años de edad, una vez por año

Examen seriado de heces y Test de Graham, para descartar parasitosis a partir del año de edad, una vez por año.

La detección de problemas visuales se realizará a través de la evaluación de la visión.

En el 100% de recién nacidos prematuros se verificará el cumplimiento de la prevención secundaria de la Retinopatía de la Prematuridad (ROP). Según lo precisado en la NTS N° 084-2010-MINSA/DGSP.V.01.

Durante el control de crecimiento y desarrollo se considerará como signos indirectos de déficit auditivo lo siguiente: No reacciona ante

sonidos inesperados, no gira la cabeza en dirección al sonido de la voz, no comprende las órdenes.

Pobre desarrollo del lenguaje. Si un niño no balbucea a los 11 meses debe remitirse inmediatamente para su estudio audiológico.

Durante el control de crecimiento y desarrollo el profesional realizará el examen de la cavidad bucal.

La detección del maltrato y violencia infantil se realiza en cada control o contacto de la niña o niño.

La detección del maltrato y violencia infantil se inicia con la búsqueda de factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la historia clínica, recabando información sobre aspectos psicosociales, dinámica familiar, etc., esta información debe ser actualizada en los controles sucesivos evaluando la calidad del vínculo afectivo entre padres e hijos, cuidados que se proveen a niñas o niños, presencia de síntomas que sugieren abandono, trato negligente, carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites (castigo físico, correcciones verbales desproporcionadas, etc.).(25)

Suplementación con micronutrientes

Suplementación con hierro

Suplementación preventiva con hierro para niñas y niños de cuatro y cinco meses en gotas y de seis meses a treinta y cinco meses de edad usar el multi micronutrientes con el objetivo de prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una

ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro.

Suplementación con Vitamina A

La suplementación con Vitamina "A" se realiza en las niñas y niños de áreas priorizadas según criterios de alta prevalencia de morbilidad por enfermedades infecciosas frecuentes y niveles de pobreza y extrema pobreza.

EDAD	DOSIS	FRECUENCIA
6 – 11 meses	100,000 UI	Una vez cada 6 meses
12 – 59 meses	200,000 UI	Una vez cada 6 meses

Fuente: World Health Organization - 2000.

EVALUACION DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO (A)

VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA: PESO, LONGITUD / TALLA Y PERÍMETRO CEFÁLICO.

Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de la oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) y de acuerdo a criterios establecidos.

El perímetro cefálico se mide hasta los 36 meses.

Los valores de peso, longitud o talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional.

Evaluación y monitoreo del crecimiento.

Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).

La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento.

A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia.

El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño.

El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:**➤ Crecimiento adecuado:**

Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad

esperados para su edad (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

➤ **Crecimiento inadecuado:**

Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE).

CUADRO DE CONDICIÓN DE CRECIMIENTO

CONDICIÓN DE CRECIMIENTO	ANOTACION	SIGNIFICADO	CONDUCTA A SEGUIR
Crecimiento adecuado		Señal de buen crecimiento, traducido en un incremento favorable de peso, longitud o estatura de la niña o niño, visualizado de un control a otro. La tendencia es paralela al patrón de referencia. Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad ($+2-2DE$)	Felicitar a los padres o adultos responsables del cuidado del niño, estimular las prácticas adecuadas en el cuidado de la niña o niño y citar para el control siguiente de acuerdo a esquema vigente.
Crecimiento inadecuado		Señal de crecimiento inadecuado, traducido en poco incremento de peso, longitud o estatura de la niña o	Explorar e identificar los factores causales del crecimiento inadecuado, analizarlos y establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los

		<p>niño, visualizado de un control a otro.</p> <p>La tendencia no es paralela al patrón de referencia.</p> <p>Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DE)</p>	<p>padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño. Citar para control con intervalos de 7 a 15 días de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación, (tendencia del crecimiento paralelo al patrón de referencia) y de considerar necesario referir para evaluación y tratamiento.</p>
		<p>Señal de crecimiento inadecuado, traducido en incremento nulo de peso, longitud o estatura de la niña o niño, visualizado de un control a otro.</p> <p>La tendencia no es paralela al patrón de referencia.</p> <p>Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DE)</p>	
		<p>Señal de crecimiento inadecuado, traducido en incremento nulo de peso, longitud o estatura de la niña o niño, visualizado de un control a otro.</p> <p>La tendencia no es paralela al patrón de</p>	

		referencia. Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2-2DE)	
		Señal de crecimiento inadecuado, traducido en ganancia excesiva de peso para su edad, evidenciado de un control a otro. La tendencia se eleva por encima de la curva de referencia.	

Clasificación del estado nutricional.

Se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud. Para la clasificación del estado nutricional de acuerdo a la edad de la niña y el niño se utilizará los siguientes indicadores:

INDICADOR	GRUPO DE EDAD A UTILIZAR
Peso para edad gestacional	Recién nacido (a)
Peso para la edad (P/E)	≥ a 29 días a < 5 años
Peso para la talla (P/T)	≥ a 29 días a < 5 años
Talla para la edad (T/E)	≥ a 29 días a < 5 años

Clasificación del estado nutricional en recién nacidos

Peso para la edad gestacional. Para determinar el estado nutricional del recién nacido utilizando el indicador peso para la edad gestacional se debe comparar el peso de la niña o niño al nacimiento con respecto a la edad gestacional empleando el Test de Capurro de acuerdo a tabla. El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso para la edad gestacional se clasifica en:

PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL

PUNTO DE CORTE	CLASIFICACIÓN
< P10	Pequeño para la edad gestacional (desnutrido o con retraso en el crecimiento intrauterino)
P10 a P90	Adecuado para la edad gestacional.
>90	Grande para la edad gestacional (macrosómico).

Fuente: Center for Disease Control CDC 2000.

Peso al nacer. El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño.

El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso al nacimiento se clasifica en:

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑAS Y NIÑOS DE 29 DÍAS A MENORES DE 5 AÑOS

PUNTO DE CORTE	CLASIFICACIÓN
< 1000 gramos	Extremadamente bajo
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer
De 2500 a 4000 gramos	Bajo peso al nacer
> 4000 gramos	Macrosómico

Fuente: Adaptado de World Health Organization (2006).

Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años

Se realizará en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los Patrones de Referencia vigentes.

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑAS Y NIÑOS DE 29 DÍAS A MENORES DE 5 AÑOS

PUNTOS DE CORTE	PESO PARA EDAD	PESO PARA TALLA	TALLA PARA EDAD
Desviación estándar	Clasificación		
>+3		Obesidad	
>+2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+2 a -2	Normal	Normal	Normal
<-2 a -3	Desnutrición	Desnutrición aguda	Talla Baja
<-3		Desnutrición severa	

Fuente: Adaptado de World Health Organization 2006)

MANEJO Y SEGUIMIENTO DE PROBLEMAS DEL CRECIMIENTO Y NUTRICIONALES.

Cuando se evidencia crecimiento inadecuado – riesgo nutricional, explorar e identificar los factores causales:

Si la causa se relaciona a la presencia de enfermedad, referir al médico para tratamiento y seguimiento de la patología o tratar de acuerdo a guía de práctica clínica.

Las citas para el monitoreo del crecimiento se programan con intervalos de 7 días, de acuerdo a necesidad hasta lograr la

recuperación. (Tendencia del crecimiento paralelo al patrón de referencia), priorizando en estos controles la consejería en alimentación durante el proceso de enfermedad y posterior al proceso mórbido.

Programar visita domiciliaria a fin de apoyar a los padres en la adopción de prácticas adecuadas de alimentación y cuidado.

Si la causa se relaciona a prácticas inadecuadas de alimentación y cuidado, desarrollar sesiones de consejería nutricional y como parte de ésta establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño, según se requiera.

El manejo y seguimiento de los casos de desnutrición es de acuerdo a las guías de práctica clínica vigentes.

EVALUACION DEL DESARROLLO DEL NIÑO (A)

La evaluación del desarrollo se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días de acuerdo a la periodicidad y es de responsabilidad del profesional de enfermería.

La evaluación del desarrollo se realiza en cada control de acuerdo al esquema vigente y de ser posible en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).

La evaluación del desarrollo se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no supone, necesariamente la presencia de patología neurológica, pero su detección obliga a realizar un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y si persiste, iniciar una intervención terapéutica).(26)

INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

Niñas y niños de 0 a 30 meses: Test Peruano de desarrollo del niño (TPD)

El Test determina el perfil en 12 líneas del desarrollo, correspondiente a diferentes comportamientos:

➤ **Comportamiento motor postural**, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:

Control de cabeza y tronco - sentado.

Control de cabeza y tronco - rotaciones.

Control de cabeza y tronco - marcha.

➤ **Comportamiento viso motor**, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:

Uso de brazo y mano

Visión

➤ **Comportamiento del lenguaje**, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:

Audición.

Lenguaje comprensivo.

Lenguaje expresivo.

➤ **Comportamiento personal social**, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:

Alimentación vestido e higiene.

Juego.

Comportamiento social.

➤ **Inteligencia y Aprendizaje.**

Para la aplicación de los instrumentos de evaluación, el profesional de enfermería debe ser experto en el manejo de la guía y la batería respectiva para cada prueba, garantizando que durante la evaluación la atención del examinador se centre en la niña o niño y no en el material impreso.

Los instrumentos deben administrarse sólo si la niña o niño está tranquilo y muestra condiciones adecuadas de salud. Si la niña o niño llora, está irritable, con sueño o enfermo, orientar y citar a los padres y/o responsables del cuidado de la niña y niño para evaluación posterior.

El control de crecimiento y desarrollo de las niñas o niños prematuros se deberá realizar en establecimientos de salud de nivel 2 ó 3; es responsabilidad del médico pediatra, profesional de enfermería o

médico general y se debe usar edad corregida hasta los 2 años.

Criterios para la interpretación de resultados

La interpretación de resultados será de acuerdo al instrumento utilizado:

Evaluación de niñas y niños de 0 a 30 meses utilizando el Test Peruano de desarrollo del niño. Los resultados pueden ser:

Desarrollo normal: Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.

Riesgo para trastorno del desarrollo: Cuando el niño o niña ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y presenta un factor de riesgo.

Trastorno del desarrollo: Cuando el niño o niña no ejecuta una o más de las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y en la lectura del perfil se encuentra:

Desviación a la izquierda de un mes en un solo hito.

Desviación a la izquierda de un mes en dos o más hitos.

Desviación a la izquierda de dos meses o más en un solo hito.

Desviación a la izquierda de dos meses o más en dos o más hitos.

Desviación a la izquierda de un solo hito, asociado a un factor de riesgo.

Si el perfil muestra desviación a la izquierda de un mes en uno o más hitos: explicar y demostrar a los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño las medidas y pautas de estimulación que debe realizar en casa relacionadas con los factores y el trastorno encontrado,

durante 2 meses, según el esquema del desarrollo. Realizar como mínimo una visita domiciliaria antes del siguiente control. Reevaluar al niño cada mes. Si después de 2 meses de seguimiento con pautas de estimulación no mejora, referirlo al establecimiento de salud de mayor complejidad.

Si el perfil muestra desviación a la izquierda de dos o más meses en uno o más hitos o el perfil muestra desviación a la izquierda de un solo hito asociado a un factor de riesgo: Referirlo inmediatamente al establecimiento de salud de mayor complejidad y asegurarse que la referencia sea efectiva; así mismo verificar la contra referencia para continuar con el seguimiento. Si los padres no llevan a la niña o niño al establecimiento de referencia indicado, el profesional de enfermería debe organizar las acciones con el equipo multidisciplinario y otras instituciones responsables de la protección del niño a fin de hacer efectiva la referencia.

Déficit del desarrollo: Explicar y demostrar medidas y pautas de estimulación y citar en 2 semanas para control, si mejora continuar con los controles de acuerdo al calendario según edad; si no mejora, derivar al nivel superior para evaluación por especialista. Si los padres no llevan a la niña o niño al establecimiento de referencia indicado, el profesional de enfermería debe organizar las acciones con el equipo multidisciplinario y otras instituciones responsables de la protección del niño a fin de hacer efectiva la referencia.

- La referencia se realizará al establecimiento con capacidad resolutive para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del desarrollo y se ajustará a la normatividad vigente, adicionalmente se enviará una copia de la ficha de evaluación del desarrollo.
- La contra referencia se realizará de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, adicionalmente se enviará una copia de la ficha de evaluación del desarrollo indicando el manejo a seguir.
- Es responsabilidad del profesional de enfermería coordinar la referencia, contra referencia y seguimiento de niñas y niños.

ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO Y CUIDADO INTEGRAL DEL NIÑO DE ACUERDO A SU EDAD

- La estimulación del desarrollo fortalece el vínculo afectivo entre los padres o cuidadores y sus niños y niñas, con lo cual se afianza la seguridad, autoestima y confianza del niño o niña.
- La estimulación del desarrollo incluye actividades puntuales para mejorar habilidades y destrezas de la niña o niño en áreas específicas del desarrollo como: Lenguaje, motor, social, emocional y cognitiva.
- La estimulación del desarrollo se lleva a cabo en el consultorio de manera individual o en forma colectiva a través de sesiones agrupando a los niños según su edad.
- Las pautas de estimulación del desarrollo y cuidado integral del niño deben estar de acuerdo a la edad y el nivel de desarrollo de la niña o niño, considerando el contexto socioeconómico y cultural de la familia.

- El material que se utilice para la estimulación puede ser elaborado con la participación conjunta del personal de salud, padres y la comunidad, considerando los patrones culturales locales y regionales.
- El prestador de salud durante la atención aborda con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño lo siguiente:
 - La estimulación psicosocial determina el comportamiento del niño, es decir cómo manifiestan sus emociones según su edad y cómo se relaciona con los demás, por lo que el niño necesita, sentirse apreciado, querido y protegido en todo momento.
 - La participación de ambos padres en el proceso de desarrollo de la niña o niño es de vital importancia, por lo tanto es necesario promover la interacción constante entre ellos.
 - Todos los momentos son buenos para la estimulación; sin embargo, es necesario que los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y el niño le dediquen el tiempo necesario y le presten la debida atención y cuidado.
 - La interacción de la niña o niño dentro de un grupo de amigos también se constituye en un espacio y una oportunidad de estimulación, por lo que debe ser promovida desde la familia.
 - La práctica de la lactancia materna exclusiva además de proveer los nutrientes necesarios para el crecimiento de la niña o niño, fortalece la relación afectiva madre-hijo brindándole seguridad y confianza a la niña o niño.

- El masaje infantil y las caricias son formas de mostrar cariño, dan seguridad y ayudan a la niña o niño a desarrollarse emocionalmente; por lo tanto, es necesario promover en los padres estas prácticas.
- El juego es otra de las formas efectivas de estimular al niño, por lo que es necesario promover espacios de juego de los niños con sus padres o cuidadores y fomentar la preparación de sus juguetes con los recursos locales.
- La música y el canto también son estrategias para estimular el desarrollo del lenguaje.

1.3. BASES TEORICAS

Comentado [STVL2]: FALTA.....

- **TEORIA DE MERCER: “TEORÍA DEL TALENTO PARA EL PAPEL MATERNO”**

Ramona Mercer, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo], en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal (27) se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de

armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna.

El interés de la teoría de Mercer va más allá del concepto de “madre tradicional”, abarcando factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo. El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería, en donde éste ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida del proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina de su neonato.

Mercer abarca varios factores maternos: edad, estado de salud, relación padre-madre y características del lactante. Además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad.

Esta propuesta se centra en el papel maternal, donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo. Cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Es importante recalcar el cuidado materno perinatal de la profesión de enfermería que ejerce el rol desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la procreación. La aplicación de esta teoría a la práctica asistencial sirvió como marco para

la valoración, planificación, implantación y evaluación del cuidado del binomio madre – hijo, ayudando a simplificar un proceso muy complejo y facilitando su comprensión para la aplicación del mismo en la práctica.

• **MODELO DE ENFERMERÍA DE KATHRYN E. BERNARD: MODELO DE INTERACCIÓN PADRE – HIJO**

Kathryn E. Bernard nació el 16 de abril de 1938 en Omaha Nebraska. Enfermera universitaria titulada de la universidad de Nebraska en el año 1960. Inició sus investigaciones en 1968 estudiando a niños y adultos con discapacidades mentales y físicas. A comienzos de los 70 se centró en las actividades de niños sanos y más tarde amplió sus estudios para incluir en el modelo la evaluación del crecimiento y desarrollo de los niños. Comenzó también una serie de investigaciones durante diez años para examinar los efectos de la estimulación en niños prematuros durante los ciclos de sueño.

Actualmente Bernard estudia las relaciones madre-hijo, y en sus proyectos de investigación examina el papel de la enfermería en relación con las madres y los niños de alto riesgo. (VELÁSQUEZ ARCHILA, 2011)

El modelo de interacción Padre – Hijo procede de la psicología y del desarrollo humano, se centra especialmente en la interacción madre-niño con el entorno. Se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno durante los tres primeros años de vida, permitiendo el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas. (Cisneros, 2002)

El modelo de Kathryn E. Barnard está constituido sobre tres conceptos o elementos principales, los cuales se definen a continuación:

1. Niño: para describir al niño Kathryn E. Barnard define las características del comportamiento del recién nacido y estos son patrones de sueño y alimentación, apariencia física, temperamento y capacidad de adaptarse a la madre/cuidador y al entorno.
2. Madre: se refiere a la madre biológica del niño, o a la persona que lo cuida, además de sus características más importantes entre las cuales se incluyen las condiciones psicosociales de la madre, las expectativas y preocupaciones con respecto al niño, su propia salud, la magnitud del cambio que experimenta en su vida, su estilo de maternidad y su habilidad de adaptación.
3. Entorno: este incluye tanto el del niño como el de la madre. Comprende aspectos del entorno físico de la familia y experiencias con las que el niño se encuentra, estas pueden ser: personas, objetos, lugares, sonidos, sensaciones visuales y táctiles, recursos sociales y financieros, la implicación del padre, el grado de acuerdo entre los padres con respecto a la educación del niño y una adaptación al hogar y la comunidad.

Kathryn E. Barnard cree que el sistema madre/cuidador-hijo está influido por las características de cada uno de los miembros. Estas características se modifican para satisfacer las necesidades del sistema mediante un comportamiento adaptativo. La interacción entre la madre o el cuidador y el niño se describen en el modelo de Barnard mediante cinco señales y actividades:

1. La claridad del lactante en la emisión de señales.
2. La reactividad del lactante a los padres.
3. La sensibilidad de los padres a las señales del lactante.
4. La capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante.
5. Las actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres.

El modelo de interacción para valorar la salud infantil de Bernard se basa en 10 afirmaciones teóricas:

1. Valoración del niño, el objetivo último consiste en identificar los problemas antes que se desarrollen y cuándo sea máxima la eficacia de la intervención.
2. Los factores ambientales, tal y como han sido tipificado en el proceso de interacción madre - hijo son importantes para determinar los resultados sobre la salud del niño.
3. La interacción entre el bebe y la persona que lo cuida ofrece información que refleja la naturaleza del entorno actual del niño.
4. El cuidador se comporta con un arreglo a un estilo básico de conducta y con un nivel de habilidad (28)

1.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

- **MADRES ADOLESCENTES**

Mujer que ha tenido un embarazo entre los 12 a 17 años de edad, constituyendo un hecho biopsicosocial muy importante, ya que conlleva a una serie de cambios y alteraciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, provocando problemas de salud a corto y largo plazo. Esto nos da como resultado altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

- **CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO**

Conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez. Este proceso biológico que el hombre comparte con todos los seres vivos, presenta la particularidad de requerir un lapso más prolongado para madurar durante su niñez, infancia y adolescencia. Es como si la naturaleza, reconociendo la lenta evolución del sistema nervioso central humano, cooperara concediéndole un período prolongado para su entrenamiento y educación.

- **CRECIMIENTO**

Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia), es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos,

se mide por medio de variables antropométricas, peso, talla, perímetro cefálico, etc.

- **DESARROLLO**

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos culturales y ambientales.

- **CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO:**

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño y detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

1.5. HIPOTESIS

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Ser madre adolescente influye significativamente en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año en el Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen" Huancayo 2015.

Ho: Ser madre adolescente no influye significativamente en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2015.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

- Establecer cómo influye ser Madre Adolescente, en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2015

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a las madres adolescentes de 12 a 17 años que acuden al Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2015.
- Evaluar el crecimiento de los niños menores de 1 año de madres adolescentes que acuden al Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2015.
- Evaluar el desarrollo con el test abreviado peruano de los niños menores de 1 año que acuden al Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2015.

1.7. VARIABLES

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Madre adolescente
- **VARIABLE DEPENDIENTE:** Crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año

CAPÍTULO II

Comentado [STVL3]: CADA CAPITULO VA EN HOJA A PARTE, SEGUIR EL ESQUEMA PARA EL INFORME

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizó en los Consultorios de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, dicho establecimiento brinda atención integral y especializada a la mujer, neonatos, niños y adolescentes, se encuentra ubicado en la ciudad de Huancayo, distrito y provincia de Huancayo, departamento de Junín,

2.2. POBLACIÓN y MUESTRA

La población estuvo conformada por 300 niños menores de un año que acudieron a los consultorios de crecimiento y Desarrollo del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo.

Comentado [STVL4]: PODRÍAN HABER TOMADO COMO POBLACIÓN A TODAS LAS MADRES QUE ACUDEN A LOS CONSULTORIOS DE CRED.....SUPONGO QUE ATIENDEN UN PROMEDIO DE 10 POR CONSULTORIO POR DIA, ENTONCES DE LUNES A SABADO SERIAN 60 MADRES, EN UN MES 240 MADRES, EN 3 MESES 720 MADRES...ESA LA POBLACION... SERIAN LAS MADRES DE LOS NIÑOS..... LA MUESTRA

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo No Probabilístico por conveniencia, ya que solo nos interesó estudiar a los niños menores de 1 año de edad hijos de madres primerizas que acudieron a su control en el lapso que duró la investigación; para la selección se tomo en cuenta los criterios que se mencionan a continuación:

Comentado [STVL5]: NO DEBE PERSONALIZARSE, DESCRIBIR LA POBLACION EN TERMINOS GENERALES

Criterios de inclusión:

- Madres adolescentes que se encuentren entre los 12 a 17 años de edad.

- Madres adolescentes de niños menores de un año que son atendidos en forma regular en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del hospital regional docente materno infantil “El Carmen” Huancayo.
- Madres adolescentes con niños menores de un año que aceptan voluntariamente participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.
- Madres adolescentes con niños menores de un año que gocen de buena salud física y mental.

Criterios de exclusión:

- Madres adolescentes menores de 12 y mayores de 17 años de edad.
- Madres adolescentes de niños menores de un año que no sean atendidos en forma regular en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del hospital regional docente materno infantil “El Carmen” Huancayo.
- Madres adolescentes con niños mayores de un año y que no aceptan voluntariamente participar en el estudio y que no firmen el consentimiento informado.
- Madres adolescentes con niños menores de un año que no gocen de buena salud física y mental

2.3. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO

El estudio corresponde al nivel descriptivo correlacional. Descriptivo porque se buscó describir las características de la madre adolescente y correlacional, porque se estableció la correlación con el crecimiento y

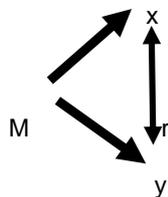
desarrollo del niño menor de 1 año. Es no experimental porque no se va manipular ninguna variable.

TIPO DE ESTUDIO

- **Según el tiempo de estudio:** la investigación es de tipo prospectivo porque la recolección de datos se hizo según van ocurriendo los fenómenos.
- **Según la participación del investigador:** es de tipo observacional puesto que no se manipuló la variable independiente; se observaron los fenómenos tal como ocurrieron.
- **Según la cantidad de medición de las variables:** el estudio es transversal, porque se estudiaron las variables simultáneamente en un determinado tiempo y momento, haciendo un corte en el tiempo, este no es importante.
- **Según la cantidad de variables a estudiar:** analítico, porque se estudiaron dos variables con la finalidad de buscar asociación entre ellas (29)

2.4. DISEÑO DE INVESTIGACION

Para el estudio se utilizó el diseño correlacional, representado de la siguiente manera:



Donde:

M = Muestra en estudio

X = variable: madre adolescente

Y = variable: crecimiento y desarrollo del niño

r = relación entre las dos variables

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas:

- Encuesta para recolectar los datos de la variable independiente
- Observación, para la recolección de datos de la variable dependiente

Instrumentos:

- Cuestionario, está conformado por 08 ítems que corresponden a las características de las madres adolescentes correspondientes a: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, convivencia, número de controles durante su embarazo, primer control en su embarazo (Anexo N°01)
- Guía de Observación, permitió recolectar los datos respecto a los resultados del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año y está conformada por 10 ítems, con diferentes alternativas de respuesta (Anexo N°02).

Para medir el crecimiento y desarrollo del niño menor de un año, también se utilizaron:

Curvas de P/E, T/E, P/T: son patrones de referencia que nos permitieron clasificar el estado nutricional de niñas y niños de 29 días a menores de 1 año. Al ser comparados con el peso, talla/ longitud del niño o niña nos permitió monitorizar y determinar la tendencia de crecimiento. (Anexo N°03).

Comentado [STVL6]: A QUE TIPO DE INSTRUMENTOS PERTENECEN? Y CUAL SERA LA TECNICA???

Test peruano de desarrollo del niño (TPD): determina el perfil en 12 líneas de desarrollo, correspondiente a diferentes comportamientos; cuyo resultado se obtiene como: Normal o trastorno del desarrollo. (Anexo N°04).

2.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos de recolección de datos fueron validados a través de la opinión y análisis de expertos: Dr. Enf. Edwin Gonzales Paco (Docente investigador de la universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza – Amazonas), Lic. Enf. Mirssa Janet Casallo Alegría y Lic. Enf. María Cristina Trinidad Montero (Especialistas en Crecimiento y Desarrollo del Niño en el hospital regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo), quienes dictaminaron si el instrumento a aplicarse ha sido diseñado con el rigor científico pertinente para obtener resultados ajustados a lo que persigue la investigación. (Anexo N° 05).

La confiabilidad se estableció a través de la aplicación del instrumento a una muestra piloto compuesta por 10 niños, que no fueron parte de la

muestra en estudio. Según el alfa de Cronbach se encontró un valor de 0.877, lo que significa que el instrumento indicado posee confiabilidad elevada.

2.7. PROCEDIMIENTO

- Se solicitó permiso a la dirección del hospital a través de la unidad de docencia e investigación, para realizar el estudio.
- Se coordinó con las enfermeras responsables de los consultorios de CRED, para realizar la toma de datos.
- Se realizó una entrevista con las madres, para la firma del consentimiento informado
- Se aplicaron los instrumentos, previa explicación de los objetivos de la investigación.
- Se inició la tabulación respectiva y elaboración de los cuadros estadísticos, según frecuencias y porcentajes.
- Se realizó el análisis e interpretación de los datos
- Elaboración del informe final.

2.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

- Revisión de los datos: se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizó; asimismo se realizó el control de calidad.
- Codificación de datos: se realizó en la etapa de recolección de datos transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas

esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.

- Clasificación de datos: se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica.
- Presentación de datos: se presenta los datos en tablas estadísticas y en figuras de las variables en estudio, para lo cual se utilizó el programa SPSS versión 23.

Análisis descriptivo y correlacional: Se realizó un análisis descriptivo y correlacional de interés de acuerdo al problema planteado.

Análisis inferencial: En la comprobación de la hipótesis se utilizó la prueba de Chi Cuadrada de independencia con un nivel de significancia de 0,05.

2.9. ASPECTOS ÉTICOS

Se utilizó el consentimiento informado, con el objetivo de informar a cada una de las madres participantes del estudio, los objetivos que se espera lograr con su participación, también se puso en claro los compromisos por parte del investigador y el investigado, así como la libertad de elegir participar o no en el estudio. (Anexo N° 06)

RESULTADOS

ANALISIS DESCRIPTIVO

A. CARACTERISTICAS DE LA MADRE ADOLESCENTE

Tabla N° 01. Datos sociodemográficos de las madres adolescentes. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015

Datos sociodemográficos	Fi	%
Edad		
12-14 años	5	16.7
15-17 años	25	83.3
Estado civil		
Soltera	22	73.3
Casada	1	3.3
Conviviente	7	23.3
Grado de instrucción		
Primaria	6	20.0
Secundaria	24	80.0
Ocupación		
Estudiante	18	60.0
Ama de casa	12	40.0
Convivencia		
Independiente	2	6.7
Con familiares	28	93.3
Total	30	100.0

FUENTE: Cuestionario (Anexo N°1)

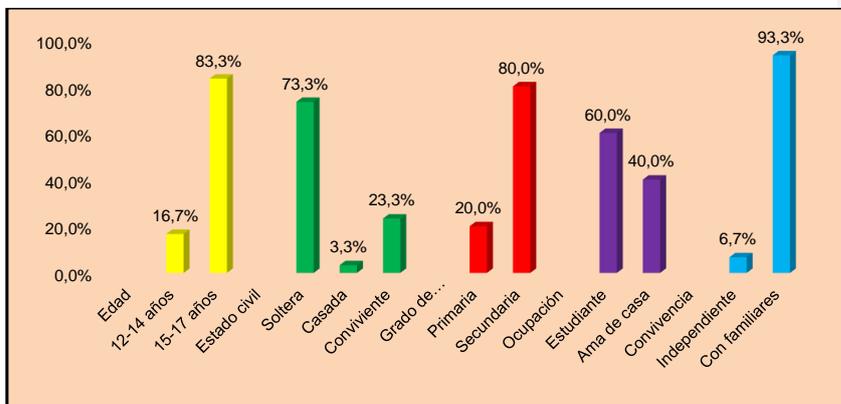


Figura N° 01. Datos sociodemográficos de las madres adolescentes

INTERPRETACIÓN

Según la figura N° 01, podemos observar en los resultados que un 83.3 % (25) de las madres tienen entre 15 – 17 años de edad y un 16.7% (5) tienen entre 12 – 14 años; mientras que un 73.3 % (22) de las madres son solteras, un 23.3 % (7) son conviviente y un 3.3 % (1) es casada y un 80% (24) de las madres tienen secundaria y un 20% (6) primaria.

Asimismo, se observa que un 60.0% (18) de las madres son estudiantes, un 40% (12) son ama de casa, y un 93.3 % (28) conviven con sus familiares y un 6.7 % (2) son independientes.

Tabla N° 02. Número de controles de las madres adolescentes durante su embarazo. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

Número de controles durante su embarazo	Fi	%
Menos de 3 controles	5	16.7
De 3 a 5 controles	17	56.7
De 6 a más controles	8	26.6
Total	30	100.0

FUENTE: Cuestionario (Anexo N°1)

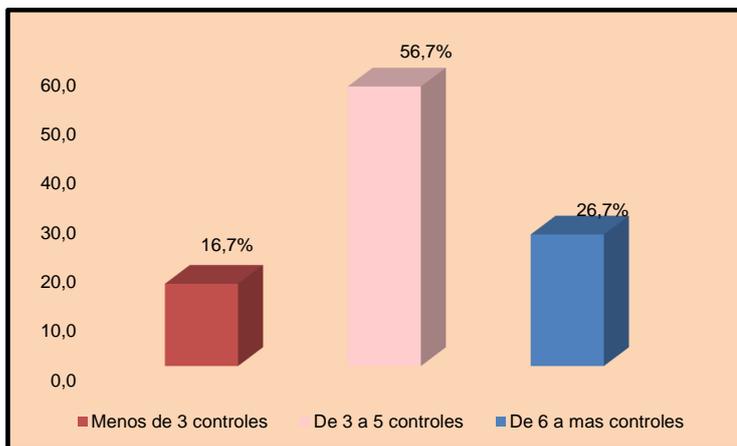


Figura N° 02. Número de controles de las madres adolescentes durante su embarazo

INTERPRETACIÓN

Según la figura N° 02, se puede observar que un 56.7 % (17) madres se realizaron de 3 a 5 controles durante su embarazo y un 16.7% (5) se realizaron menos de 3 controles durante su embarazo.

Tabla N° 03. Primer control de la madre adolescente en su embarazo. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

Primer control de su embarazo	Fi	%
Primer trimestre	3	10.0
Segundo trimestre	22	73.3
Tercer trimestre	5	16.7
Total	30	100.0

FUENTE: Cuestionario (Anexo N°1)

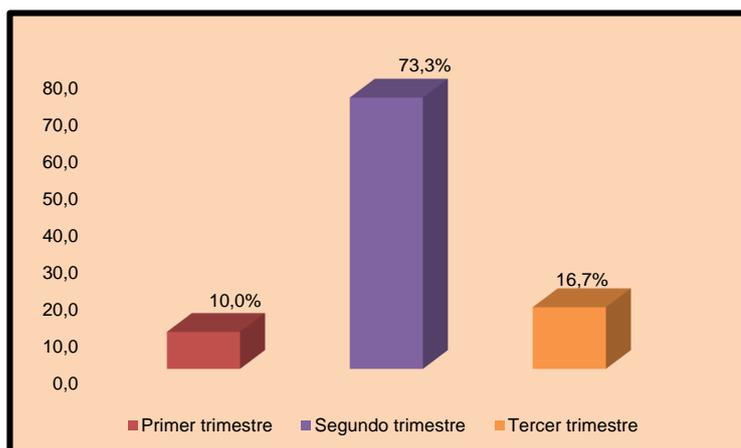


Figura N° 03. Primer control de la madre adolescente en su embarazo

INTERPRETACIÓN

Según la figura N° 03, podemos observar que un 73.3% (22) se realizaron su primer control en el segundo trimestre y un 10.0 % (3) en el primer trimestre.

B. DATOS GENERALES DE LOS NIÑOS

Tabla N° 04. Datos generales de los niños al nacer. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015

Datos generales	Fi	%
Edad gestacional del niño al nacer		
Prematuro (28-36 semanas)	6	20.0
A término (37-42 semanas)	24	80.0
Peso del niño al nacer		
Bajo peso al nacer	9	30.0
Normal	21	70.0
Talla del niño al nacer		
Normal	30	100.0
Sexo del niño		
Femenino	19	63.3
Masculino	11	36.7
Total	30	100.0

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)

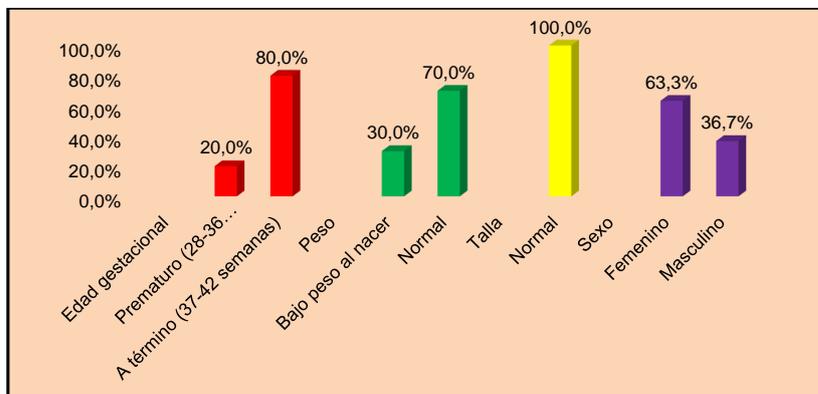


Figura N° 04. Datos generales de los niños al nacer. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015

INTERPRETACIÓN

En la presente figura se observa, que un 80.0% (24) de niños tiene una edad gestacional a término (37-42 semanas) y un 20.0% (6) de niños son prematuros (28-36 semanas), además el 70.0% (21) tiene un peso normal al nacer y un 30.0% (9) de niños tienen bajo peso al nacer. También el 100.0 % (30) de niños tiene una talla normal al nacer y un 63.3% (19) de niños son de sexo femenino y un 36.7% (11) masculino.

Tabla N° 05. Edad actual de los niños nacidos. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015

Edad actual del niño	Fi	%
1mes	2	6.7
2 meses	1	3.3
3 meses	2	6.7
4 meses	3	10.0
5 meses	2	6.7
6 meses	4	13.3
7 meses	4	13.3
8 meses	3	10.0
9 meses	1	3.3
10 meses	5	16.7
11 meses	3	10.0
Total	30	100.0

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)

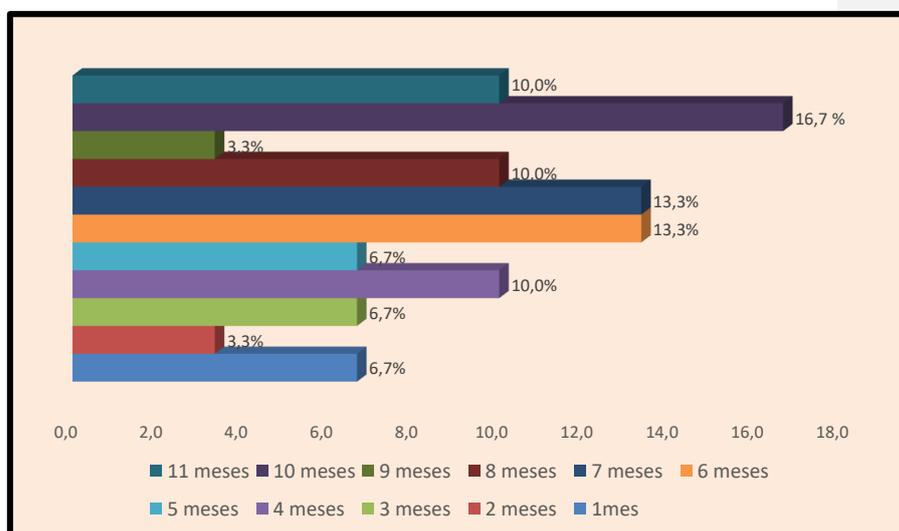


Figura N° 05. Edad actual de los niños nacidos. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015

INTERPRETACIÓN

En la presente figura se puede observar que un 16.7% (5) de niños tiene 10 meses de edad y un 3,3%(1) de niños tienen dos y nueve meses de edad.

Tabla N° 06. Peso actual de los niños nacidos. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

Peso actual del niño	Frecuencia	Porcentaje
3,800 kg	2	6.7
4,000 kg	1	3.3
4,300 kg	1	3.3
5,000 kg	1	3.3
5,500 kg	1	3.3
5,900 kg	2	6.7
6,050 kg	1	3.3
6,070 kg	1	3.3
6,150 kg	1	3.3
6,170 kg	1	3.3
6,230kg	1	3.3
6,500 kg	1	3.3
6,900 kg	1	3.3
7,200 kg	1	3.3
7,500 kg	1	3.3
7,680 kg	1	3.3
7,800 kg	1	3.3
7,970 kg	1	3.3
8,000 kg	1	3.3
8,130 kg	1	3.3
8,280 kg	1	3.3
8,400 kg	1	3.3
8,500 kg	1	3.3
8,900 kg	1	3.3
9,000 kg	1	3.3
9,200 kg	1	3.3
9,810 kg	1	3.3
10 kg	1	3.3
Total	30	100.0

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)

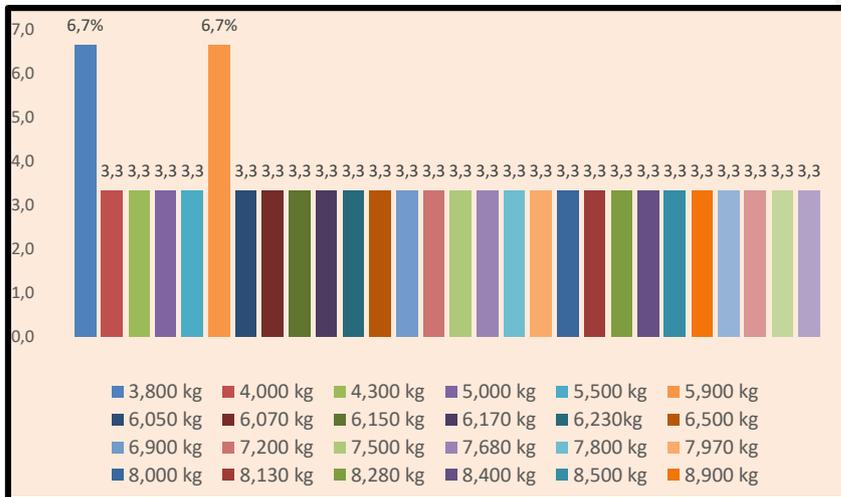


Figura N° 06. Peso actual del niño. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

INTERPRETACIÓN

Según la figura N° 06 podemos observar, que un 6.7 % (2) de niños tiene un peso de 3, 800 kg y 5, 900 kg.

C. EVALUACION DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO

Tabla N° 07. Talla actual de los niños nacidos. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

Talla actual del niño	Fi	%
52 cm	2	6.7
53 cm	1	3.3
54 cm	1	3.3
55 cm	1	3.3
57 cm	1	3.3
58 cm	1	3.3
58,7 cm	1	3.3
59 cm	2	6.7
60 cm	1	3.3
61,5 cm	1	3.3
62,2 cm	1	3.3
63 cm	2	6.7
63,5 cm	1	3.3
64 cm	1	3.3
64, 5 cm	1	3.3
66 cm	1	3.3
67 cm	3	10.0
68 cm	1	3.3
68,8 cm	1	3.3
69,8 cm	1	3.3
70 cm	2	6.7
70,6 cm	1	3.3
70,7 cm	1	3.3
72 cm	1	3.3
Total	30	100.0

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)

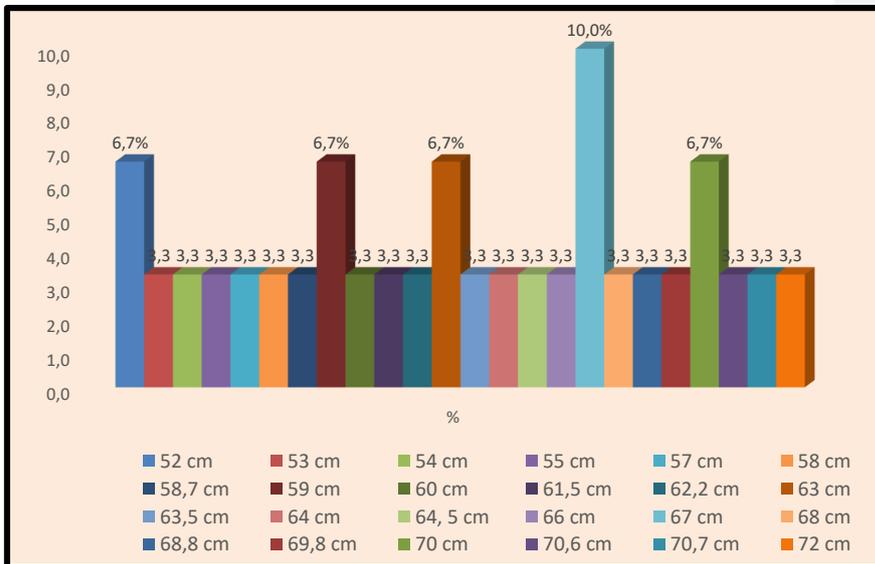


Figura N° 07. Talla actual del niño. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

INTERPRETACIÓN

Según el gráfico N° 07 podemos observar que un 10.0 % (3) de niños tienen una talla de 67 cm, la menor talla fue 6.7% (2) niños

Tabla N° 08. Evaluación de crecimiento – Peso / Edad de los niños nacidos. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

Peso/Edad	Fi	%
Sobrepeso	1	3.3
Normal	22	73.3
Desnutrición	7	23.3
Total	30	100.0

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)

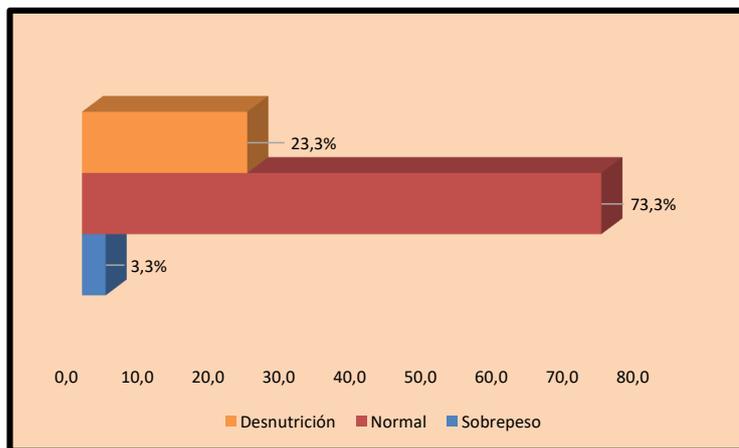


Figura N° 08. Peso / Edad de los niños nacidos. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015

INTERPRETACIÓN

En la tabla y figura N° 08, podemos observar, que un 73.3 % (22) tiene un indicador de Peso/Edad normal; 23.3% (7) tiene desnutrición y un 3.3% (1) tiene sobrepeso.

Tabla N° 09. Evaluación de crecimiento – Talla / Edad de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

Talla/Edad	Fi	%
Normal	21	70.0
Talla baja	9	30.0
Total	30	100.0

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)

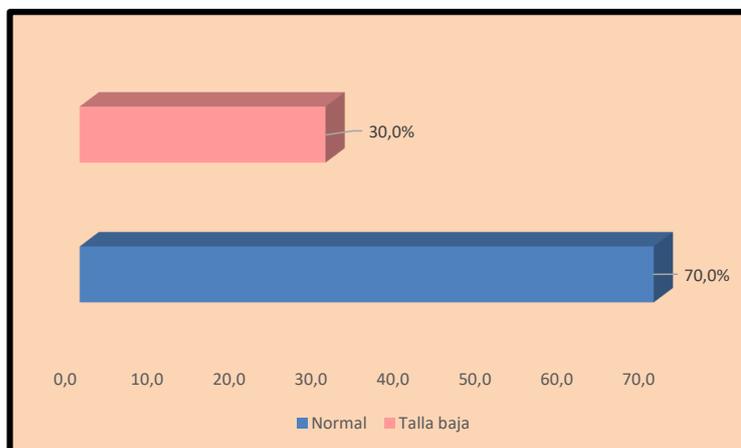


Figura N° 09. Talla/Edad. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

INTERPRETACIÓN

Según el gráfico N° 09, podemos observar que un 70.0 % (21) tiene un indicador de Talla/Edad normal y 30.0 % (9) tienen talla baja.

Tabla N° 10. Evaluación de crecimiento – Peso / Talla de los niños. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

Peso/Talla	Fi	%
Sobrepeso	3	10.0
Normal	27	90.0
Total	30	100.0

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)

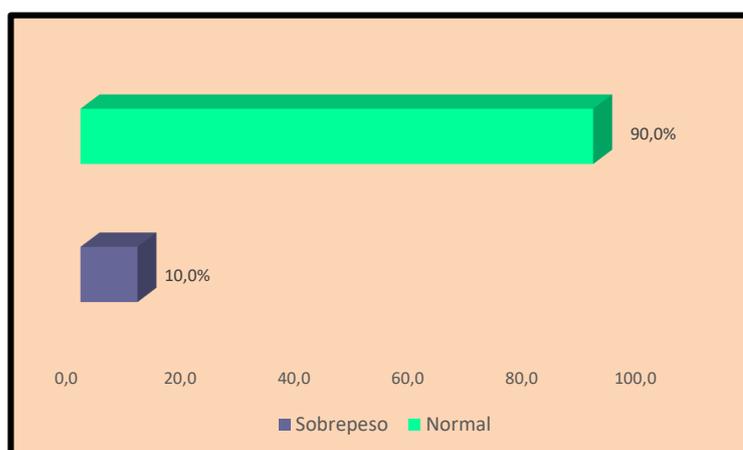


Figura N° 10. Peso/Talla. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

INTERPRETACIÓN

En el presente gráfico, podemos observar que un 90.0 % (27) tiene un indicador de Peso/Talla normal y 10.0 % (3) tienen sobrepeso.

Tabla N° 11. Evaluación de crecimiento de los niños. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

Evaluación del crecimiento	Fi	%
Adecuado	17	56.7
Inadecuado	13	43.3
Total	30	100.0

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)

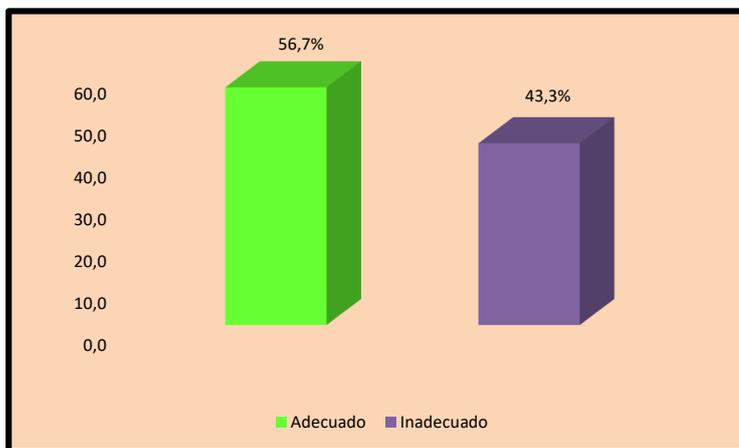


Figura N°11 Evaluación de crecimiento de los niños. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

INTERPRETACIÓN

Según el gráfico N° 11, podemos observar que un 56.7 % (17) tiene crecimiento adecuado y 43.3 % (13) inadecuado.

D. EVALUACION DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Tabla N° 12. Evaluación del área motora postural de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

Evaluación del área motor postural	Frecuencia	Porcentaje
Control de cabeza y tronco		
Si	26	86.7
No	4	13.3
Control de cabeza y tronco-rotaciones		
Si	23	76.7
No	7	23.3
Control de cabeza y tronco-marcha		
Si	23	76.7
No	7	23.3
Total	30	100.0

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)

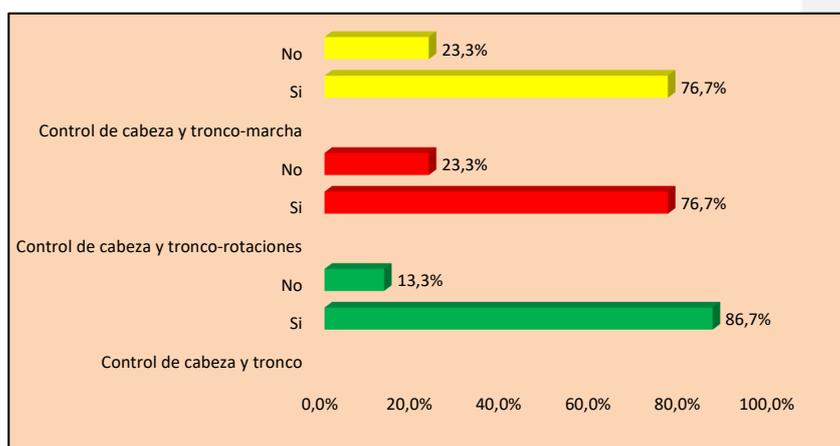


Figura N° 12. Evaluación del área motora postural de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla y figura podemos observar que un 86.7% (26) de niños si tienen un control de cabeza y tronco, y un 13.3 % (4) no tienen control. Además el 76.7% (23) si tienen un control de cabeza y tronco – rotaciones, y un 23.3 % (7) no lo tienen.

Finalmente, el 76.7 % (23) si tienen un control de cabeza y tronco – marcha, y un 23.3 % (7) no lo tienen.

Tabla N° 13. Evaluación del área viso motora de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

Evaluación del área viso motora	Frecuencia	Porcentaje
Uso de brazo y mano		
Si	24	80.0
No	6	20.0
Visión		
Si	30	100.0
Total	30	100.0

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)



Figura N° 13: Evaluación del área viso motora de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

INTERPRETACIÓN

Según el gráfico N° 13, podemos observar que un 80.0 % (24) si hacen uso de su brazo y mano y el 20.0% (6) no; además el 100.0 % (30) tienen una evaluación de la visión normal.

Tabla N° 14. Evaluación del lenguaje de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

Evaluación del lenguaje	Frecuencia	Porcentaje
Audición		
Si	30	100.0
Lenguaje comprensivo		
Si	18	60.0
No	12	40.0
Lenguaje expresivo		
Si	18	60.0
No	12	40.0
Total	30	100.0

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)

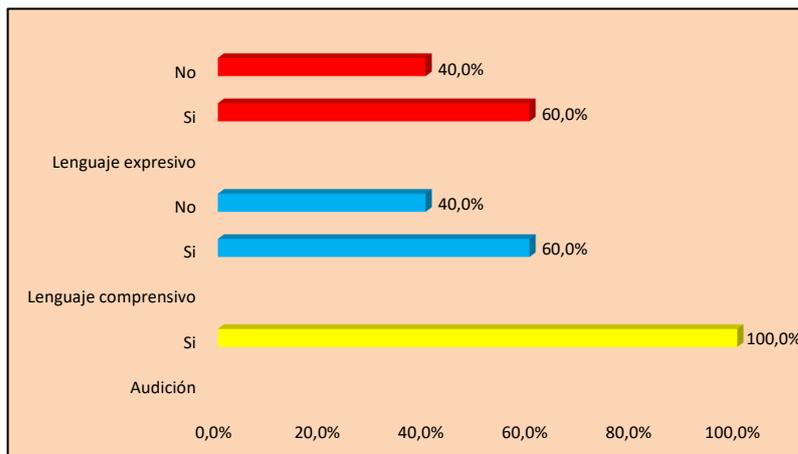


Figura N° 14. Evaluación del lenguaje de los niños nacidos Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

INTERPRETACIÓN

Según el gráfico N°14, podemos observar que el 100.0% (30) tienen una evaluación de la audición normal; un 60.0% (18) si desarrollan un lenguaje comprensivo y un 40.0% (12) no.

Asimismo, el 60.0%(18) si desarrollan un lenguaje expresivo y un 40.0% (12) no.

Tabla N° 15. Evaluación del área personal social de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

Evaluación del área personal social	Fi	%
Alimentación, vestido e higiene		
Si	29	96.7
No	1	3.3
Juego		
Si	25	83.3
No	5	16.7
Comportamiento social		
Si	24	80.0
No	6	20.0
Total	30	100.0

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)

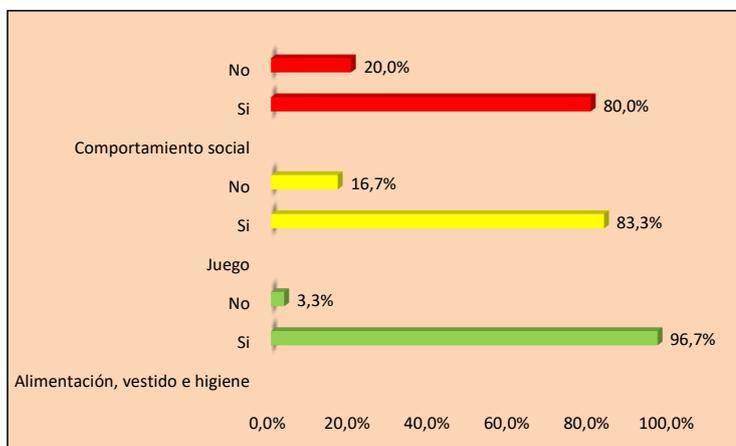


Figura N° 15. Evaluación del área personal social de los niños. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

INTERPRETACIÓN

Según el gráfico N° 15, podemos observar que un 96.7% (29) si tienen un buen desarrollo en cuanto a alimentación, vestido e higiene y un 3.3% (1) no. Además, un 83.3%(25) si desarrollan lo que es el juego y el 16.7% (5) no. Finalmente un 80.0% (24) si desarrollan un comportamiento social y el 20.0% (6) no.

Tabla N° 16. Inteligencia y aprendizaje de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

Inteligencia y aprendizaje	Fi	%
Si	29	96.7
No	1	3.3
Total	30	100.0

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)

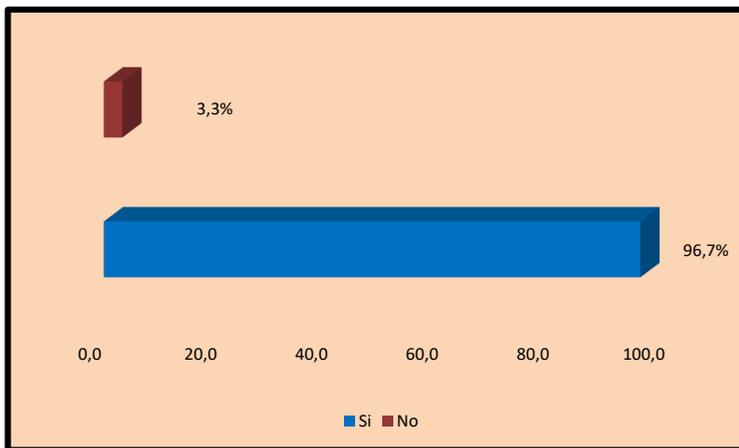


Figura N° 16. Inteligencia y aprendizaje de los niños nacidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

INTERPRETACIÓN

Según el gráfico N° 16, podemos observar que un 96.7 % (29) si desarrollan su inteligencia y aprendizaje y un 3.3% (1) no.

Tabla N° 17. Evaluación con el Test peruano (TAP) de los niños .Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo,

Evaluación con Test Peruano de Desarrollo del TAP	Fi	%
Normal	14	46.7
Trastorno del desarrollo	16	53.3
Total	30	100.0

2015.

FUENTE: Guía de observación (Anexo N°2)

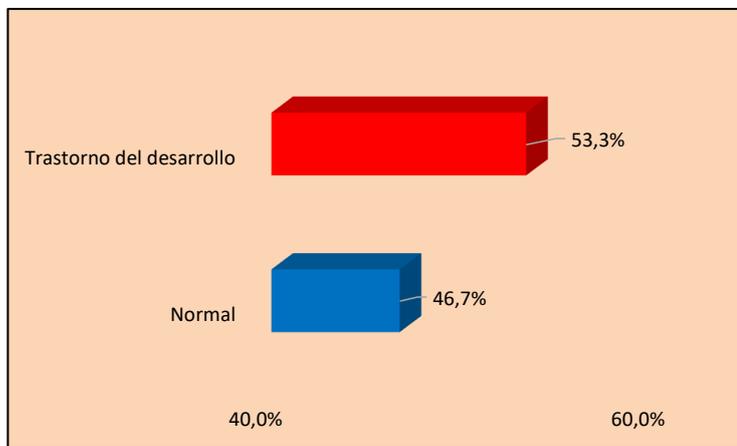


Figura N° 17. Evaluación con Test peruano (TAP) de los niños. Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo, 2015.

INTERPRETACIÓN

Según el gráfico N° 17 podemos observar que un 53.5% (16) tienen trastorno en el desarrollo según el TAP y el 46.7%(14) tienen un desarrollo normal.

B. ANÁLISIS INFERENCIAL

HIPÓTESIS

Para el contraste de hipótesis se aplicó el criterio del valor de p (Sig. Asintótica – bilateral). Si el valor de p es menor que 0,05 entonces se rechaza la hipótesis nula.

HIPÓTESIS GENERAL

H_1 : Ser madre adolescente influye en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2015.

H_0 : Ser madre adolescente no influye en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2015.

Aplicando la Correlación de Pearson se tiene lo siguiente:

Tabla N° 18: Prueba de Hipótesis de las madres adolescentes y su influencia en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” - Huancayo 2015.

		Correlations	
		Madres Adolescentes	Madres Adolescentes
Resultado de la evaluación del crecimiento	Pearson Correlation	1	,476**
	Sig. (2-tailed)		,008
	N	30	30
Resultado de la evaluación de desarrollo (TAP)	Pearson Correlation	,476**	1
	Sig. (2-tailed)	,008	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
Fuente: Anexos 1 y 2

DECISIÓN

Se tiene que el valor de $p= 0,008$ siendo menor que 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se puede afirmar que ser madre adolescente influye significativamente en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” Huancayo 2015.

DISCUSION

En las sociedades actuales se van dando cambios profundos y significativos, se han redefinido los roles y prácticas en todos los ámbitos. En lo que respecta al desarrollo infantil, padres, educadores y profesionales de la salud se encuentran ante el importante desafío de responder en forma oportuna a dichas transformaciones. En relación con la infancia en sí misma, debemos considerar que los niños de hoy no dejan de asombrar por su inteligencia, su sensibilidad y su inextinguible curiosidad. El rol materno es de suma importancia en la crianza de los hijos, desde el nacimiento y en cada etapa de la vida, desde el nacimiento, hasta su maduración. La madre es uno de los agentes fundamentales del crecimiento y desarrollo del niño, pues está dotada de capacidades innatas. Por eso la relación madre-bebé, constituye no solo una de las primeras interacciones del niño con las demás personas, sino también uno de los vínculos privilegiados desde donde contribuir a su desarrollo integral. Ante esta situación, la estimulación temprana tiene un papel importante en el actual desarrollo del niño, la madre a través del juego y sus cuidados va ayudar a que su niño aprenda cosas nuevas y pueda lograr los objetivos propios de cada etapa de vida; estimular no significa adelantar sino ayudar a estar preparado para la siguiente etapa y potencializar las habilidades y destrezas que el niño ya posee.

El aumento de tamaño se relaciona más con el crecimiento y la capacidad funcional del ser humano y con el concepto de desarrollo o de

maduración. La estatura de los niños y niñas y su ritmo de crecimiento se ve afectado por diversos factores genéticos, hormonales, ambientales y especialmente nutricionales, que interactúan desde el momento de la concepción hasta el final de la pubertad.

El crecimiento de cada niño y niña tiene características individuales, incluso dentro de una misma familia. La medición periódica de peso y talla es uno de los procedimientos para establecer si el niño o niña están dentro de los límites normales para su edad y sexo. El individuo en el primer año de vida y el inicio de la adolescencia tienen un crecimiento acelerado y en el caso del inicio de la adolescencia el desarrollo emocional e intelectual también es más rápido, los cuales suelen afectar los hábitos alimentarios.

En la presente investigación se encontró que las madres adolescentes un porcentaje bastante alto (83.3%), se encuentran entre las edades de 15 a 17 años; concordando con Pachuca Hidalgo Maria Inés, (2005) quien refiere que la maternidad en la adolescencia genera situaciones de riesgo perinatal: para la madre y el niño, que llevan al fracaso en la crianza. (30)

El 56.7% de las madres en estudio, tuvieron entre 3 a 5 controles durante su gestación, coincidiendo con Camacllanqui Aburto Gladys Noemí, en su estudio titulado "Hijo de madre adolescente riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal Hospital Nacional Hipólito Unanue" realizado en el 2013" quien encontró que solo el 18% de madres tuvieron un control adecuado, debido a una serie de factores, causas, consecuencias que

han sido perjudiciales para el neonato y para la madre que conlleva un incremento de las tasas de morbilidad, mortalidad.(31)

En cuanto a la evaluación del crecimiento del niño se encontró que el 23.3% de niños, hijos de madres adolescentes presentaron desnutrición en relación al Peso / Edad, 30% presentaron talla baja, 10.0 % sobrepeso; el 56.7% tuvieron un crecimiento adecuado. En un informe de la OMS sobre la Salud en el Mundo durante el 2008 murieron 10,5 millones de niños menores de 5 años. El 98% de estos fallecimientos ocurrió en 4 países subdesarrollados. En todos los casos, la malnutrición ha sido un factor contribuyente en el retraso del crecimiento y desarrollo. En el 2009 la tasa mundial de la desnutrición era de 49% y la de América Latina el 22% igualmente la reducción de la desnutrición crónica en la niñez paso del 34% al 18% así como de la pobreza de la población (de 52% al 38%).

Cada año, en el mundo unos 24 millones de niños nacen con bajo peso, en su mayoría en países en desarrollo. Por lo general, las madres de esos niños también tienen deficiencia ponderal, o trabajan en exceso, o son de talla corta debido a que en la infancia no recibieron una nutrición suficiente. Los hijos de estas mujeres corren más peligro de muerte que los niños más pesados. Los que sobreviven corren riesgo de tener problemas de aprendizaje y sufrir desnutrición. (UNICEF, Informe sobre desnutrición infantil 2011). La desnutrición que ocurre principalmente durante la gestación y los primeros dos años de vida es causa de 35% de las muertes en niños y niñas menores de cinco años y contribuye con 11% de la carga total de enfermedad en el ámbito global (32). Además,

sus efectos en salud y desarrollo de capacidades persisten en el largo plazo, de ahí la importancia de su prevención y control (33). Se estima que en el mundo 178 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición crónica (baja talla para la edad) que ha ocasionado 35% (3.5 millones) de muertes en ese grupo de edad (34). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) un 30,0% de la población mundial menor de 5 años tiene retraso del crecimiento y un 18,0% tiene bajo peso para su estatura, explicados en su mayoría por una alimentación deficiente (34).

La prevalencia de desnutrición crónica infantil es heterogénea en el Perú. Según los datos preliminares de la ENDES 2015, en el primer semestre del año la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años habría bajado a nivel nacional solamente 0,4 puntos porcentuales, al pasar de 14,6 por ciento a 14,2 por ciento. En el año 2014, la desnutrición crónica infantil descendió 2,9 puntos porcentuales, bajando de 17,5 a 14,6 por ciento. A nivel departamental, se observó que el 24,8% de las niñas y niños de Huánuco fueron afectados con desnutrición crónica (35).

En cuanto al desarrollo de los niños en estudio se encontró que el 53.3% presentaron trastorno; Una de las etapas más importante, es el primer año de vida el cual se caracteriza por grandes cambios: crecimiento, diferenciación, adquisición y perfeccionamiento de funciones, las cuales están sometidas desde el nacimiento a la acción de factores biológicos y sociales que pueden alterar el desarrollo, e incluso retrasarlo, por lo que

resulta importante potenciar el desarrollo del niño a través de la estimulación temprana (36).

El documento de la declaración de los Derechos del Niño, formulado en 1959, ha sido uno de los acontecimientos que dieron origen a la llamada estimulación temprana; de allí, el Instituto Interamericano del Niño, La organización Mundial de la Salud, la Asociación Americana de Salud Pública y otros congresos internacionales destinados a tratar problemas infantiles comenzaron a considerar este sistema de acciones. En esta época su concepción se enfocaba en la posibilidad de brindar una atención especializada a los niños que nacían en condiciones de alto riesgo biológico y psicosocial (36)

Por otro lado, la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), en su módulo fundamentos de la Estimulación Temprana (2004), refiere que la estimulación temprana es un proceso de atención integral al niño, que incluye enseñanza aprendizaje con ejercicios motores, sensoriales, comunicación gestual y verbal, apoyo y mediación del adulto, que le brinde oportunidades para explorar su entorno, jugar, experimentar, reflexionar y desarrollar su motivación y afán de logro para aprender y persistir con iniciativa, espíritu emprendedor y creativo (37).

El objetivo primordial de la estimulación temprana es ayudar en el proceso de formación de la estructura del cerebro humano, proporcionando estímulos adecuados y oportunos, para permitirle al niño alcanzar un desarrollo con gran variedad de potencialidades. Además se caracteriza por ser sistemática, acorde con la edad de desarrollo del niño y con el

medio ambiente en que vive. Pues, posee una secuencia porque a cada paso que el niño da en su desarrollo le continúa otro que igualmente precede a nuevos cambios. Es personalizada, porque se vincula a las necesidades de cada niño y a las características socioculturales de su entorno. Es especializada, en la medida que requiere de una preparación específica por parte de quien la imparta (38)

CONCLUSIONES

- El 83.3 % (25) de madres en estudio se encuentran entre las edades de 15-17 años, el 73.3 % (22) son solteras; el 80.0% (24) tienen estudios secundarios; el 60.0 % (18) son estudiantes y el 93.3 % (28) viven con sus familiares.
- El 56.7 % (17) tuvo de 3 a 5 controles, durante su embarazo y el 73.3 % (22) iniciaron al segundo trimestre.
- El 73.3 % (22) presentó la relación Peso / Edad, normal; solo el 23.3 % (7) presentaron Desnutrición.
- En cuanto a la relación Talla/Edad un 70.0 % (21) tiene talla normal y 30.0 % (9) tienen talla baja.
- En relación al Peso/Talla el 90.0% (27) tiene peso normal y el 10.0 % (3) tienen sobrepeso.
- El 56.7% (17) presentó crecimiento adecuado y 43.3 % (13) es inadecuado.
- Luego de la aplicación del Test Abreviado Peruano, el 53.5% (16) presentaron trastorno en el desarrollo y el 46.7%(14) tienen un desarrollo normal.
- Luego de aplicar la prueba estadística Correlación de Pearson, el valor de $p= 0,008$ siendo menor que 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se puede afirmar que ser madre adolescente influye significativamente en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año en el estudio

RECOMENDACIONES

A los responsables de la Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud de la Diresa Junín:

- Fortalecer el trabajo coordinado con enfoque multidisciplinario en las actividades preventivo-promocionales dirigidas a las adolescentes en la prevención de embarazos.

A los responsables del área de Salud Materna de la Red de salud Junín:

- Diseñar estrategias para fomentar un acercamiento directo con los adolescentes y jóvenes, tendiente a prevenir nuevos embarazos, fomentar la paternidad responsable y educar a la nueva madre a fin de mejorar la calidad de vida del niño y garantizar un mejor crecimiento y desarrollo normal

A los directivos del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” – Huancayo:

- Implementar una base de datos de las madres adolescentes para llevar a cabo programas relativos a la salud sexual y reproductiva y llevar un control de las mismas

A las enfermeras responsables de CRED del establecimiento objeto de estudio:

Comentado [STVL7]: NO SERA AL PERSONAL DE ESTADISTICA ¿?
O A LOS RESPONSABLES DEL SERVICIO DE CONTROL PRENATAL?
ESPECIFICAR A QUIEN O QUIENES

- Formular estrategias y sensibilizar a las madres de familia mediante las actividades de promoción de salud sobre la importancia del cumplimiento del CRED y fomentar la participación del padre y/o cuidador del niño.
- Fortalecer capacidades para Identificar los factores de riesgo sobre todo en los niños de madres adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. (2009) Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Volumen 87.
2. CEPAL/CELADE. (2011) Cifras actualizadas del 2011 sobre base de estimación y proyecciones vigentes. Ecuador
3. DE ELORZA MARTINEZ Gustavo. (2010) Manual de enfermería Zamora. Edición 2da. Editorial Zamora editores.
4. INEC.(2012) Instituto Nacional de Estadística y Censos. Población y Vivienda. Censos 2012.
5. INEI.(2012) Instituto Nacional de Estadística y Censos. ENDES (2012) Población y Vivienda.
6. GALDÓ G., GARCÍA M. REDONDO F. Atención al adolescente. Embarazo en la adolescencia: Universidad de Cantabria. pp. 339
7. MINSA (2011) NTS N°087·MINSAlDGSP· Norma Técnica De Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años V.01.
8. Ibid (7)
9. Archives of Disease in Childhood. Reino Unido 2009.
10. Pomata Jorgelina Beatriz; Aspnes Norma; et. al. "Crecimiento, desarrollo y lactancia materna de hijos de madres adolescentes Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Argentina – Sarda (2009)
11. Pachuca Hidalgo (2005) María Inés, Sánchez Ceron. "Madres Adolescentes: Una Problemática Socio-familiar" México – 2005.

Comentado [STVL8]: TODO SIN NEGRITA.....

12. Camacllanqui Aburto Gladys Noemí. Hijo de madre adolescente riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal Hospital Nacional Hipólito Unanue. Perú - Lima (2015),
13. Mendoza Morales, Phiorela Astrid; Silva Peña, Naisa, “Crecimiento del niño de 1 a 3 años y su relación con factores socioculturales de los padres del CLAS Pillco Marca – Huánuco. 2016”. Huánuco - Perú.
14. Huatuco Alcocer, Natali Mercedes; Nuñez Munive, Daisy Elizabeth; Robladillo Ticono, Juana Iris. “Calidad de ambiente familiar y su relación con el desarrollo psicomotor en niñas y niños de 3 a 4 años en la Institución Educativo Inicial N° 301 sector la esperanza Distrito Chilca – Huancayo – Junín, 2015”.
15. Diccionario Real Academia. México 1990.
16. FREUD, Sigmund 1999 Esquemas de psicoanálisis y otros escritos de doctrina psicoanalítica. P.138
17. ERIKSSON D.M. 1997 “A principal exposition of Jean Louis Moingne’s systemic theory” Cibernetic and human knowing. .
18. KAGAN, Jerome. Desarrollo de la personalidad en el niño. Cuarta reimpresión, marzo 1974. Editorial Trillas, S. A. México p.97 1916
Ídem
19. NTS N° 034 - MINS/DGSP-V.02 (2012) Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente.

20. FERNÁNDEZ-Paredes F, Castro-García M, Ávila-Reyes M, Montiel Martín Blanco E, Godínez-González ME, Fuentes-Aguirre S. Características socio familiares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. Bol Med Hosp Infant Mex 1996 p.84.
21. ESTRADA Ana Patricia, MADRIGAL López Leticia. Adolescentes indígenas embarazadas Asociado a la falta de información y recursos económicos 2001 Chiapas, México P. 97
22. PÉREZ Román- R, CARRASCO E, Cubillas MJ, Valdés EA. Adolescencia, sexualidad y embarazo en contextos de colonias populares de Hermosillo, Son. En: Lartigue T, Ávila H, ed. Sexualidad y reproducción humana en México. México, D.F.: Universidad Iberoamericana & Plaza y Valdés, 1995; Vol.2:167-182.
23. SILBER T.J. La asistencia a adolescentes. In. Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Ed. Planeta Mexicana México 1998
24. Welti C. Fecundidad adolescente. Implicaciones del inicio temprano de la maternidad. Demos. Carta Demográfica sobre México 1995; 8:9-10.
25. R. CASASSAS. MJ CAMPOS, SONIA JAIMOVICH. Cuidados básicos del niño sano y enfermo. Tercera edición 2009 universidad católica,
26. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Manual De Crecimiento y Desarrollo del Niño Segunda Edición, Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud,1992

27. Modelos y teorías de Enfermería. artemisa.unicauca.edu.co/.../IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf.
28. Leddy, Susan. Pepper J. Mae. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Organización Panamericana de la salud. New York 1989
29. Fonseca Livias A. et al. . Investigación Científica en Salud con enfoque cuantitativo. 2012. 105-106.
30. Ibid (11)
31. Ibid (12)
32. Martorell R, Melgar P, Maluccio JA, Stein AD, Rivera JA. Op. Cit. P. 411.
33. Black RE, Allen L H, BhuttaZq A, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Op. Cit. P. 243.
34. Organización Mundial de la Salud [sede web]*. Alimentación del Lactante y del Niño pequeño; Nota Descriptiva Número 342, 2010 [acceso octubre de 2016]. OMS [aproximadamente una pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/index.html> .
35. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú (INEI). Ficha técnica: Encuesta demográfica y de salud familiar- ENDES 2014. Lima: INEI; 2015.
36. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. 2007 URL: http://www.mimdes.gob.pe/dgna/dna/convencion_derechos_ninho.pdf
f. 10. Espíndola E, Nieves M. La pobreza infantil: un desafío prioritario.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Desafíos. 2010.10:1-12.

- 37.** DE LA CRUZ M. Diplomado en estimulación temprana. 2006 URL: [http://www.proescuela.com/Estimulacion%20Temprana/bases%20cientificas%20de%20la%20estimulaci3n%20temprana.\[1\].doc](http://www.proescuela.com/Estimulacion%20Temprana/bases%20cientificas%20de%20la%20estimulaci3n%20temprana.[1].doc).
- 38.** ALVAREZ F. Estimulación temprana. En: Una puerta hacia el futuro. 6ta reimp. Bogotá: Kimpres Ltda; 2005. p. 3-9,12-17,19-22, 32, 35-37,54- 56,85-93,127.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" HUANUCO
FACULTAD DE ENFERMERIA**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION TEMPRANA**

Código

Fecha: / /

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LAS MADRES ADOLESCENTES

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Madres adolescentes y su influencia en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año en el Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen" - Huancayo 2015

- 1.1. Edad: 12-14 años () 15-17 Años ()
- 1.2. Estado civil:
- Soltera ()
 - Casada ()
 - Conviviente ()
 - Viuda ()
 - Divorciada ()
- 1.3. Nivel de educación:
- Analfabeta ()
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior ()
- 1.4. Ocupación:
- Estudiante ()
 - Independiente ()
 - Empleada Publica ()
 - Ama de casa ()
- 1.5. Convivencia:
- Independiente ()
 - Con familiares ()
- 1.6. Paridad: Primípara () Multípara ()
- 1.7. Control pre natal:
- Menos de 3 controles ()
 - De 3 a 5 controles ()
 - De 6 a más controles ()
- 1.8. Primer Control de su embarazo:
- Primer Trimestre ()
 - Segundo Trimestre () Tercer Trimestre ()



**UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" HUANUCO
FACULTAD DE ENFERMERIA**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION TEMPRANA**

ANEXO N° 02

Código

Fecha: / /

GUIA DE OBSERVACION

**CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS MENORES
DE 1 AÑO**

TÍTULO DE INVESTIGACION: Madres adolescentes y su influencia en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 1 año en el Hospital Regional Docente Materno Infantil "el Carmen" - Huancayo 2015

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Edad gestacional del niño al nacer
 Prematuro (28-36 semanas) ()
 A término (37-42 semanas) ()
 Post termino (más de 42 semanas) ()
- 1.2. Peso del niño al nacer: Kilogramos
 Extremadamente bajo peso al nacer ()
 Muy bajo peso al nacer ()
 Bajo peso al nacer ()
 Normal ()
 Macrosómico ()
- 1.3. Talla del niño al nacer: Normal() Baja()Centímetros
- 1.4. Sexo: Femenino () Masculino ()
- 1.5. Edad Actual:Meses
- 1.6. Peso actual:Kilogramos
- 1.7. Talla actual:Centímetros

II. DATOS ESPECIFICOS:

A. EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO:

1. Peso/ Edad (P/E): Sobrepeso () Normal () Desnutrición
2. Talla/Edad (T/E): Alto () Normal () Talla Baja ()
3. Peso/Talla (P/T): Obesidad () Sobrepeso () Normal ()
 Desnutrición aguda () Desnutrición severa ()
4. Resultado de la evaluación de crecimiento:
 Adecuado () Inadecuado ()

B. EVALUACION DE DESARROLLO:

5. Comportamiento motor postural:

- | | | |
|---|--------|-------|
| - Control de cabeza y tronco | Si () | No() |
| - Control de cabeza y tronco – rotaciones | Si () | No() |
| - Control de cabeza y tronco – marcha | Si () | No() |

6. Comportamiento viso motor:

- | | | |
|-----------------------|--------|-------|
| - Uso de brazo y mano | Si () | No() |
| - Visión | Si () | No() |

7. Comportamiento del lenguaje:

- | | | |
|------------------------|--------|-------|
| - Audición | Si () | No() |
| - Lenguaje comprensivo | Si () | No() |
| - Lenguaje expresivo | Si () | No() |

8. Comportamiento personal social:

- | | | |
|-----------------------------------|--------|-------|
| - Alimentación, vestido e higiene | Si () | No() |
| - Juego | Si () | No() |
| - Comportamiento social | Si () | No() |

9. Inteligencia y aprendizaje Si () No()

10. Resultado del desarrollo Test Peruano de desarrollo del (TAP):

Normal () Trastorno del desarrollo ()

ANEXO N° 03
JUICIO DE EXPERTOS
CUESTIONARIO DE VALIDACION PARA JUECES SOBRE EL
INSTRUMENTO OBJETO DE EVALUACION

I. JUSTIFICACION

Nombre del experto: _____
 Especialidad: _____

II. APRECIACION DEL EXPERTO

N°	ITEMS	APRECIACION		OBSERVACION
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?			
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?			
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la elaboración del instrumento?			
4	¿El instrumento responde a la Operacionalización de las variables?			
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?			
6	¿Los ítems están redactados de forma clara y precisa?			
7	¿El número de ítems es adecuado?			
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?			
9	¿Se deben incrementar el número de ítems?			
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?			

III. DECISION DEL EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()
 Aportes y/o sugerencias para mejorar el
 instrumento:.....

 ...

.....
 Firma y Sello

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Título del proyecto: “Madres adolescentes y su influencia en el Crecimiento y Desarrollo del niño menor de 1 año en el hospital regional Docente Materno Infantil “El Carmen” - Huancayo 2015”

- Equipo de Investigadores (nombres, cargo en el proyecto, institución, teléfonos).

Lic. Enf. MALLMA NESTARES Tarcila, Lic. Enf. MALLMA ORDOÑEZ Edith y Lic. Enf.. SANTANA ZARATE Meves Victoria UNHEVAL. Facultad de Enfermería. Segunda especialidad Enfermería en Crecimiento y Desarrollo y Estimulación Temprana

- **Introducción / Propósito**

El aporte de los datos que brindará el presente estudio, dará una visión general de la influencia de ser madre adolescente y el Crecimiento y Desarrollo del niño menor de 1 año en el hospital regional docente materno infantil “El Carmen” – Huancayo.

- **Participación**

Participaran los madres adolescentes y sus niños menores de 1 año que acudieron a los consultorios de Crecimiento y Desarrollo.

- **Procedimientos**

Se les aplicará Cuestionario para obtener los datos de la madre y la guía de observación para recopilar los datos de su evaluación en el consultorio de Cred. Tiempo aproximado de 30 a 40 minutos.

- **Riesgos / Incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la participación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna y actualizada sobre la evaluación del Crecimiento y Desarrollo de su niño.

- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted

podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, a los investigadores responsables.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

- **Problemas o preguntas:**

Escribir al email: tarci10@hotmail.com Telefono: 993613221

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, que me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firmas del participante o responsable legal**

Firma del entrevistado

Firma de la investigadora

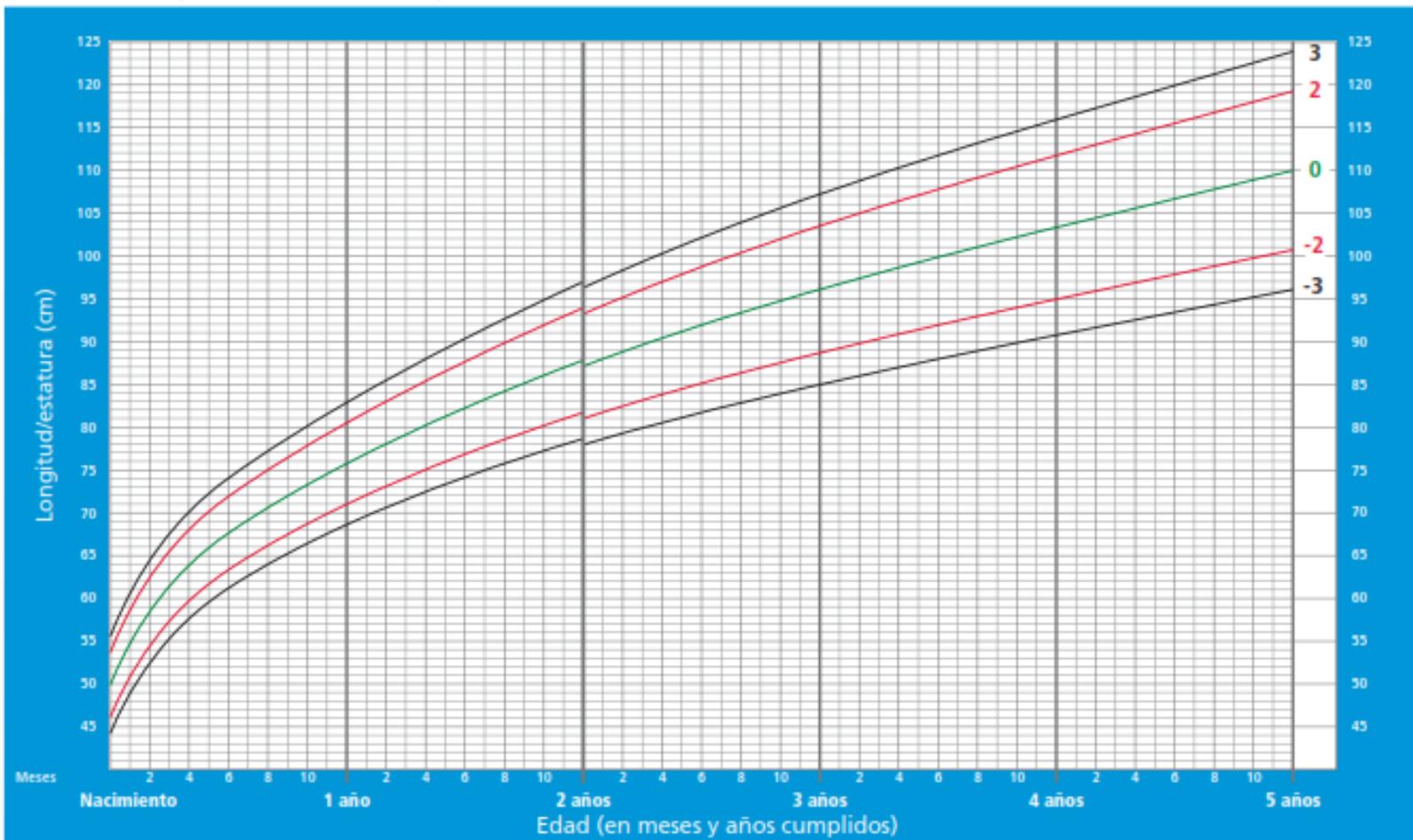
Firma de la investigadora

Firma de la investigadora

ANEXO N° 04

Longitud/estatura para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

CURVAS DE CRECIMIENTO

Longitud/estatura para las Niñas

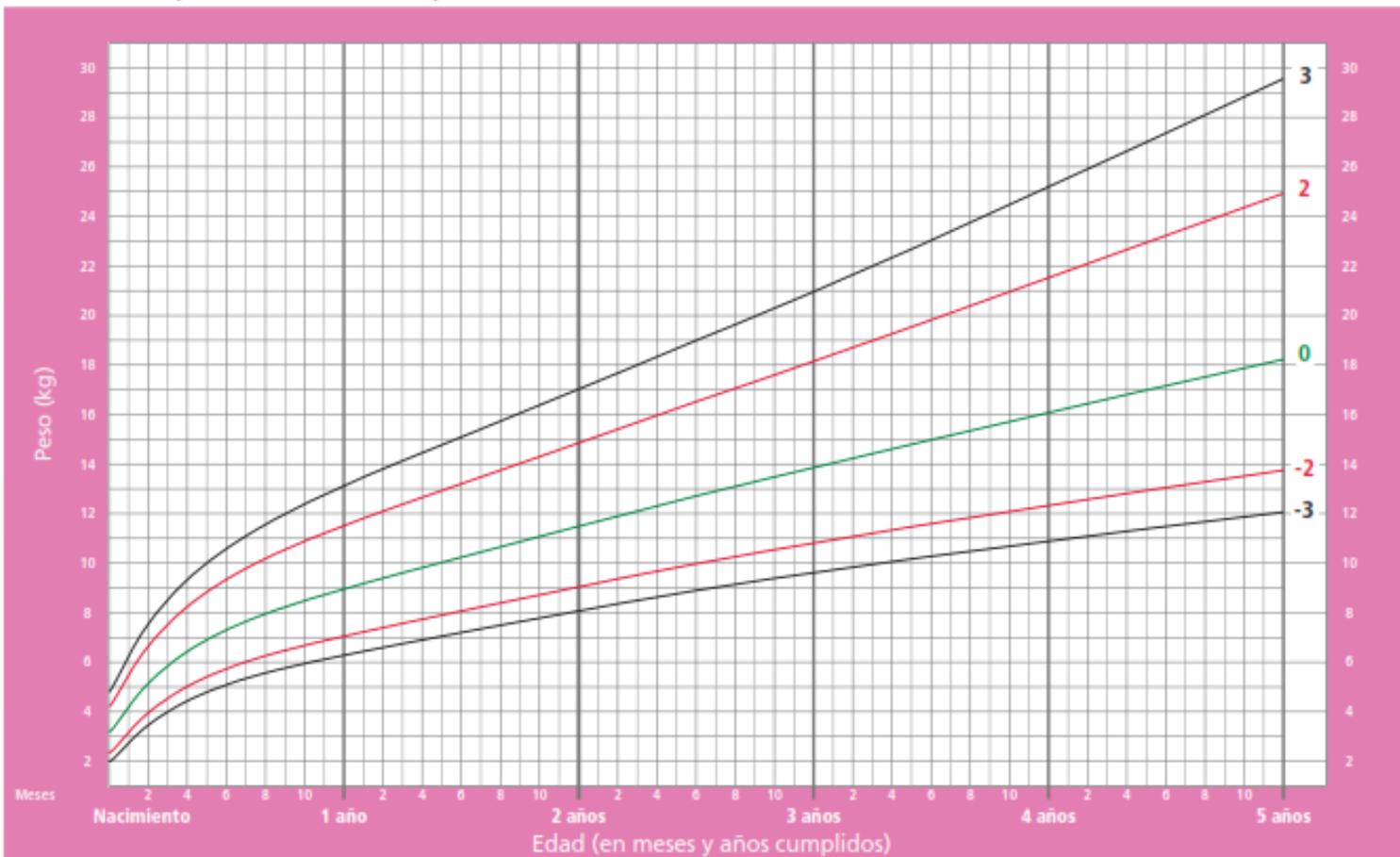
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



ANEXO N° 05

Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

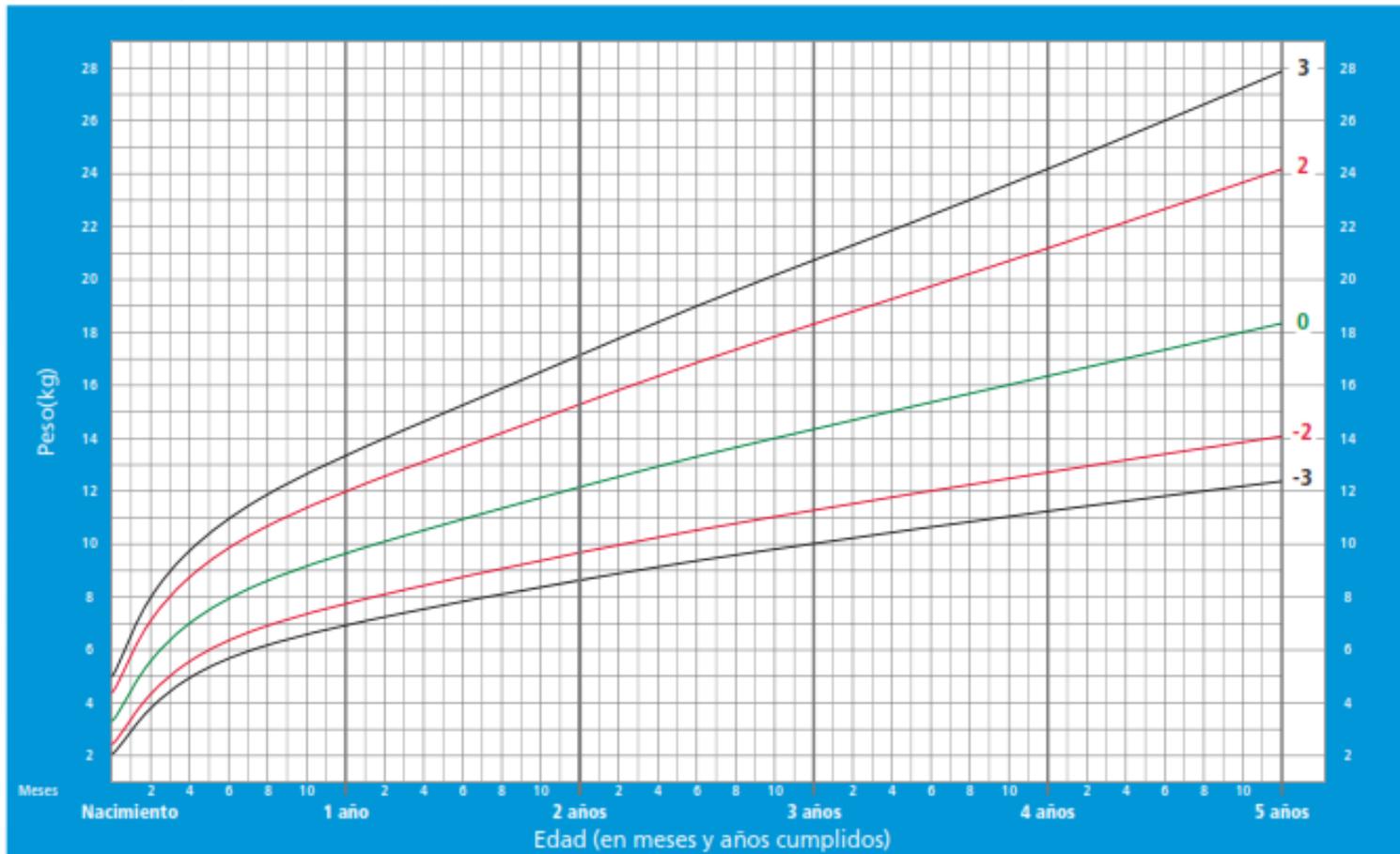


Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

ANEXO N° 06

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

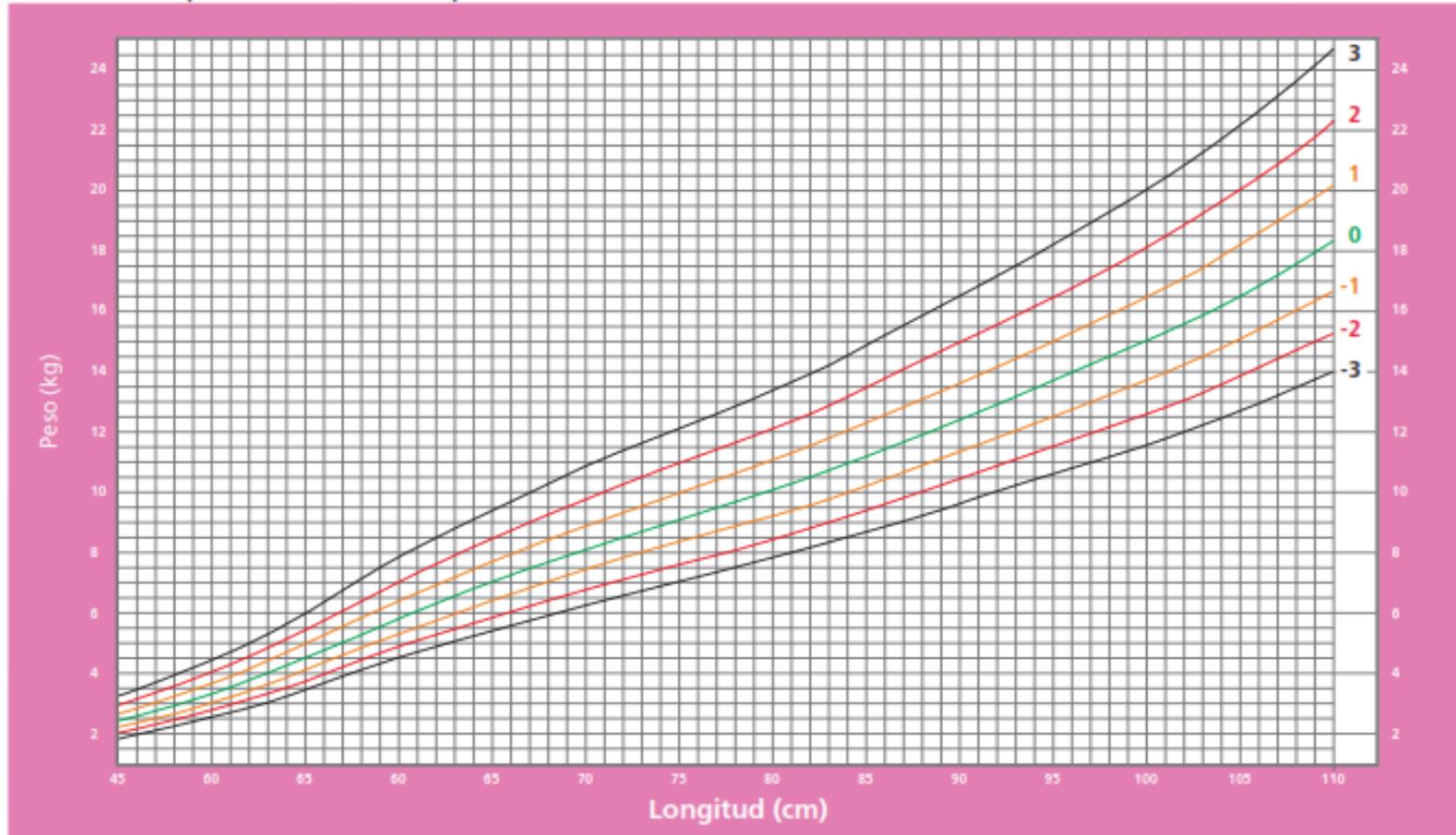


Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

ANEXO N° 07

Peso para la longitud Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

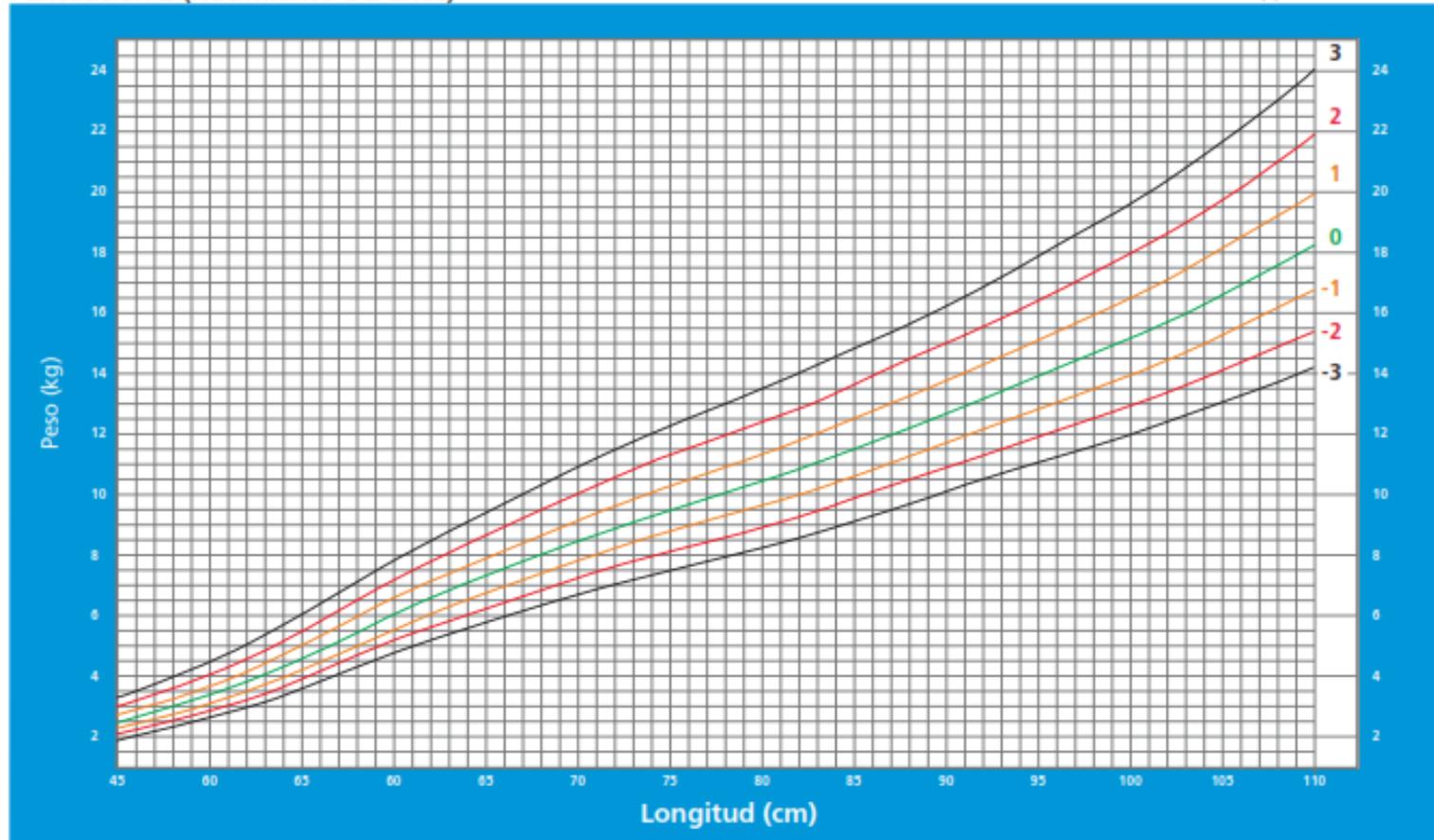


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

ANEXO N° 03

Peso para la longitud - Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

ANEXO N° 09

Instrumento de evaluación del desarrollo de la niña o niño de 0 a 30 meses

TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

FECHA:																		
ACTIVIDAD	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES	
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO SENTADO A	 LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS		 LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA POR MOMENTOS		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA POR MOMENTOS							 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA POR MOMENTOS				
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO ROTACIONES B	 LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS		 APOYO INESTABLE SOBRE SU TRONCO			 UNA FUERTEMENTE												
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO EN MARCHA C	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 COMIENZA A MARCHAR					 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA				
USO DEL BRAZO Y MANO D	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA
VISIÓN E	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA															
AUDICIÓN F	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA												
LENGUAJE COMPRENSIVO G	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA				 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA				 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA
LENGUAJE EXPRESIVO H	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	
COMPORTAMIENTO SOCIAL I	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			
ALIMENTACIÓN VESTIDO E HIGIENE J	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA				 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA					 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA
JUEGO K			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA		 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA
INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE L	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA	 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA			 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA				 MANTIENE LA CABEZA ESTABILIZADA					
ACTIVIDAD	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES	

N° HCL: