

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
ESPECIALIDAD EN DOCENCIA INICIAL**

**DISERTACIÓN DE TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN CON  
ESPECIALIDAD EN DOCENCIA INICIAL**

**TÍTULO: COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A  
4 AÑOS HIJOS/AS DE MADRES ADOLESCENTES**

**AUTORA: MARÍA DANIELA MERA BURBANO**

**DIRECTORA: MASTER LUCÍA RETAMAL**

**QUITO, 2011**



## DEDICATORIA

A Dios por permitirme encontrar mi vocación y desarrollar en mí el amor por la enseñanza a niños y niñas.

A mis padres por el apoyo incondicional durante todo el proceso investigativo.

A las madres adolescentes, quienes encontrarán en este trabajo investigativo un aporte valioso para el desempeño de su rol.

A mis compañeras y amigas de carrera y a mi novio, quienes constituyeron el estímulo para la conclusión de esta tesis.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por haber permitido mi formación académica con docentes de calidad ética y humana que colaboraron en mi proceso de desarrollo integral.

A la Master Lucía Retamal por el acompañamiento brindado durante el proceso del desarrollo de mi tesis en calidad de directora.

A las lectoras de mi tesis Master Carmen Álava y Master Rosario Terán por su aporte valioso en la elaboración y presentación de este trabajo investigativo.

A las profesionales médicas y psicólogas que aportaron con su experiencia en el tema.

A las madres adolescentes y sus hijos/as por su colaboración y disposición para que esta investigación se lleve a cabo.

## INDICE

DEDICATORIA .....	III
AGRADECIMIENTO .....	IV
INDICE.....	V
INTRODUCCIÓN .....	VIII
OBJETIVOS .....	X
MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. DEFINICIÓN.....	1
1.2. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS.....	4
1.3. CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS.....	7
1.4. DESARROLLO MORAL .....	8
1.5. CARACTERÍSTICAS SOCIALES .....	9
1.6. PERSONALIDAD, IDENTIDAD Y AUTOESTIMA.....	11
1.7. COMPORTAMIENTO SEXUAL.....	16
2.1. SEXUALIDAD ADOLESCENTE.....	18
2.2. EDUCACIÓN SEXUAL.....	20
2.3. VISIÓN HISTÓRICA DE LA MATERNIDAD .....	23
2.4. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	24
2.5. CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE .....	26
2.5.1. Consecuencias Biológicas.....	27
2.5.2. Consecuencias Psicológicas.....	30
2.5.3. Consecuencias Sociales .....	31
2.6. SIGNIFICADO DEL EMBARAZO PARA LAS ADOLESCENTES .....	34
3.1. INTRODUCCIÓN.....	37
3.1.1. CRECIMIENTO .....	38

3.1.2. DESARROLLO .....	40
3.2. CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DE LOS NIÑOS/AS DE 3 A 4 AÑOS .....	42
3.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MOTRICIDAD .....	42
3.2.2. CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS.....	44
3.2.2.1. Etapas del desarrollo cognitivo .....	45
3.2.2.2. Juego simbólico .....	47
3.2.2.3. Principios básicos del desarrollo cognitivo .....	48
3.2.2.4. Teorías del aprendizaje .....	48
3.2.3. DESARROLLO MORAL .....	50
3.2.4. DESARROLLO EMOCIONAL .....	51
3.2.5. DESARROLLO DEL LENGUAJE.....	53
3.2.6. DESARROLLO SOCIAL.....	55
3.2.7. CONDUCTA.....	56
3.2.7.1. Conducta Adaptativa.....	57
3.2.7.2. Conducta estética y artística: .....	62
3.2.7.3. Conducta Inapropiada.....	63
3.3. HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES .....	63
MARCO METODOLÓGICO.....	65
4.1. Tipo de investigación.....	65
4.2. Métodos .....	65
4.3. Población de estudio .....	65
4.4. Técnicas .....	66
4.5. Instrumentos .....	66
4.6. Recursos .....	66
4.7. PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN.....	67

4.8.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	69
4.9.	RESUMEN DEL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	119
	CONCLUSIONES .....	122
	RECOMENDACIONES .....	124
	BIBLIOGRAFÍA.....	126
	ANEXOS .....	129

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación surge de la importancia del binomio madre-hijo en relación con el desarrollo bio-psico-social del niño.

La propuesta de este estudio surgió al observar algunos niños, hijos de madres adolescentes de los sectores populares y barrios pobres del sur de la ciudad de Quito por lo cual se planteó esta interrogante: ¿Cómo se comportan los niños de 3 a 4 años, hijos de madres adolescentes?

Por esta razón se consideró importante acercarse a ellos para observar sus actitudes, descubrir los diferentes problemas que se suscitaron en la madre antes y después de la llegada del niño y su influencia en la vida familiar de la adolescente.

Para comprender esta problemática es necesario analizar el entorno acerca de la maternidad adolescente, tema que constituye un fenómeno social recurrente y que ha despertado un creciente interés en el ámbito social, cultural y político debido a su alto índice de presentación.

La Organización Mundial de la Salud afirma que las mujeres entre 15 -19 años de edad dan a luz, aproximadamente a 17 de los 131 millones de niños/as que nacen cada año.

La Organización Panamericana de la Salud menciona que en el Ecuador al igual que en América Latina la maternidad adolescente se ha incrementado notablemente en los últimos años. Aproximadamente 35 % de las jóvenes latinoamericanas tienen su primer hijo cada vez más temprano y se señala ya como edad de maternidad los 14 años.

Los estudios del Plan Andino 2007 indican que el embarazo y la maternidad adolescente se presentan en una dimensión importante en la Subregión Andina, derivada de la precocidad de las relaciones sexuales y el uso inadecuado de medidas anticonceptivas. Las adolescentes embarazadas encuentran serias dificultades y limitaciones para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva y a métodos anticonceptivos eficaces, ya sea por restricciones culturales, económicas, religiosas y/o de subordinación en la casa, la escuela y en la sociedad. En general, los y las adolescentes no son considerados sujetos de derecho en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.

En el Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez, lo que constituye un problema de Salud Pública.

Según datos del INEC en el año 2010 las madres adolescentes entre 10 y 19 años representan el 20.28%.

En el Centro de Salud N° 4 de Chimbacalle ubicado al sur de Quito, donde se realiza la presente investigación de campo, se encontró que en el año 2002 el porcentaje de madres adolescentes entre 15 y 19 años fue del 17 %, mientras que en el año 2010 se incrementó al 23%.

La adolescente al convertirse en madre a temprana edad se enfrenta a situaciones que inciden en su estado emocional, físico, psicológico y social. Muchas de ellas no desearon ser madres y sin embargo tuvieron que afrontar el embarazo, el parto y posteriormente el cuidado y crianza de su hijo/a.

El imaginario social considera que los hijos de madres adolescentes presentan dificultades en su comportamiento.

En este contexto social y con esta visión acerca de la maternidad adolescente se considera de suma importancia el tema de esta investigación, ya que a partir de la observación y el análisis de las actitudes de los hijos de estas madres en sus procesos individuales, se intentará conocer los factores que intervienen potenciando o no las capacidades de los mismos, cuyos resultados constituirán elementos que permitan apoyar, reforzar e influir en la modificación de las formas de estimular el desarrollo en estos niños.

En la ciudad de Quito no existen trabajos de tesis que investiguen este problema social, únicamente se han encontrado temas que enfocan el análisis de la madre adolescente pero en ningún caso se hace referencia al desarrollo y comportamiento de su hijo/a; por lo tanto una investigación sobre este tema es muy importante y el aporte será muy valioso en el área educativa y social, entre otras.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Describir el comportamiento de los niños/as de 3 a 4 años hijos de madres adolescentes que acuden al Centro de Salud #4 de Chimbacalle al sur de Quito.

### **Objetivos Específicos:**

- Determinar las tendencias teóricas que existen en la actualidad en relación a las características de las madres adolescentes.
- Identificar las tendencias teóricas que existen en la actualidad en relación al comportamiento de los niños y niñas de 3 a 4 años.
- Observar y evaluar el comportamiento de los niños/as de 3 a 4 años hijos de madres adolescentes que asisten al Centro de Salud #4 de Chimbacalle.
- Establecer conclusiones y recomendaciones que apoyarán a las madres adolescentes y a los profesionales que trabajan con niños/as.

La presente investigación es de tipo descriptiva. Se seleccionaron 20 niños/as de 3 a 4 años de edad, hijos de madres adolescentes entre 15 y 17 años que se atendieron en esa Unidad de Salud.

Se elaboró una encuesta para las madres y una guía de observación para los niños, la misma que se aplicó en tres momentos:

- En el Centro de Salud mientras recibió atención médica por parte de la Pediatra.
- En el hogar en sus actividades diarias, dentro del núcleo familiar.
- En un parque cercano a su domicilio en interacción con otros niños.

Se entrevistaron a profesionales que trabajan en el Centro de Salud N°4 y en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora con atención especializada para madres adolescentes y sus hijos/as.

Esta investigación consta de cuatro capítulos:

En el capítulo I se considera a la adolescencia definida como una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta. Sus características físicas, cognitivas, morales y sociales. Período en el cual se forja la personalidad, se despierta la búsqueda de identidad y de reconocimiento, en la que se construyen significados, se confronta consigo mismo y con su entorno.

Se plantean las teorías acerca de la adolescencia, su concepción a través de la historia, los diferentes enfoques, con símbolos y sentidos inherentes a cada contexto en que se desenvuelve.

Se analiza la complejidad de la sexualidad adolescente, donde se resumen sus conflictos inacabados y donde aún confluyen las creencias, mitos y tabúes.

En el capítulo II se realiza una revisión sobre la maternidad adolescente que en la actualidad por la existencia de altos niveles, constituye un fenómeno social cuya caracterización tiene que ver con contextos y condicionamientos culturales. Se contempla a la maternidad a través de la historia, la confronta con sus particulares emociones de rebeldía, culpa y vergüenza, en búsqueda de la resignificación de sus prácticas, como una liberación para decidir y escoger los caminos.

Pone en evidencia las diferentes implicaciones bio- psico- sociales del embarazo adolescente.

Se establecen datos estadísticos a nivel país y Latinoamérica pues de acuerdo a la OPS los jóvenes de las Américas representan un sector grande y cada vez más importante de la población.

Además se realizan lineamientos en torno a la necesidad de una educación sexual adecuada.

El capítulo III se centra en el análisis de los niños de 3 a 4 años de edad, sus características físicas en relación a crecimiento, desarrollo de la motricidad, aspecto cognitivo, lenguaje, interacción social y desarrollo conductual. Los factores intrínsecos y extrínsecos que intervienen en sus diferentes procesos evolutivos.

En el capítulo IV se presentan los resultados obtenidos de esta investigación y se realiza el análisis respectivo que permitirá conocer esta realidad para proponer alternativas a las

madres adolescentes en el manejo de sus hijos y además obtener herramientas adecuadas para educadores y personas que están en contacto con esta realidad.

Se aspira que con esta investigación, se abran nuevas posibilidades para comprender el comportamiento de los niños hijos de madres adolescentes en su contexto y bajo circunstancias y aspectos relacionales.

Es posible que al acercarse y comprender la realidad de estos niños se puedan abrigar nuevas esperanzas y alimentar ideas innovadoras para trabajar en el área educativa y social en un espacio donde lo que verdaderamente importe sea el desarrollo de este ser humano y su realización.

La presente investigación me ha permitido conocer la realidad social en la que se desenvuelven los hijos de madres adolescentes que viven en sectores pobres de la capital y que a pesar del entorno de circunstancias difíciles que enfrenta esta madre en su cotidianidad cumple con su rol.

Además con esta observación se puede afirmar que en el comportamiento de los niños de 3 a 4 años de edad, hijos de madres adolescentes intervienen factores intrínsecos y extrínsecos que posibilitan o retardan su desarrollo, por lo que el comportamiento es individual e inherente a cada persona.

# MARCO TEÓRICO

## CAPÍTULO 1

### ADOLESCENCIA

#### 1.1. DEFINICIÓN

La palabra adolescencia proviene del latín *adoleceré* que quiere decir crecer y desarrollarse hacia la madurez.

Es el período de transición entre la niñez y la edad adulta, y por eso mismo como describe Hurlock “es como estar en medio de un viaje en el cual ya se ha dejado el punto de partida, pero todavía no se llega al destino” ( Riedemann,1999:88)

La OMS define a la *adolescencia* como:

El período durante el cual el individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios hasta el de la madurez sexual; los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto; se hace la transición desde un estado de dependencia socioeconómica total a otro de relativa independencia. (Uriza, 1999)

El inicio de la adolescencia se ubica entre los 10 - 12 años y su terminación varía con los criterios físicos, mentales, emocionales, sociales o culturales que definen al hombre adulto. (Nelson, 1988)

Para Rice (1999) la adolescencia es un período de desarrollo entre la niñez y la madurez, un período de transición de una etapa a otra, que se presenta en forma gradual e indeterminada y su duración depende de cada individuo.

Señala que existen etapas de la adolescencia a las que considera como:

- Adolescencia temprana: el período comprendido entre los 11 a 14 años
- Adolescencia mediana o tardía: entre los 15 a 19 años de edad.

“La adolescencia temprana puede ser la transición más extrema de todo el ciclo de la vida, que incluye cambios en todos los aspectos del desarrollo de un individuo y en cada área importante del contexto social”. (Papalia, 1998: 531)

En el Ecuador la adolescencia es el “ período comprendido entre 10 y 19 años de edad que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales”. (MSP, 2009:21)

Se considera pubertad la etapa de la vida en que se realizan un conjunto de transformaciones morfológicas y fisiológicas que posibilitan el inicio de las funciones sexuales. Ocurre entre los 8 a 13 años en mujeres y de los 9 a 14 años en hombres. (MSP, 2009:21)

Desde esta perspectiva se diferencian pubertad y adolescencia. La *pubertad* se refiere a los cambios físicos y fisiológicos relacionados con la madurez sexual mientras que la adolescencia abarca los cambios emocionales, de conducta, de carácter y de posición dentro de la sociedad.

Por lo tanto se puede señalar que desde estas visiones la pubertad es biológica y esta marca el inicio de la adolescencia, que según la OMS culmina a los 20 años.

### **¿La adolescencia una etapa de transición?**

En esta etapa suceden cambios considerables en el aspecto biológico, psicológico y social que favorecen su desarrollo integral hasta llegar a la adultez.

En el artículo de Mabel Burín (1998), se menciona el enfoque psicológico de Françoise Dolto (1990) quien considera a la adolescencia como el período de pasaje que separa la infancia de la edad adulta. En el nacimiento nos separan de nuestra madre, se corta el cordón umbilical y la placenta deja de ser el órgano de vinculación extraordinario. La adolescencia es un “segundo nacimiento” en donde hay que quitar poco a poco la protección familiar, como se ha quitado la placenta protectora.

En el sentido metafórico se compara al adolescente con la *langosta* que, al cambiar su caparazón, queda sin defensa por un tiempo hasta fabricar uno nuevo. En esta etapa el adolescente se siente diferente, extraño y en ocasiones le cuesta lágrimas ser aceptado por los demás.

En conclusión y coincidiendo con las palabras de F. Dolto (1990) se podría afirmar que “la adolescencia ya no es considerada como crisis sino como un estado, como un modo de ser”. (Burín, 1998:198)

### **La adolescencia a través de la historia**

Para abordar esta temática es importante tener la visión de la adolescencia a través del tiempo y cómo se fue construyendo este concepto.

En los siglos XVIII Y XIX las teorías sobre adolescencia se fundaban en experiencias personales y consideraciones filosóficas. Por ejemplo, Lewin en su teoría del campo en ciencias sociales opina que la adolescencia:

Es un período de transición en que el joven cambia de grupo de pertenencia [...] ciertas formas de conducta no le son aceptadas por considerarlas infantiles y otras le son negadas por considerarlas propias de los adultos. Algunas pautas que le son aconsejadas, el adolescente las percibe como ajenas a su función, ya que la adolescencia implica reaprender distintas formas de conducirse [...] al pasar de un espacio relativamente estructurado como es la infancia, a regiones desconocidas propias de la adolescencia. (Monroy, 1985:21)

En la cultura occidental, dentro de la cual estamos inmersos, Salazar (1995) afirma que:

“La adolescencia no nació con la humanidad y evidentemente no nace con nosotros inscrito en el genoma: es lo que en ciencias sociales se llama un *constructum*, es decir un concepto que se ha inventado para organizar un conocimiento de la experiencia humana”. (Salazar, 1995:17)

En algunas sociedades es la edad la que define las características culturales y sociales de los seres humanos, así como para la asignación diferencial de roles sociales, que en el caso de los adolescentes en nuestro medio representa una etapa de dependencia económica y de protección familiar, ya que se encuentran en período de instrucción escolar y la adultez llegaría cuando se consiguiera formar parte de la sociedad adulta a través del trabajo, de la madurez física y psicológica y del reconocimiento de los adultos como pares. (Burbano, 2004:27)

Como la conocemos en Occidente, la adolescencia es una *invención cultural*, un concepto que aparece en el siglo XVIII y se consolida en el XIX.

Esta afirmación contrasta con la teoría que sostiene Rice (1999) desde La visión biológica quien afirma que en la adolescencia el desarrollo ocurre siguiendo un “patrón universal” casi inevitable independientemente del ambiente sociocultural.

Concordando con esta definición, Arnold Gesell (1963) propone una teoría orientada biológicamente, en donde a partir de la adolescencia empiezan a aparecer los rasgos conductuales y tendencias evolutivas, en donde las capacidades y habilidades aparecen sin la influencia de un entrenamiento especial o práctica. Sostiene que “la influencia de la cultura nunca puede trascender a la maduración” (Rice, 1999:32). Esta afirmación nuevamente contradice los estudios realizados por la antropología cultural, psicología social y educativa que se han mencionado anteriormente, donde se demuestra que hay diferencias individuales determinadas de forma significativa por la cultura.

A continuación se procederá a describir las características bio-psico-sociales de los y las adolescentes.

## **1.2. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS**

El cuerpo de los y las adolescentes sufre cambios considerables internos y externos como parte de su crecimiento.

Papalia señala que el cambio tan repentino de estatura y características físicas afecta tanto las dimensiones esqueléticas como las musculares, incluso los ojos crecen y esto ocasiona que los jóvenes entre 12 a 17 años son prácticamente miopes.

“La mandíbula inferior se hace más grande y gruesa, y ambas mandíbulas junto con la nariz se hacen más prominentes; los incisivos de ambas mandíbulas sobresalen más.” (Papalia, 1998: 536)

La voz de chicos y chicas cambia, en los hombres debido al crecimiento de la laringe se vuelve más gruesa y en las chicas se torna más aguda.

La piel se vuelve más gruesa y grasosa por lo que los adolescentes son propensos al acné, en especial los hombres debido a la secreción de testosterona.

El crecimiento de los órganos reproductores también se modifica para prepararse para la vida adulta.

Se afirma que los criterios para evaluar un “adecuado crecimiento y desarrollo orgánicos” son la edad cronológica y la edad biológica (edad morfológica, edad ósea, edad dentaria y edad del desarrollo puberal), asignando a las mujeres caderas con un diámetro pelviano ginecoide adulto que se adecuará a un buen canal del parto, acompañado de crecimiento en talla. A estas características físicas se deben agregar los elementos relacionados con la edad mental, el proceso de socialización y las pautas de conducta. (Nelson, 1988:28)

En las niñas, el primer signo de pubertad se denomina telarquía en el cual existe el crecimiento de los senos y el ensanchamiento de la areola.

Posteriormente se presenta el crecimiento del vello en axilas y pubis. Se llama pubarquía.

Finalmente aparece la primera menstruación o menarquía, lo que constituyen signos de madurez.

“La *menarquia* marca la conversión de la niña en mujer pues le anuncia la posibilidad de ser madre”. (Riedemann, 1999: 80)

En los varones el primer signo de la pubertad es el crecimiento del pene, testículos, próstata y vesículas seminales, ensanchamiento de hombros y tórax. Más tarde aparece el vello en pubis, axilas y cara en forma de barba y bigote.

La espermarca es decir la primera eyaculación es el signo que indica madurez sexual.

Esta visión concuerda con la señalada por Pérez y Salem (2000) quienes manifiestan que los cambios físicos en el adolescente son: el aumento del tamaño del pene y testículos, oscurecimiento del escroto, aparecimiento de vello en brazos, piernas, cara, pelvis y axilas.

Las cuerdas vocales se alargan y se hacen más gruesas, lo que genera cambio de voz. La piel es más grasosa.

También se produce el crecimiento óseo, la maduración y evolución de los elementos fecundantes (espermatozoides)

En las mujeres se inicia la ovulación, por lo tanto surge la menstruación. Aparecen vellos en brazos, axilas, pubis y piernas. Se produce el engrosamiento de los genitales, crecen las mamas, cambian de voz, se acumula grasa y tejido muscular en las nalgas.

Las características físicas y fisiológicas se resumen en los siguientes cuadros

<b>CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS</b>	
<b>ÓRGANOS SEXUALES</b>	
<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
Ovarios	Testículos
Trompas de Falopio	Pene
Útero	Escroto
Vagina	Vesícula seminal
	Próstata

<b>CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS</b>	
<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>
Senos	Vello púbico
Vello púbico	Vello axilar
Vello axilar	Vello facial
Cambios en la piel	Cambios en la voz
Ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis.	Cambios en la piel
	Ensanchamiento de los hombros.

(Papalia, 1998: 533)

<b>SECUENCIA HABITUAL DE LOS CAMBIOS FÍSICOS EN LA ADOLESCENCIA</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS FEMENINAS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS MASCULINAS</b>
Crecimiento de los senos	Crecimiento de los testículos y el saco escrotal
Crecimiento del vello púbico	Crecimiento del vello púbico
Crecimiento del cuerpo	Crecimiento del cuerpo
Menarquia	Crecimiento del pene, la próstata y las glándulas seminales
Vello axilar	Cambio de voz
Aumento de la productividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas que puede llevar a la aparición del acné.	Primera eyaculación de semen

(Papalia, 1998: 536)

Para Rice (1999), el cambio en el aspecto físico en la adolescencia es notorio, aumenta la estatura, el peso y hay cambios en la proporción corporal.

Este autor manifiesta que las chicas empiezan su crecimiento antes que los chicos, las adolescentes alcanzan el 98% de su estatura alrededor de los 16 años y 9 meses, mientras que los adolescentes entre los 17 años y 9 meses.

### **1.3. CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS**

Los cambios generados en esta etapa no solo abarcan el desarrollo físico, sino que su desarrollo cognitivo también se va incrementando lo que genera una estructura de pensamiento más avanzado.

Desde esta visión, Jean Piaget menciona que los adolescentes se encuentran en una etapa operacional formal, por lo tanto son capaces de pensar de una forma más lógica, proposicional, elaboran conclusiones, pueden deducir e inducir, proyectarse a futuro y planear a partir de hechos hipotéticos. (Rice, 1999)

Este autor señala que el adolescente es capaz por medio del razonamiento inductivo, de sistematizar sus ideas y así puede manejar críticamente su propio pensamiento para construir teorías acerca de él.

Son capaces de simbolizar, por ejemplo utilizan el habla metafórica en la cual las palabras pueden tener un doble o triple significado, además son capaces de elaborar para su uso símbolos algebraicos.

Rice (1999) manifiesta que se ha demostrado que los adolescentes mayores prestan más atención a los resultados futuros, consultan más con expertos y pueden distinguir los consejos adecuados. La diferencia entre los adolescentes menores y mayores se presenta por un cambio cognitivo que mejora la memoria y la capacidad de procesar información y aplicar el conocimiento.

Este autor menciona que para que el adolescente llegue a un pensamiento formal, se necesitan cuatro aspectos claves que son: *introspección* (pensar acerca del pensamiento),

*pensamiento abstracto* (ir más allá de lo real hacia lo que es posible), *pensamiento lógico* (considerar todos los hechos y formar conclusiones correctas) y *razonamiento hipotético* (formular hipótesis considerando las variables).

Haciendo mención a las características de pensamiento de los adolescentes David Elkind (1989) las enumera de la siguiente manera:

Los adolescentes encuentran fallas en las figuras de autoridad y no limitan sus opiniones hacia las personas que admiraban cuando eran niños y ahora comprenden que también los adultos tienen sus fallas.

Tienden a discutir frecuentemente para afirmar sus ideas y conocer los pensamientos de las otras personas sobre algún tema. Esto ayuda a mejorar sus capacidades de razonamiento y practicar destrezas nuevas en el diálogo.

Los adolescentes suelen ser indecisos sobre decisiones simples que no afectarán el rumbo de sus vidas. Esta indecisión se debe a que son conscientes que cada acción tiene su consecuencia. Los adolescentes más jóvenes tienen menos tendencia que los mayores a generar opciones y anticipar consecuencias de las decisiones. (Papalia, 1998)

#### **1.4. DESARROLLO MORAL**

Para comprender esta característica es importante reflexionar que el ambiente que rodea a los adolescentes ejerce una influencia sobre su desarrollo moral.

Para Lawrence Kohlberg “el desarrollo cognitivo avanzado no garantiza el desarrollo moral avanzado pero debe existir para lograrlo” (Papalia, 1998: 571)

Muchos adolescentes y adultos se quedan en las fases anteriores que describe este autor, en las cuales su moralidad se basa en la obediencia por miedo al castigo o deciden de acuerdo a su conveniencia. Otros en cambio avanzan un grado más en la escala moral y actúan haciendo lo correcto para ajustarse a convenciones sociales.

El autor menciona que muy pocos adolescentes y adultos llegan a la fase de moralidad de principios autónomos. En esta fase la persona debería estar en capacidad para decidir entre dos situaciones socialmente aceptadas, realizar un análisis interno sobre el conflicto y decidir el que le parece correcto.

## 1.5. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

La sociabilidad es la capacidad que permite al individuo vivir con los otros y en grupo. El adolescente no sólo tiene la necesidad de encontrar un amigo sino que con el desarrollo de la madurez, las posibilidades asociativas se multiplican y las relaciones sociales se descubren mejor.

Papalia (1998) menciona que los jóvenes están incursionando en un mundo nuevo lleno de retos y responsabilidades, en el cual conocerán a las personas más significativas e interesantes del mundo: ellos mismos.

### **Relaciones con los demás:**

El ser humano es por naturaleza un individuo social y a través de las diferentes relaciones que establece logra comunicarse y crear vínculos afectivos.

Al referirse a la calidad de relación de los adolescentes con sus madres Papalia (1998) sostiene que este es un factor importante en su autoestima, ya que los adolescentes que están distanciados con sus madres, se muestran rebeldes, impulsivos y frágiles.

También afirma la importancia del rol del padre para forjar la autoestima de su hijo o hija lo que considera vital, debido a que este ayuda a su hija a valorar su feminidad e igualmente la madre a su hijo en relación a la masculinidad, logrando de esta manera favorecer las relaciones heterosexuales y su adaptación al grupo.

Señala que hay una estrecha relación entre la autoestima de los hijos y la de los padres, si esta es alta, la de sus hijos tenderá a ser también alta.

Al respecto Buri menciona que los padres que se preocupan por sus hijos, que muestran interés por ellos y que son estrictos pero coherentes con lo que exigen de ellos, desarrollan una mayor autoestima que los hijos de padres permisivos. (Rice, 1999)

Otro aspecto importante en la vida de los adolescentes es el estatus socioeconómico en que se desenvuelven debido a que ellos se dan cuenta que este influye en la relación con las otras personas, en su autoconcepción y la percepción que tienen del mundo. La mayoría de personas “perciben su valía, en parte, comparándose con otros”. (Rice, 1999:60)

Además señala que las personas que tienen limitación por un estatus socioeconómico bajo tienen menor acceso a diversos contextos sociales y culturales, ya que la pobreza limita su acceso a estudios y su influencia social o política es casi nula debido a la falta de conocimientos de realidades distintas. Los adolescentes que son conscientes de su realidad, sufren aislamiento, desconcierto, desviación social y rebelión.

También refiere que la vida de un adolescente con estas carencias puede ocasionar consecuencias cíclicas: si no tiene dinero no accede a la educación, lo que genera un bajo nivel del desarrollo de sus capacidades y experiencias a nivel cultural.

Sin acceso a la educación, su empleo va a generar ingresos bajos, lo que provoca un bajo nivel de vida. Con estas limitaciones y discriminación que se les impone, la misma familia enseña a sus hijos a no apuntar alto y a no esperar mucho de la vida.

Si se considera a la adolescencia como una etapa de desarrollo, es importante conocer la visión de Robert Havighurst quien en su estudio sobre la adolescencia, sostiene que existen “tareas evolutivas” que son habilidades, conocimientos, funciones y actitudes que las personas tienen que adquirir en ciertos momentos de su vida por medio de la maduración física, las expectativas sociales y el esfuerzo personal. (Rice, 1999)

**Estas tareas según Havighurst son:**

- **Aceptar el propio físico y utilizar el cuerpo con eficacia:** el adolescente se preocupa en extremo por su apariencia física, pero a medida que va aceptando, conociendo su cuerpo y cuidándolo, aprende también como utilizarlo para realizar deportes, trabajo, tareas diarias, etc.
- **Formar relaciones nuevas y más maduras con los iguales de ambos sexos:** los adolescentes pasan de amistades con personas del mismo sexo que mantenían en su niñez, a adquirir amistades del sexo opuesto y aprenden habilidades sociales y conductas requeridas para la inclusión en un grupo.
- **Adoptar un rol sexual social masculino o femenino:** el adolescente debe establecer un rol acorde con su sexo, pero esto varía de acuerdo a la cultura. Esta teoría coincide con la descrita por Erickson (1975).
- **Alcanzar independencia emocional de los padres y otros adultos:** los adolescentes deben desarrollar conocimientos, afecto y consideración sin la necesidad de una dependencia emocional.

- **Prepararse para una profesión:** están en una constante búsqueda por su vocación y su profesión futura, en el afán de encontrar lo que realmente quieren en la vida. Otros estudios sobre el tema mencionan que las adolescentes al enfrentar la maternidad dejan de estudiar y ven truncados sus sueños de alcanzar una profesión.
- **Prepararse para la vida en matrimonio o en familia:** los adolescentes desean casarse y formar una familia estable y para ello necesitan desarrollar habilidades sociales, la madurez emocional y el conocimiento necesario para que el matrimonio funcione.
- **Desear y lograr una conducta socialmente responsable:** ellos buscan su realización a través de ideales y vencen toda clase de obstáculos para conseguirlos. Algunos pueden volverse radicales y pelear por una causa, otros en cambio, volverse indiferentes y no actuar. “Los adolescentes luchan por alcanzar una posición en la sociedad de una forma que dé significado a sus vidas”. (Rice, 1999:74)

## 1.6. PERSONALIDAD, IDENTIDAD Y AUTOESTIMA

En la adolescencia se establecen innumerables cambios que llevan a definir la forma de ser, pensar y actuar de la persona ante sí misma y la sociedad.

Para el psicoanalista Erikson (1975) el adolescente era fundamentalmente alguien en búsqueda de su identidad cuya tarea era la de rebelarse, confrontar, buscar su propia síntesis. Según este autor “la creación de un conflicto entre generaciones y su posterior resolución es la tarea normativa de la adolescencia” (Burín, 1998:199)

Un aporte significativo de Gesell (1963) se basa en los patrones de crecimiento en espiral. Menciona que el desarrollo del ser humano no solo es ascendente sino también descendente, lo que produce una repetición de conductas y comportamientos en diferentes edades. “[...]tanto los niños de 11 como de 15 años son generalmente rebeldes y pendencieros, mientras que los de 12 y 16 años son bastante estables.” (Rice, 1999:32)

En relación a la autoestima Rosenthal y Simeonsson sostienen que los adolescentes con un bajo concepto sobre sí mismos muestran una identidad cambiante e inestable y abiertamente vulnerable a la crítica o al rechazo, lo que verifica su inadecuación, incomprensión y falta de valía. (Rice, 1999)

Complementando esta observación el autor afirma que quienes tienen autoestima baja, con frecuencia son rechazados por otras personas. Los adolescentes se sienten marginados y se aíslan del grupo social, son personas incapaces de defender sus propios derechos, expresar sus opiniones, pasan desapercibidos y al intentar incluirse al grupo, debido a su falta de habilidades sociales, son fácilmente influenciados y dejan que otros tomen decisiones por ellos.

Los adolescentes que se han trazado metas profesionales y por lo tanto tienen mayor autoestima buscan mecanismos para llegar hasta donde se han propuesto y aún más allá, en contraposición con los adolescentes que demuestran baja autoestima, pues ellos no se creen capaces de alcanzar aquello que anhelan a futuro. (Rice, 1999)

Al hablar de la identidad personal, Erik Erikson (1975) establece que los adolescentes atraviesan fases de desequilibrio para llegar a consolidar paulatinamente su identidad en donde existe una lucha entre establecer su identidad personal frente a evitar la confusión de funciones.

Este autor define algunas etapas de la identidad personal, y son las siguientes:

- **Seguridad en uno mismo frente a avergonzarse de uno mismo:** esta actitud se logra mediante el desarrollo de la confianza personal.
- **Experimentación de funciones frente a fijación de funciones:** en esta etapa el adolescente trata de encajar en la sociedad modificando su personalidad, su físico, su comportamiento con el grupo, etc. y va experimentando roles hasta llegar a una real fijación de funciones.
- **Polarización sexual frente a confusión bisexual:** el adolescente está identificándose como hombre o mujer y en este proceso es importante la polarización sexual para establecer roles apropiados como base para una intimidad heterosexual en un futuro.
- **Líder y seguidor frente a confusión de autoridad:** en esta fase existe un desequilibrio ya que el adolescente no sabe a quién seguir o cuándo asumir sus responsabilidades. Desconoce en qué momento asume el liderazgo y para solucionar este caos es necesario recurrir a los valores y prioridades personales.

En relación a la personalidad y la conducta de los adolescentes Rice establece algunas etapas del pensamiento que son:

- **Idealismo:** el adolescente ya es consciente de la realidad que lo rodea, sabe cómo es el mundo adulto y tiene expectativas de cómo debería ser.

Refiriéndose a esta teoría Elkind (1989) sostiene que al comparar la realidad con lo ideal, los adolescentes se dan cuenta de muchos errores existentes en el mundo, por lo tanto se atribuyen funciones “esenciales en la salvación de la humanidad”. (Rice, 1999: 38).

Se consideran especiales y empiezan con una tarea de reformar la sociedad uniéndose a movimientos sociales y políticos. Se sienten identificados con los desvalidos, marginados y pobres, ya que ellos mismos se sienten inseguros y rechazados por el sistema.

Los adolescentes perciben las injusticias sociales que reflejan en un espejo sus propias batallas individuales internas.

Complementando esta visión Pérez y Salem (2000) afirman que los adolescentes creen firmemente en la lealtad, luchan contra las injusticias y es así como de ellos surgen movimientos ecologistas, antibélicos, socialistas, etc. Su espíritu idealista les lleva a participar en reuniones y manifestaciones, piensan, discuten, critican debido a que se sienten excluidos de cualquier decisión social.

- **Existencia de valores a largo plazo:** los adolescentes empiezan a asumir un papel de adulto, realizan planes de su vida a futuro, se responsabilizan más de sus acciones, son más conscientes del desarrollo de valores con implicaciones a largo plazo en vez de buscar satisfacción inmediata, como ocurría antes.
- **Hipocresía:** El autor argumenta que los adolescentes carecen de coherencia entre lo que dicen y hacen. Ellos piensan que conociendo la teoría general y siendo capaces de concebir y expresar altos principios morales como cuidar el agua y el medio ambiente, ya nada concreto deben hacer porque según ellos ya está explícito en lo que verbalizan.

En relación a este análisis Elkind (1989) menciona que se da una hipocresía aparente debido a que los jóvenes confunden el hecho de luchar por una ideología, pero no la

practican. Hay una incoherencia entre “expresar un ideal y buscarlo” (Papalia, 1998: 570).

Para Rice (1999), se les presiona para que no sientan, no sean, no deseen; los padres esperan que se nieguen a sí mismos actuando de una manera hipócrita. Es así como los adolescentes adquieren la capacidad para ver lo que debería ser y ser lo que los otros esperan de ellos.

Es por esta razón que los padres tiene altas expectativas de sus hijos, sin embargo los adolescentes no cumplen casi ninguna, por ejemplo, que les guste la escuela, respetar a los demás, no desplegar su ira contra otro ni contra si mismos.

- **Creatividad:** Earl señala que esta cualidad es un proceso para hacerse sensible a los problemas, identificando la dificultad y examinando varias opciones para luego comunicar los resultados. (Rice, 1999)

Este autor afirma que existen algunas Investigaciones que sugieren que los adolescentes se vuelven menos creativos en esta etapa de su vida y esto es debido a la homogeneización a la que están sometidos, vestirse igual que los populares, hablar, comportarse y pensar como ellos. Sin embargo en los estudios realizados por el autor se observa que los adolescentes que han logrado gran autoconfianza están dispuestos a arriesgarse haciendo cosas imaginativas y creativas.

- **Pseudoestupidez:** es otra característica observada en los adolescentes por Elkind (1989) quien argumenta que ellos tienden a enfocar los problemas a un nivel muy complejo y fracasan. Al ser inexpertos buscan resolver los problemas con su inteligencia y un sinnúmero de herramientas pero la complejidad con la que operan les impide ver las soluciones más obvias.

Los adolescentes son espontáneos y confiados, por lo que están más expuestos a fracasar, esto genera una actitud de timidez, susceptibilidad, mal humor, agresividad, sin embargo estas actitudes son pasajeras. (Perez y Salem, 2000)

Sin embargo Elkind (1989) menciona que los adolescentes se consideran personas especiales y únicas y que no están sujetas a las normas que rigen en todo el mundo. Son arriesgados, ya que se creen inmunes e indestructibles. (Papalia, 1998)

- **Egocentrismo:** en relación al tema Elkind (1989) manifiesta que los adolescentes al tener la capacidad de pensar sobre sus propios pensamientos, se vuelven más introspectivos. Se preocupan por sí mismos y esto les lleva a pensar que los demás también están preocupados por su apariencia y conducta, es por esta razón que ellos creen que están siendo observados todo el tiempo, como si estuviesen sobre una tarima, e invierten su energía en una “audiencia imaginaria” término que utilizan Buis y Thompson. (Rice, 1999:140)

Considerando esta teoría, Rice (1999) señala que los adolescentes creen que son el centro de la atención de todos, por lo que comienzan a contemplarse a sí mismos como únicos y especiales, creyéndose invulnerables e inmortales. Es por esto que muchos adolescentes piensan que los embarazos no deseados solo les suceden a otros y no a ellos.

- **Autoconcepto:** esta es otra etapa del pensamiento observada por Rice (1999). Señala que los adolescentes formulan postulados acerca de sí mismos, para lo cual utilizan una estrategia que es la indagación hacia otras personas sobre lo que piensan sobre él o ella y luego mediante su pensamiento operacional formal va discerniendo qué es cierto y qué no sobre sí mismo.
- **Descentramiento y plan de vida:** según Rice (1999) los adolescentes conciben metas como conseguir la autoafirmación e imitar modelos adultos y continúan por estos caminos en búsqueda de sus sueños que les satisfacen por un tiempo, para luego abandonarlos y cuando desarrollan una mayor objetividad de lo que quieren, dejan de soñar tanto y vuelven a la realidad.

Piaget sostiene que el punto de inicio para el proceso de descentramiento es la entrada al mundo ocupacional, en donde “el adolescente se convierte en adulto cuando consigue trabajo. Es entonces cuando pasa a transformarse de un reformador idealista a una persona capaz de realizar su potencial”. (Rice, 1999: 141)

Este autor manifiesta la importancia del trabajo en el adolescente, ya que este estimula a la comprensión social y a desarrollar una conducta socialmente competente. Además es aquí donde el adolescente empieza a poner sus ideas reformistas en práctica y así va desarrollando su personalidad, afirma paulatinamente su plan de vida y adopta una función social. (Rice, 1999)

## 1.7. COMPORTAMIENTO SEXUAL

Los/as adolescentes en el aspecto sexual enfrentan un conflicto emocional y atraviesan una etapa crítica debido al cambio hormonal que surge en esta etapa.

Desde la visión Psicoanalítica de Sigmund Freud, se señala que la adolescencia es una etapa de “excitación sexual, ansiedad y en ocasiones perturbación de la personalidad”. (Rice, 1999:32)

Este autor afirma que junto con la maduración de los órganos sexuales nace un deseo por resolver la tensión sexual que se produce y concluye que el adolescente desea una satisfacción emocional al igual que una descarga física.

Para Anna Freud en la pubertad aumentan los impulsos instintivos y “la sexualidad de la infancia temprana y la agresión rebelde resucitan en la pubertad.” (Rice, 1999:34) Añade además que la adolescencia es un “período de conflicto interno, desequilibrio psíquico, de conducta errática.” (Rice, 1999:34)

Rice complementa esta teoría señalando que con la llegada de la pubertad, el interés del adolescente se focaliza en el sexo. La mayoría de los adolescentes exploran su cuerpo y sus genitales ya no con el fin de la curiosidad infantil, sino con una finalidad autoerótica. “Aumenta el interés por el sexo con sentimiento y expresión erótica.”(Rice, 1999:33)

Afirma que el adolescente centra primero su atención en los cambios que están sucediendo en su propio cuerpo, es decir en su imagen corporal, más que en las sensaciones o expresiones eróticas.

“Es la etapa de la vida en la que surgen muchas preguntas acerca del desarrollo, los cambios y las características sexuales que están aconteciendo en el sexo opuesto.” (Rice, 1999:114). Los adolescentes, movidos por la curiosidad de experimentar, se van internando hacia la experiencia sexual, esto es motivado por un deseo de estimulación y descarga sexual, por necesidad de amor, afecto, intimidad y aceptación por parte de otra persona. Aclara además que muchos adolescentes recurren a la práctica sexual, más que por cubrir una necesidad física, por cubrir una necesidad emocional y de seguridad.

Considerando a la etapa de la adolescencia como un conjunto de transformaciones tanto físicas como psicológicas y sociales, Martínez afirma que:

la adolescencia se manifiesta en la apariencia física con cambios rápidos de estatura [...] y en el aspecto emocional inquietud, ansiedad, cambios de posturas, etc. Busca autoafirmación y gradualmente se va integrando al grupo de amigos de la misma edad. Con cierta frecuencia se observa a la adolescente admirando su cuerpo [...] se pasa horas maquillándose, peinándose o probándose la ropa. Existe discrepancia entre lo real y lo posible, lo que le hace rebelde y crítica. (Martínez, 2001: 1437)

En el siguiente capítulo se abordará el tema de la maternidad adolescente considerado como un fenómeno social recurrente con gran repercusión en el binomio madre-hijo/a en el aspecto biológico, psicológico y social.

## CAPÍTULO 2

### MATERNIDAD ADOLESCENTE

#### 2.1. SEXUALIDAD ADOLESCENTE

La sexualidad es una característica innata del ser humano que se manifiesta a través de su forma de ser, pensar y actuar. La manera como es abordada, vivenciada y socializada es trascendente y repercute en el transcurso de su vida.

Álvaro Campos evidencia que la sexualidad es un proceso inacabado que debe comenzar desde el momento del nacimiento y continuar durante toda la vida de la persona.

Para comprender el fenómeno y la realidad de la sexualidad humana es preciso señalar que los discursos y prácticas de la sexualidad han estado sujetos a profundos cambios en cuanto a la manera como se le ha conceptualizado y vivido a través de la historia.

A partir de la revolución burguesa en el siglo XVIII “se confisca la sexualidad de hombres y mujeres, la encierra y la absorbe en la seriedad de la función reproductora”. (Burín, 1998:87)

El sexo se reprime porque es incompatible con la nueva moral social: la ética del trabajo. Se estableció la vigilancia, el control y sometimiento de los individuos a partir del sexo con predominio de lo masculino en la vida social, económica y política. Se definen de manera opuesta los roles sexuales: lo *masculino* se asocia con lo fuerte, racional, agresivo y lo femenino con pasivo, afectivo, débil, concepción que la determinan instituciones como la familia, escuela, sociedad y especialmente la iglesia que ejerció enorme influencia.

Toda esta construcción en torno a la sexualidad determinó la elaboración de representaciones, imágenes, tabúes, mitos y creencias que en las familias tradicionales se siguen reproduciendo a través de prácticas sociales cotidianas que exigen a la mujer virginidad hasta el matrimonio, conservar el pudor, el recato, fidelidad, monogamia y maternidad (Campos, 2003)

El discurso represivo en torno a la sexualidad se fundamentaba en que la sexualidad humana tenía como fin la reproducción dentro del matrimonio, por lo que toda actividad sexual en la adolescencia como masturbación, pérdidas seminales nocturnas, iniciación

temprana y casamiento precoz, se reprimían por considerarlas físicamente debilitantes y socialmente pecaminosas.

Foucault (1997) señala que la sexualidad es evidentemente una construcción histórica que se ha modificado a lo largo de los siglos y a través de las culturas en donde el predominio de la moral católica ha ejercido poder y control. Se han manejado lemas como el que la mujer no es sujeto de sexualidad más que en relación a la reproducción y la maternidad cuyas características son la ternura, pureza y pudor.

Reich (1979) reconoce que uno de los grandes problemas que enfrenta el ser humano es el conflicto que existe entre el instinto moral que está dentro de sí y la presión de una incesante influencia social, represión que remite sus exigencias sexuales.

Para este autor, y de acuerdo con Freud, la función de la represión sexual anula tanto la individualidad como la creatividad, transformando al individuo en un elemento obediente en función de las necesidades del sistema socio político que se complementa con la represión económica.

Freud sostenía “que la sexualidad es una pulsión sexual. Si partimos de esto no se puede educar la sexualidad, reprimirla es posible pero la sexualidad seguirá manifestándose a través de síntomas que agobian al sujeto”. (Campos, 2003: 10)

“Hasta ya entrado el presente siglo[...]el destino vital de la mujer no era otro que casarse y tener hijos”. (Tenorio, 2000:17)

Sin embargo, se afirma que “La sexualidad no se limita a los cambios físicos y a la capacidad reproductiva que aparece en la pubertad, sino al conocimiento y a la actitud que asuma el sujeto para saberla disfrutar en forma sana y responsable”. (Pérez y Salem, 2000:37)

La sexualidad humana se encuentra dentro de un proyecto infinitamente más vasto que aquel de dar la vida y asegurar la continuidad de la especie, está en el corazón de la vida humana, radicalmente ligada a la relación, al deseo y por consecuencia a la realización del ser”. (Hamann, 1973:12)

La sexualidad está en la energía que nos motiva a buscar amor, contacto, a sentir calor e intimidad, se expresa en la manera en que nos sentimos, nos movemos, tocamos y somos tocados, es sobre ser sensual y sexual e influye en los pensamientos, sentimientos, acciones e interacciones. (Velandia, 1999:42)

Para concluir con lo descrito en los párrafos anteriores, la siguiente visión muestra el sentido de la sexualidad en toda su expresión:

La sexualidad es una relación social, por tanto el establecimiento y constitución de vínculos afectivos es consustancial a la experiencia sexual, la relación con el otro [...] la sexualidad integral implica un acto de responsabilidad en el sentido del cuidado que debemos tener con nuestros sentimientos, con nuestro cuerpo, con nuestra salud física y mental así mismo el cuidado que le debemos al otro. (Campos, 2003: 4)

## **2.2. EDUCACIÓN SEXUAL**

Es importante reconocer que una educación sexual adecuada amplía las aspiraciones personales y potencia el ejercicio del derecho a una sexualidad saludable, plena y una salud sexual y reproductiva segura.

Pérez y Salem aseveran que los progenitores deben ser la principal fuente de información sexual.

“los adolescentes se vuelven sexualmente activos por muchas razones: ampliar la intimidad, buscar nuevas experiencias, probar su madurez, mantenerse al nivel de sus compañeros, hallar un alivio ante las presiones e investigar los misterios del amor”. (Papalia, 1998:608)

El UNFPA (2006) menciona que los embarazos no planificados se presentan por la falta de conocimientos acerca de los hechos básicos de la reproducción y la falta de información con respecto a anticonceptivos. (MSP, 2007)

La sociedad regula lo que es aceptable o prohibido acerca de la sexualidad. La exhibición de distinto tipo de materiales audiovisuales como películas, videos, revistas incitan a los adolescentes a entrar al mundo del sexo, mientras que por otro lado, se les niega el acceso a programas de prevención de embarazo y sobre métodos anticonceptivos. (Pérez y Salem, 2000)

En una investigación sobre el tema, la mayoría de las adolescentes relaciona la sexualidad al plano netamente biológico sexual y ninguna al aspecto ético-valorativo. “El desconocimiento y desorientación las hace personas inseguras y poco equipadas para poder decidir sin temor a equivocaciones, si deben o no tener relaciones sexuales”. (Pérez y Salem, 2000:40)

En las entrevistas que realizaron Pérez y Salem (2000) en su trabajo investigativo afirman que las adolescentes al estar con su pareja sienten el deseo de contacto, empiezan con un intercambio de caricias que cada vez son más atrevidas y buscan el contacto directo con los genitales del otro. Llega un momento en el que surge la necesidad de mayor intimidad hasta llegar al coito y las relaciones sexuales ocurren sin haber tomado decisiones previas, por lo que algunos embarazos no son deseados. En otros casos estas relaciones son espontáneas y de mutuo acuerdo, llevadas por el deseo y la impulsividad.

Además concluyen que la primera relación sexual está llena de temores y tabúes en la mujer. En cambio en los varones se pone en juego su valía personal y se prueba su virilidad. Sin embargo manifiestan que el deseo es el mayor motor para tener relaciones sexuales y otros factores menos significativos para su iniciación sexual constituyen los problemas familiares, la presión social, la curiosidad, el tenía que darse, etc.

También mencionan que el medio cultural no es equitativo, porque se incentivan conductas sexuales en los hombres a temprana edad para hacer valer su virilidad y por otro lado cuidan con recelo a las mujeres para que se mantengan puras y virginales. “El hombre debe desarrollar su sexualidad, la mujer reprimirla”. (Pérez y Salem, 2000: 82)

Los adolescentes crecen con mitos acerca de la sexualidad, por lo que es necesario que el niño y el adolescente tengan conceptos claros y ejerzan su sexualidad de manera segura, con los conocimientos suficientes para que no busquen información en otras fuentes de dudosa precisión.

“La planificación familiar es un derecho del ser humano que se debe convertir en un deber, por cuanto el nacimiento de un hijo puede poner en peligro la vida de la mujer como la del nuevo ser, ocasionando alteraciones en el equilibrio familiar y social”. (Pérez y Salem, 2000: 61)

Otra observación realizada señala que “la violencia sexual que tiene como protagonistas a adolescentes no es rara, el desconocimiento, el no valorar los riesgos, la baja autoestima, la

exagerada confianza en determinadas personas, etc, las convierte en potenciales víctimas de abuso sexual. La mayoría de las violaciones se producen por personas conocidas o familiares”. (Pérez y Salem, 2000: 47)

La educación sexual no es más que una engañifa que aumenta la confusión, pues parte de principios lógicos y huye de las legítimas consecuencias. Así se explica a las muchachas la naturaleza de la menstruación, pero se vela con sumo cuidado el misterio de sus excitaciones sexuales. Es la explicación meramente biológica de la vida sexual. A los adolescentes no les interesa saber como se juntan el óvulo y el espermatozoide para realizar el misterio de un nuevo ser viviente, al contrario se interesan por el misterio de sus excitaciones sexuales contra las que luchan desesperadamente [...] Pero qué argumentos lógicos podrían aducirse para impedir a los adolescentes el acto sexual, si se les dice la verdad que ya han llegado a su madurez biológica para las relaciones sexuales y que sus preocupaciones y dificultades nacen del forcejeo de su sexualidad todavía insatisfecha?. (Reich, 1970:137)

Toda enseñanza de la sexualidad debe partir de las propias experiencias, vivencias, conocimientos con análisis crítico de los valores, sentimientos, actitudes y prácticas.

Arnaldo Gomenzoro y Elvira Lutz en el libro de Naranjo (2001), mencionan que la verdadera educación sexual no es pura y simple información sobre anatomía y fisiología genitales, ni tampoco solo transmisión de conocimientos relativos al tema de la sexualidad reproductiva: fecundación, embarazo, parto y puerperio.

Los autores mencionan que una Educación Sexual adecuada tendría como objetivos los siguientes:

- Alfabetizar educativamente a la gente con conocimiento veraz de aspectos de la sexualidad humana.
- Combatir los mitos, tabúes y supersticiones sexuales.
- Liberar a la gente de temores y angustias en relación al sexo.
- Facilitar el proceso de identificación sexual de los adolescentes.
- Ayudar a los padres y educadores para adoptar una actitud afirmativa ante la sexualidad humana.
- Ayudar a los padres y educadores a enfrentar el desafío que la sociedad de consumo les plantea.

- Ayudar a los jóvenes a enfrentar libre y responsablemente las incitaciones del ambiente que los induce a un ejercicio más precoz y más compulsivo de la sexualidad. (Naranjo, 2001)

En este contexto es importante tomar en cuenta como causales las características propias de la adolescencia como la dificultad para preveer, el pensamiento mágico, la dificultad para la toma de decisiones y las dificultades para comunicarse de manera asertiva y negociar.

Después de haber analizado la sexualidad en la adolescencia y debido a que en nuestra sociedad aún es un tema complejo para abordarlo con naturalidad, es importante visualizar el significado de la maternidad, para luego enfocarla en el embarazo y la maternidad adolescente.

### **2.3. VISIÓN HISTÓRICA DE LA MATERNIDAD**

A través de la historia se han ido modificando las prácticas y actitudes de la mujer en su rol de madre debido a los cambios socioeconómicos y culturales de cada región.

Parafraseando a Maturana (1993), las mujeres y hombres somos al mismo tiempo iguales y diferentes. Tanto el hombre como la mujer somos corporal y emocionalmente capaces en la realización de todas las dimensiones del ser y hacer humanos, pero biológicamente diferentes en lo referente a la procreación, pues las mujeres pueden embarazarse, dar a luz y amamantar a los hijos, mientras que los hombres no.

Sin embargo, de acuerdo al imaginario social dominante se atribuye que el rol de madre es inherente a toda mujer.

La sociedad ha asignado roles específicos al hombre y a la mujer, por lo que estas diferencias no dependen de nuestra biología sino de nuestro ser cultural, de la clase de vida humana que vivimos y de cómo se entrelazan en nuestro vivir humano ternura, sensualidad y sexualidad. (Maturana 1993:155)

“Desde etapas tempranas del desarrollo infantil, las niñas podrían transformar sus pulsiones también en deseos, pero fundamentalmente en el deseo de un hijo, como deseo paradigmático de la feminidad”. (Maturana 1993:207). Burín también señala que en la actualidad se observa “la demolición de la idea de familia como *nido* o como refugio [...] la pérdida del sentido de autoridad paterna y la puesta en crisis del *amor maternal* [...] Los

padres comienzan a perder su rol de educadores y de figuras de identificación únicas para sus hijos". (Maturana 1993:196).

Durante siglos la vida de las mujeres ha estado marcada por la maternidad. Tener un hijo era un "don divino", no tenerlo era mal visto y tenerlo cuando no se debía era dramático. (Burbano, 2004)

## **2.4. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Desde el imaginario social, los y las adolescentes carecen por lo general de conocimientos, actitudes y habilidades indispensables para el ejercicio responsable de su sexualidad.

Según la Organización Mundial de la Salud, el embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo, debido a las implicaciones bio-psico-sociales del binomio madre-hijo (Genovese, 2008)

Desde mediados de la década de los 70 la fecundidad global ha disminuido en América Latina en general y en la subregión andina en particular debido al influjo de factores socioeconómicos (urbanización, migración, industrialización, modernización), culturales (secularización de los valores, individualización de proyectos de vida, nuevos estilos de familia), de género (creciente inserción laboral y organización social de las mujeres) y tecnológicos (acceso a la información en general y el anticonceptivo). (MSP, 2007)

En este contexto de disminución de la fecundidad general, se debería esperar un descenso en la fecundidad de las adolescentes, situación que no se ha producido.

La tasa global de fecundidad general en la subregión andina cayó más de 1/3 entre 1975 y 2005, mientras que la fecundidad adolescente se redujo solamente en 6%, permaneciendo alta.

Actualmente existen alrededor de 28 millones de adolescentes en la subregión andina de los cuales el 51 % son hombres y 49% mujeres. De los 6.9 millones de adolescentes mujeres de 15 a 19 años, el 18% que corresponde a 1.2 millones ya son madres y están embarazadas.

En Chile y Ecuador en el periodo comprendido entre 1970 y 2005 se registra una tendencia al aumento de nacimientos de hijos de madres adolescentes. En la actualidad Venezuela, Colombia y Ecuador son los países en los cuales existe una proporción más alta respecto al total y alrededor del 20% de las adolescentes ya son madres o están embarazadas.

Según datos de América Latina es importante considerar las características socioculturales de la población de la subregión donde existen importantes proporciones de población indígena especialmente en Bolivia y Ecuador.

“El Ecuador tiene una de las más altas tasas de fecundidad en América del Sur, de la cual una tercera parte corresponde a adolescentes entre 10 y 19 años de edad.” (MSP, 2007:17)

Es así que en nuestro país el embarazo en esta etapa de la vida ha aumentado en los últimos años y constituye un fenómeno social importante derivado de la precocidad de las relaciones sexuales y el uso inadecuado de medidas anticonceptivas. (MSP, 2007)

Henry Guerra en el libro de Naranjo (2001) ratifica este hecho al señalar que en el Ecuador existen aproximadamente 350.000 adolescentes en gestación, ocupando el segundo lugar en Latinoamérica y que las niñas llegan a la pubertad a los 11 o 12 años e inician las relaciones sexuales entre los 14 y 19 años. Cerca del 80% de las adolescentes ya han tenido sus primeras relaciones sexuales antes de culminar el sexto curso. Esta información se desarrollará en los testimonios abordados posteriormente en los anexos correspondientes a las entrevistas.

Datos del Encuentro Demográfico de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) y el Ministerio de Salud Pública, revelan que la edad promedio de iniciación sexual en la mujer es a los 14 años y en el hombre a los 15 años. Se señala que 8 de cada 10 embarazos no son deseados, al igual que 8 de cada 10 chicas no retoman sus estudios después de dar a luz. (Genovese, 2008)

Un estudio sobre adolescentes realizado en Quito en el año 2006-2007 por CORPOSEGURIDAD, revela que el 13% de las madres jóvenes tuvo su primer hijo entre los 14 y 15 años y el 27% entre los 16 y 17 años. (Genovese, 2008)

El UNFPA (2007) señala que existen dos patrones que muestran situaciones diferenciadas, por un lado se visualizan sectores importantes que viven una realidad sociocultural y económica en la que el embarazo adolescente no está necesariamente conceptualizado como una problemática por los individuos y sus comunidades y más bien forma parte de las prácticas culturales, en donde existe una proporción creciente de embarazos adolescentes en el marco de la unión formal o consensual y posiblemente formen parte del proyecto de

vida de los y las adolescentes principalmente pertenecientes a grupos asentados en áreas rurales.

Por otro lado aparece un patrón por llamarlo de alguna manera más moderno y que se registra en contextos urbanos con una importante proporción de embarazos adolescentes no planeados o deseados y en situación premarital, en donde el embarazo no responde necesariamente a un proyecto de vida de los individuos sino más bien, lo interrumpe.

Esta realidad también la afirman Pérez y Salem (2000) quienes concluyen además que en este fenómeno social se aprecia que a menor instrucción escolar mayor proporción de madres solteras.

En el Ecuador según la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil ENDEMAIN (2006), el 25% de mujeres entre 15 y 19 años eran sexualmente activas con un promedio de 16.6 años de edad al momento de su primera experiencia, en relación inversa con el grado de escolaridad y solo 11% de ellas usaba anticonceptivos. Se estima que 20% ha estado alguna vez embarazada y que tres de cada cuatro embarazos terminaron en aborto. La tasa de nacimientos fue de 91 por 1 000 adolescentes de este grupo y representa 14% de la fecundidad total. El 18% de partos atendidos en el país son en mujeres menores de 20 años y entre 19 y 24% de los partos en hospitales estatales corresponde a menores de 19 años (INEC, 2002). Mientras que en el año 2010 las madres adolescentes entre 10 y 19 años representan el 20.28%.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en la Provincia de Pichincha, en el año 2009 en el área urbana, la población de madres adolescentes que dieron a luz representan el 16.1%, mientras que en área rural es del 18.41%.

En el Centro de Salud N° 4 de Chimbacalle en Quito, donde se realiza la presente investigación de campo, se encontró que en el año 2002 el porcentaje de madres adolescentes fue del 17 %, mientras que en el año 2010 se incrementó al 23%.

## **2.5. CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE**

Es importante reflexionar que la maternidad adolescente constituye un problema tanto a nivel individual como social, ligado a los riesgos biológicos y psicológicos relacionados con la falta de oportunidades a nivel educativo, laboral entre otros.

El embarazo debe ser el resultado del deseo de tener un hijo, del amor y la responsabilidad. (Pérez y Salem, 2000)

Las implicaciones sociales y económicas del embarazo adolescente son múltiples y afectan de manera determinante el futuro y el proyecto de vida de los y las adolescentes, pero especialmente de estas últimas.

Entre las implicaciones más importantes del embarazo adolescente destacan los riesgos de salud tanto para la joven madre como para su hijo/a, incluyendo los riesgos del aborto. Se enfrentan a múltiples obstáculos para continuar su formación escolar, el acceso a un trabajo se torna difícil lo que conlleva al riesgo de caer o continuar sumida en la trampa de la pobreza. Estos son algunos de los estigmas sociales que enfrentan las madres adolescentes. (MSP, 2007)

Los adolescentes no están en capacidad para la maternidad ni la paternidad, ellos están en un período en el cual es primordial su preparación como personas y seres sociales que contribuyan a la sociedad. (Pérez y Salem, 2000)

Al respecto Genovese (2008) afirma que los padres adolescentes no están en condiciones de proveer a su hijo de fuentes emocionales, económicas y educacionales adecuadas, ni de proporcionarle un ambiente social óptimo.

### **2.5.1. Consecuencias Biológicas**

En el momento en el que los y las adolescentes inician su vida sexual antes de haber logrado su completo desarrollo y maduración biológica, enfrentan complicaciones que ponen en riesgo la vida del binomio madre-hijo/a.

Pérez y Salem (2000) concuerdan que el cuerpo de la adolescente no está suficientemente maduro para engendrar. Señalan que en las chicas menores de 16 años, el riesgo es mayor, lo que se demuestra con las tasas elevadas de aborto espontáneo o de mortinatos (muerte del feto), así como obstrucción en el parto por la pelvis pequeña.

Según la Organización Mundial de la Salud, los adolescentes constituyen un grupo de alto riesgo debido a que están expuestos a embarazos no deseados, provocarse abortos clandestinos y a contraer enfermedades de transmisión sexual, etc.

La mayoría de jóvenes al conocer que se encuentran embarazadas, ocultan su realidad, por lo que el control prenatal es tardío o insuficiente, provocando consecuencias negativas para el nuevo ser. Sin embargo algunas adolescentes que acuden al control de su embarazo, manifiestan que su preocupación es exclusiva hacia la salud del niño y no hacia la suya. (Genovese, 2008).

En relación a las consecuencias biológicas, la autora antes citada menciona que el embarazo precoz puede provocar en la madre: Pre eclampsia, insuficiencia del mecanismo inmunológico adaptativo, síndrome de mala adaptación circulatoria, hipertensión arterial, desprendimiento prematuro de la placenta, anemia, infecciones urinarias, síntomas de parto anticipado, rotura prematura de membranas.

Otras investigaciones demuestran: sufrimiento fetal, perturbaciones en la actividad uterina, laceraciones del cuello uterino, malformaciones congénitas, paladar hendido, alteraciones en la formación y función de los distintos órganos del sistema nervioso, entre otros. (MSP, 2007)

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en el año 2007 destaca que en Colombia se encontró que la hipertensión inducida por embarazo es 5 veces más frecuente en menores de 16 años que en las de mayor edad.

En el libro de Papalia, Brown hace alusión a que “los problemas de salud de las madres adolescentes y sus hijos suelen ser el resultado de circunstancias sociales antes que médicas. Muchas de las madres son pobres, no tienen una nutrición apropiada y reciben poco o ningún cuidado prenatal.” (Papalia, 1998:626)

El UNFPA (2006), Rodríguez y Hopenhayn (2007) ponen de relieve que la reproducción en la adolescencia se relaciona con mayores probabilidades de morbi-mortalidad tanto para las madres como para los niños incluyendo en este segundo caso las complicaciones obstétricas y del puerperio.

En 56 países se determinó que las posibilidades de que las muchachas entre 15 y 19 años mueran debido al embarazo y parto son 2 veces superiores a las de una mujer entre 20 y 30 años y para las menores de 15 años los riesgos son 5 veces mayores.

Una fracción muy importante de la fecundidad registrada entre las adolescentes es no deseada lo que determina que las muchachas se sometan a abortos.

Al respecto se señala que anualmente unas 70.000 adolescentes de la subregión Andina se someten a abortos. Guzmán et al. (2001) reporta que a fines de los 90, el 82.5% del total de embarazos no deseados en adolescentes terminó en aborto en Colombia y el 68.8 % en el caso de Perú. (MSP, 2007)

Aunque no existen registros contundentes sobre el tema la evidencia disponible sugiere que en gran parte de los casos estos abortos son practicados por personal insuficientemente calificado y bajo condiciones de alta inseguridad que comprometen inclusive la vida de las jóvenes.

Se habla acerca del significado que debe darse a la palabra responsabilidad y lo importante que es brindarle la protección al nuevo ser asegurando que no morirá antes de nacer, pues la responsabilidad es responder al nuevo ser para que este llegue al mundo en condiciones adecuadas para no perecer en la miseria y la ignorancia; es no improvisar la maternidad y paternidad siendo adolescentes ya que no cuentan con las suficientes condiciones físicas, psicológicas y sociales. (Pérez y Salem, 2000)

Estos autores en sus investigaciones señalan que en América Latina las adolescentes embarazadas tienen grandes desventajas: a nivel educativo, su baja escolaridad disminuye las oportunidades de vida, en lo biológico acarrea problemas de salud para la madre y el niño y en lo social afecta la calidad de atención que el niño recibe de sus padres.

### **Factores de Riesgo para el Niño**

Existen consecuencias de tipo biológico que afectan tanto a la madre adolescente como a su hijo/a y ponen en peligro tanto su salud como la vida.

En relación a la salud infantil el UNFPA 2006 reporta que a nivel global los niños de madres adolescentes tienen probabilidades 1.5 veces más altas de morir antes de alcanzar el primer mes de vida.

En este grupo poblacional existe evidencia de un mayor riesgo de partos prematuros, parto obstruido, bajo peso al nacer, riesgos que son mayores en las niñas más pobres cuyo crecimiento no fue el óptimo debido a desnutrición. Esta información se desarrollará en los testimonios abordados posteriormente en los anexos correspondientes a las entrevistas a profesionales especializados en el tema.

Existen complicaciones referentes al peso bajo al nacer que puede incidir en problemas neurológicos y de salud. Estos problemas no siempre están relacionados con la edad sino con un cuidado y nutrición prenatal inadecuados. (Genovese, 2008)

En Colombia, Monterrosa (1996) encontró que el 36.4% de niños fueron pretérminos en adolescentes de 13 a 18 años. Además estos niños presentan: anemia, malformaciones (labio leporino), retardo de crecimiento intrauterino, entre otros. (MSP, 2007)

### **2.5.2. Consecuencias Psicológicas**

La mayoría de madres adolescentes enfrentan su embarazo en medio de conflictos personales y familiares que repercuten en su estabilidad emocional y la de su hijo/a.

Pérez y Salem (2000) afirman que debe haber un clima de afectividad, cariño y firmeza que ayudaría al éxito y felicidad de los y las adolescentes.

“las relaciones afectivas que establecen las adolescentes, son también el resultado de la búsqueda de cariño y orientación que no son proporcionados por el núcleo familiar.” (Pérez y Salem, 2000: 99)

Los autores mencionan que algunas adolescentes debido a que enfrentan problemas familiares, huyen con su pareja y se embarazan, mientras que otras buscan el embarazo para sentirse realizadas como mujeres.

Los adultos deben propiciar el razonamiento lógico de los adolescentes, haciéndoles entender que ser libre no significa liberarse de todo vínculo y poder hacer lo que le plazca, sino ser capaz de discernir y tomar decisiones adecuadas mediante un análisis exhaustivo de las opciones. (Pérez y Salem, 2000)

“Es habitual que algunas adolescentes asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida y pasan a reemplazar a sus madres, por lo que se ven privadas de las actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo y comportándose como hija-madre.” (Genovese, 2008: 25)

Las adolescentes al enfrentar el embarazo y en un entorno familiar adverso, lleno de críticas y juzgamiento, poco apoyo y quizá maltrato, sienten miedo, estrés, ansiedad y caen en un estado de depresión, baja autoestima, sienten culpa y vergüenza y por su mente pasan pensamientos negativos como el aborto y suicidio. (Pérez y Salem, 2000)

Genovese (2008) además afirma que en estas adolescentes embarazadas hay un mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional y repercusiones en su desarrollo integral.

Sin embargo la autora señala que algunas jóvenes al ser acogidas por sus padres o su pareja y con un ambiente familiar adecuado que les brinda soporte emocional, físico y económico superan esta etapa inicial de crisis por su embarazo.

“La madre adolescente no tiene un orden de valores que le permita priorizar problemas o soluciones, razón por la cual se enfrenta a emociones encontradas: por una parte si logra cuidar bien a su hijo se sentirá satisfecha como madre, de lo contrario se sentirá frustrada al no poder hacer lo mismo que una adolescente sin hijos y el tener que abandonar su grupo de amigos e interrumpir sus estudios le resulta significativo”. (Genovese, 2008: 30)

Las personas que vienen de una familia donde la relación físico-afectiva entre sus miembros ha sido estable, tenderán a reproducir este comportamiento en su vida adulta, en la búsqueda del placer a través del contacto físico con personas que la estimen, valoren y quieran, mientras que “los hijos nacidos de padres que no son adultos, ni maduros, ni responsables, tienen escasas posibilidades de ser hijos felices o de dar felicidad a los padres.” (Pérez y Salem, 2000: 55)

En consecuencia, los riesgos sociales y psicológicos de los hijos de madres adolescentes pueden resultar más perjudiciales que los mismos biológicos citados anteriormente.

### **2.5.3. Consecuencias Sociales**

La sociedad estigmatiza a la madre adolescente, pues la considera como un ser que se encuentra en proceso de maduración y que es incapaz de enfrentar su nuevo rol.

“De pronto, sus vidas que transcurrían sin mayores preocupaciones, con la alegría propia de la edad, de sueños e ilusiones, de reuniones y paseos, se ve bruscamente interrumpida por un acontecimiento, el embarazo”. (Pérez y Salem, 2000: 42)

Entre los factores que generan el embarazo adolescente se pueden señalar: inicio precoz de las relaciones sexuales, familia disfuncional, bajo nivel educativo, pensamiento de inmunidad ante el embarazo, la promoción de los medios hacia la libertad sexual, entre otras. (Genovese, 2008)

El UNFPA (2007) destaca que el inicio temprano a las relaciones sexuales así como la maternidad temprana son más comunes entre los estratos menos favorecidos como son las poblaciones que viven en la pobreza, con bajos niveles educativos y más en áreas rurales.

Como lo indica Pérez y Salem (2000) en sus observaciones realizadas, se evidencia que para muchas madres adolescentes sin pareja, el estigma social que implica el ser madre soltera la acompañará durante toda su vida.

#### **a) Repercusiones Educativas**

La madre adolescente enfrenta situaciones adversas en el ámbito educativo que limitan sus aspiraciones de superación y modifican sus proyectos de vida y metas personales.

Muchas adolescentes al enterarse de su embarazo abandonan sus estudios y otras bajan su rendimiento académico, lo que conlleva consecuencias sociales y económicas. (Genovese, 2008)

“Las madres sin escolarización tienen un promedio de 3,7 hijos, mientras que las que han recibido educación superior tienen 1,9 hijos.” (Genovese, 2008:9)

En la investigación realizada por Pérez y Salem (2000) encontraron que todas las adolescentes tuvieron que dejar de estudiar tanto por imposibilidad física, como por vergüenza y temor. De las adolescentes que dejaron de estudiar y empezaron a trabajar, el 23% dejaron su trabajo por razones de salud, mientras que el 77% no tuvo ningún problema en seguir trabajando durante el embarazo.

Esta afirmación concuerda con Rice (1999), quien señala que las madres adolescentes abandonan sus estudios, tienen menor posibilidad de encontrar trabajo y las que lo hacen reciben salarios bajos.

En relación a su inclusión en la sociedad, esta se torna compleja, especialmente en lo educativo, debido a que en algunas instituciones escolares les prohíben su ingreso, o las relegan a horarios nocturnos. (Naranjo, 2006) Aunque en la actualidad y de acuerdo al Código de la Niñez y Adolescencia algunos establecimientos ponen en vigencia la Ley que ampara a este grupo poblacional y ellas pueden continuar sus estudios.

Aunque existe evidencia de que el embarazo no es la principal causa de abandono escolar, su incidencia no es despreciable. En Bolivia y Chile el 14 y 15 por ciento del abandono

escolar de las muchachas que cursaban la secundaria se debió directamente a que estas quedaron embarazadas. (MSP, 2007)

Sin embargo, el embarazo y el abandono escolar no siempre tienen relación. Así en un estudio realizado en Venezuela por la Encuesta Nacional de Población y Familia ENPOFAM (1998), se evidenció que muchas adolescentes abandonaban la escuela antes de iniciar una unión, embarazarse o ser madres.

En el Ecuador, de acuerdo a la encuesta ENDEMAIN (2006), se demostró que casi la mitad (45%) de las jóvenes entre 15 y 24 años que tuvieron su primer embarazo no estudiaban ni trabajaban al momento de embarazarse.

En el texto de Jorge Naranjo (2001) se menciona un estudio realizado por Susana Romero y Mónica Soto en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, en el cual se señala que por la presión social, institucional o familiar, la adolescente embarazada se ve obligada a abandonar sus estudios, creando un círculo de limitaciones para su crecimiento y desarrollo biopsicosocial, lo que se evidencia en las crecientes dificultades para alcanzar independencia y autonomía, generando altos niveles de frustración, mayor número de hijos, familias uniparentales centradas en la mujer y problemas socioeconómicos graves por lo que a este proceso se lo ha denominado como el ciclo de fracaso y la pobreza femenina.

Las autoras concluyen que el sistema educativo ha sido ineficiente para apoyar a la adolescente embarazada y que una respuesta común ha sido la exclusión ilegal de esta población de alto riesgo. (Naranjo, 2001)

### **b) Repercusiones Familiares**

Las implicaciones a nivel familiar ante un embarazo en la adolescencia son múltiples y se presentan reacciones de distinta índole como rechazo, falta de apoyo, acogida y protección, entre otras.

En el trabajo investigativo de Pérez y Salem (2000) se observa que casi la mitad de las adolescentes tuvieron problemas con su familia y que las madres de éstas jóvenes tienen una mejor aceptación del embarazo de sus hijas, que sus padres. Esto se debe a que los padres ven truncados los sueños que tenían para el futuro de sus hijas y además esperaban que las adolescentes en un futuro apoyen a la economía del hogar.

El 50% de las adolescentes modificaron sus planes de vida a causa del embarazo y vieron truncados sus proyectos y sueños.

Genovese (2008) menciona que muchas adolescentes embarazadas no cuentan con el apoyo de su pareja y terminan siendo madres solteras. Este factor hace que dependan moral y económicamente de sus padres, por lo que hay fracaso en la obtención de autonomía. Por otro lado la autora afirma que las adolescentes que se casan o conviven con su pareja tienen mayor probabilidad de que su unión sea inestable y terminen separándose o uniéndose a otra persona, lo que conlleva a mayor número de hijos y desencadena una serie de relaciones pasajeras y conductas de riesgo (promiscuidad), surgiendo así un deterioro de la condición de la mujer y la de sus hijos.

### **c) Reiteración del Embarazo**

Según el imaginario social, las madres adolescentes tienden a reproducir sus prácticas sociales y como resultado sus hijas adolescentes también llegan a ser madres precozmente.

Según el Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA (2007), el 67% de las madres adolescentes fueron hijas de madres adolescentes. Esta realidad la señala Genovese, quien indica que si la madre o algún familiar cercano tiene antecedente de embarazo en la adolescencia, este fenómeno tenderá a repetirse (transmisión generacional).

El embarazo adolescente genera mayor probabilidad de repetir embarazos en un intervalo corto de tiempo. “Las mujeres que han tenido un hijo antes de los 20 años, tienen un promedio de dos a tres hijos más que las que pospusieron su maternidad hasta después de los 20 años.” (Genovese, 2008: 32)

## **2.6. SIGNIFICADO DEL EMBARAZO PARA LAS ADOLESCENTES**

El embarazo en las adolescentes genera varias reacciones, para lo cual a continuación se presentan testimonios de estas vivencias recopilados por varios autores.

Según Perez y Salem (2000), si una adolescente se casa sin presión de ningún tipo sino por amor, su actitud ante el embarazo va a ser positiva. Sin embargo ocurre con mucha frecuencia que las adolescentes se “adelantan” y al saber de su embarazo su reacción es negativa y de rechazo ante el hecho. Los autores mencionan que en sus encuestadas, las

que no desearon su embarazo indicaron que su vida se vio interrumpida al igual que sus sueños, actividades y su futuro.

El UNFPA (2007) sostiene que algunas madres adolescentes señalaron que ellas simplemente no tienen los conocimientos y destrezas adecuadas para aplicar técnicas sencillas de cuidado y atención básica al recién nacido a lo que se suma la falta de apoyo de su pareja o familia.

Se concluye que casi todas las adolescentes encuestadas tienen un conocimiento seguro de que puede existir embarazo a partir de la menarquía, sin embargo se han dado cuenta que quedar embarazadas siendo aún adolescentes no fue una decisión adecuada. (Pérez y Salem, 2000)

#### **a) La pareja de la adolescente**

Es importante dentro del proceso del embarazo de la adolescente la presencia y el apoyo físico y emocional de la pareja como un factor protector del binomio madre-hijo/a. Varias son las reacciones que surgen en el adolescente al conocer de su paternidad.

Se menciona que en la mayoría de los casos (más del 50%) de las madres adolescentes existe falta de apoyo por parte de la pareja, que en un alto porcentaje también es adolescente. Estos demuestran poca importancia frente al embarazo, lo que se manifiesta por la falta de responsabilidad y cuidado hacia su pareja y al niño por venir. (Pérez y Salem, 2000)

En la Subregión Andina, según un estudio realizado por Madrid (2006) se enfoca el caso chileno de los padres adolescentes y menciona que la paternidad y sus tensiones afectan de manera diferente a los jóvenes dependiendo de factores socioeconómicos. Quienes fueron padres durante la adolescencia experimentan implicaciones importantes en sus trayectorias de vida, en términos de un menor logro educacional alcanzado y una mayor inserción en el mercado laboral a edades tempranas, entre otras. (MSP, 2007)

#### **b) Los padres de la adolescente**

El embarazo adolescente constituido como un problema social enfrenta a la mayoría de padres de la adolescente a circunstancias críticas en el ámbito económico, emocional y social.

Para Pérez y Salem, la mayoría de los padres y madres reaccionan de manera desfavorable ante el embarazo de sus hijas, pues las ven muy jóvenes y avizoran un futuro incierto para ellas y sus hijos. Algunos les quitan el apoyo por lo que las adolescentes abandonan el hogar paterno. El 80% de padres les acogen y terminan por aceptar esa realidad aunque sienten la afectación de su economía al tener que solventar los gastos del niño y en su trato cotidiano les hacen saber la vergüenza que sienten por el “pecado cometido” y la juzgan como la única culpable.

Genovese (2008) señala que la mayoría de las abuelas de los niños/as limitan el rol de la madre y se hacen cargo del menor, invisibilizando a su propia madre y padre. Las abuelas sienten que deben ayudar por lo que asumen esta responsabilidad en su totalidad.

En el siguiente capítulo se abordará de manera integral a los niños de 3 a 4 años considerando el aspecto físico, cognitivo, social y afectivo. Se hará énfasis en el aspecto conductual que es el eje de la presente investigación.

## **CAPÍTULO 3**

### **NIÑOS DE 3 A 4 AÑOS**

#### **3.1. INTRODUCCIÓN**

El niño es un individuo en proceso de crecimiento y desarrollo. Desde que nace, no es un ser pasivo impulsado a la acción tan sólo por estímulos del exterior. Por el contrario es activo y su comportamiento está organizado: siente y se expresa de diferentes maneras de acuerdo con su edad y sus características individuales.

La Organización Panamericana de Salud (1994) menciona que el niño está dotado de potencialidades que le permiten desarrollar una vida psíquica. Esta se inicia con el cuerpo en función de instrumento de sentir y actuar, que le aporta datos del mundo y de sí mismo, en su interacción con el medio, a través de su diálogo corporal con los otros, en donde se articulan las palabras y los afectos, trasponiendo el orden biológico al orden psíquico. Se estructura así la conciencia de sí mismo, la voluntad de ser.

Es a través de la interacción dinámica, entre el organismo y el medio del niño con su madre, que se produce el lento proceso de individuación o diferenciación primaria hacia la diferenciación completa.

Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta la adultez, lo que implica una visión dinámica, evolutiva y prospectiva del ser humano.

Por lo tanto es frecuente que los términos de crecimiento y desarrollo así como los conceptos que expresan, se entremezclen y empleen en forma conjunta, dado que ambos se refieren a un mismo resultado: la maduración del organismo, es decir se encuentran íntimamente ligados. En general todo crecimiento conlleva cambios en la función. (OPS, 1994)

“El niño nace con unas condiciones anatómo-fisiológicas y se realiza mediante la evolución, sufriendo influencias ambientales y especialmente relacionales”. (Barros y Bossa, 2001: 101)

### 3.1.1. CRECIMIENTO

La característica fundamental de todo ser humano y en este caso del niño/a es la de ser un individuo en crecimiento.

**Definición:** La Organización Panamericana de la Salud (1994) señala que el crecimiento es el proceso por medio del cual existe incremento de la masa de un ser vivo que se produce por el aumento del número y el tamaño de las células, los dos mecanismos operan con diferente intensidad en distintos momentos de la vida y contribuyen al crecimiento humano. Es decir que el crecimiento significa aumento del tamaño corporal: peso, talla, perímetros que son susceptibles de ser medidos numéricamente.

En el complejo proceso de crecimiento participan una serie de factores relacionados con el medio ambiente y con el propio individuo. En algunas circunstancias dichos factores favorecen el crecimiento, mientras que en otras lo retrasan. (OPS, 1994)

A pesar de que el ritmo de desarrollo varíe de un niño a otro, existen patrones de crecimiento universales por los que todos los niños deben pasar. (Barros y Bossa, 2001)

#### **Factores que regulan el crecimiento**

##### **1.- Preconcepcionales:**

- Nivel socio-económico ( desnutrición materna, madres solteras, escolaridad)
- Edad materna ( menos de 15 años )
- Antecedentes obstétricos desfavorables

##### **2.- Concepcionales**

- Intervalo intergenésico ( menos de 12 meses)
- Tendencia a repetir el evento desfavorable ( por ejemplo abortos repetidos)
- Poca ganancia de peso durante la gestación
- Hábito de fumar, consumo de alcohol o drogas
- Embarazo múltiple
- Enfermedades como: Pre-eclampsia, Hipertensión arterial crónica, diabetes, infecciones, hemorragia y anemia

### 3.- Post conceptuales

- Nutricionales
- Socioeconómicos: pobreza, baja escolaridad de la madre y familia, malas condiciones de saneamiento básico, tradiciones culturales negativas, hogares desorganizados
- Emocionales: carencia afectiva, maltrato físico y psicológico
- Genéticas

Las malas prácticas alimentarias, infecciones, privación de la lactancia materna, carencia afectiva y falta de estimulación psico-afectiva, inciden en mayor grado en el crecimiento y desarrollo del niño.

#### Características Físicas:

En este texto se abordará el proceso de crecimiento que experimenta el niño/a de 3 a 4 años en relación al peso y talla.

Meece (2000) menciona que según la teoría biológica de Arnold Gesell el niño es capaz de realizar un aprendizaje solo si está biológicamente listo y si aún no logra realizar determinadas actividades de acuerdo a su edad, significa que necesita más tiempo para madurar.

“Los cambios de estatura, peso, capacidad sensorial y habilidades motrices, el desarrollo del cerebro y los aspectos relacionados con la salud forman parte del desarrollo físico.”(Papalia, 1998:15) Estos cambios están íntimamente relacionados con la personalidad y la inteligencia.

<b>CRECIMIENTO FÍSICO ENTRE LOS 3 Y 4 AÑOS DE EDAD</b>				
<b>ESTATURA EN CENTÍMETROS</b>			<b>PESO EN LIBRAS</b>	
<b>EDAD</b>	<b>NIÑOS</b>	<b>NIÑAS</b>	<b>NIÑOS</b>	<b>NIÑAS</b>
3	95	93.12	32.25	31.25
3 <sup>1/2</sup>	98.12	98.12	34.25	34
4	100.62	101.25	36.5	36.25

(Papalia, 1998)

En esta edad las ganancias en peso y estatura son relativamente constantes, siendo aproximadamente de 2Kg y de unos 6 a 8 cm por año respectivamente. (Nelson, 1976)

Para Canova (1989) al final del tercer año los varones pesan como término medio 13.1 kg y tienen una talla promedio de 89 cm, mientras que las niñas pesan 12.8kg y miden 88 cm. El incremento en altura se debe casi exclusivamente al alargamiento de las extremidades inferiores. En relación al perímetro cefálico se produce el último aumento considerable antes de la pubertad.

La lordosis y el abdomen prominente tienden a desaparecer al llegar al cuarto año, al igual que las almohadillas de grasa debajo de los arcos normales de los pies. (Nelson, 1976)

### **3.1.2. DESARROLLO**

Es un proceso que permite alcanzar destrezas y habilidades para lograr el desenvolvimiento en las diferentes actividades de la vida diaria.

**Definición:** La Organización Panamericana de la Salud (1994) menciona que es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones.

Cada etapa del proceso evolutivo presenta comportamientos dominantes que le dan forma propia, pero no son estáticos sino tendientes a transformarse en la siguiente hasta alcanzar la forma definitiva de equilibrio y madurez.

En la interpretación de los procesos de desarrollo existen dos posiciones: por un lado se consideran los factores genéticos o constitucionales y por otra parte se enfatiza en los aspectos ambientales mirando al desarrollo como una forma especial de aprendizaje. Actualmente se interpreta como el resultado de efectos combinados de la naturaleza, el ambiente y la actividad personal del individuo, en donde se evidencia una integración de los cambios constitucionales y aprendidos que conforman la personalidad del ser humano.

El desarrollo es considerado como un proceso expansivo. A medida que el niño madura va conformando nuevas conductas que generan nuevos comportamientos a través de la interrelación personal y con el medio, en concordancia con sus posibilidades de realización.

Si bien el desarrollo normal es integral y armonioso, cada fase o cada función puede aparecer en tiempos distintos. Así, lo que un niño logra en un mes, otro lo realiza en un día. Esto se debe a la influencia compleja de diferentes factores. (OPS, 1994)

### **Factores que regulan el desarrollo**

En cada individuo, existen factores que potencian o limitan el desarrollo de sus capacidades, para lo cual se analizarán los más importantes.

Según la Organización Mundial de la Salud, en el Manual de crecimiento y desarrollo (1994) mencionan a Jean Piaget, quien postula cuatro factores que inciden en el desarrollo del niño, y estos son los siguientes:

- Hereditarios
- Del ambiente físico
- Del ambiente social
- De equilibrio

Este autor señala que no existe ninguna teoría suficientemente explicativa de los distintos aspectos del desarrollo ya que parten de bases empíricas diferentes y de perspectivas diversas.

### **Características del Desarrollo**

Piaget concluye que el desarrollo:

- Es un proceso integral, dinámico y continuo.
- Ordenado en sucesión de etapas o fases no arbitrarias o accidentales. Los cambios son previsibles.
- Cada fase es un soporte de la estructura posterior.
- Cada etapa se caracteriza por una organización basada en los niveles anteriores, pero cualitativamente original respecto de ellas.
- No hay una correlación exacta entre cada etapa y la edad cronológica, ya que el ritmo y la intensidad de las funciones son propias de cada individuo. En consecuencia pueden apreciarse aceleraciones o retrocesos en los diferentes aspectos del desarrollo.

- Las direcciones del desarrollo son céfalo- caudal, próximo distal y de actividades globales a las específicas.

Por lo tanto ni los factores genéticos ni los ambientales son absolutamente determinantes.

En consecuencia se define al desarrollo como un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción, cuyas constelaciones estructurales se modifican en un constante palpitante vital. Esto se traduce por un aumento de la autonomía del niño que le lleva progresivamente a ser más independiente, a la vez que se incrementa la capacidad de comunicación con su familia y la sociedad. (OPS, 1994)

### **3.2. CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO DE LOS NIÑOS/AS DE 3 A 4 AÑOS**

Para analizar el desarrollo de los niños de 3 a 4 años que constituyen el universo de estudio de la presente investigación se considerarán los siguientes parámetros:

- Motricidad
- Aspecto cognitivo
- Lenguaje
- Interacción social
- Desarrollo conductual

#### **3.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MOTRICIDAD**

En el desarrollo psicomotriz intervienen una multiplicidad de funciones neurológicas, psíquicas y sociales de complejidad creciente.

La evolución de la motricidad se produce a la par de las posibilidades de maduración. Un control motor se genera solamente si existe un desarrollo neurológico adecuado. (Barros y Bossa, 2001)

##### **a) MOTRICIDAD GRUESA**

Según el Manual de crecimiento y desarrollo del niño (OPS, 1994) y los autores Papalia, Gesell y Barros se señala que el niño a los 3 años de edad es capaz de:

- Pararse sin necesidad de mucho esfuerzo.
- Mantener el equilibrio con los talones juntos.
- Lograr el equilibrio momentáneamente en puntas de pie y mantenerse en un solo pie.
- Caminar alternando los brazos.
- Caminar en línea recta hacia adelante y hacia atrás largas distancias.
- Marchar y correr sobre la punta de los pies.
- Controlar la velocidad de su carrera a gusto, dar vueltas más cerradas y empezar a dominar las frenadas bruscas.
- Saltar una distancia entre 37 y 60 cm.
- Saltar en un solo pie y con los pies juntos hasta 30 cm.
- Saltar con varios saltos irregulares y otras variaciones.
- Subir y bajar una escalera sin ayuda y alternando los pies.
- Arrojar una pelota con las manos sin perder el equilibrio y atraparla con los brazos extendidos.
- Lograr un equilibrio neuromotor en el plano horizontal y vertical y sentir predilección por los planos oblicuos.
- Pedalear un triciclo en vez de subirse a un carrito y mover los pies primitivamente para avanzar.
- Desarrollar su percepción de la forma y ubicaciones espaciales, dependiendo de su adaptación postural.

Sus intereses motores cambian y prefieren analizar los objetos y su funcionamiento.

A esta edad existe un progreso céfalo-caudal por un dominio del equilibrio.

## **b) MOTRICIDAD FINA**

A esta edad existe un progreso significativo en la coordinación ojo-mano y en los músculos cortos.

La preferencia por una mano se la conoce como dominancia manual y esta se hace evidente cerca de los 3 años.

El niño a los 3 años de edad es capaz de:

- Inhibir y delimitar el movimiento en los dibujos.

- Hacer trazos menos repetidos y más definidos, aunque aún no podrán dibujar a una persona.
- Armar torres de 9 o 10 bloques y al colocar los cubos hacerlo lentamente pero con precisión, aunque necesita ambas manos para realizar una torre más alta.
- Doblar un papel en el plano horizontal y vertical, pero no en diagonal.
- Copiar un cuadrado e imitar el dibujo de un círculo y una cruz.
- Copiar modelos, pero aún necesita que alguien lo haga frente a él para luego poder realizarlo.
- Asir un objeto sin la necesidad de tocar la mesa, por ejemplo coger un cubo.
- Unir dos mitades de una figura que han sido separadas, esta capacidad de reorientación demuestra una organización mental más fluida.
- Tomar objetos pequeños como bolas con mucha facilidad.
- Soltar bolas pequeñas en un frasco.
- Vestirse y ponerse los zapatos, aunque le resulta difícil atarse porque deshace el lazo con la mano.
- Usar los botones para desabotonarse pero aún le cuesta abotonarlos.
- Pasar las hojas de un libro de una en una.
- Abrir y cerrar puertas.
- Optimizar el movimiento en sus dedos.
- Escribir imitando la manera de hacerlo del adulto, haciendo descansar el lápiz en el espacio de la mano entre el índice y el pulgar.
- Entretenerse con juegos más sedentarios y la manipulación del material de juego es más detallista.

### **3.2.2. CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS**

En la infancia todo lo que el niño logra explorar por medio de los sentidos está estrechamente relacionado con su desarrollo cognitivo.

“Las destrezas mentales como aprendizaje, memoria, razonamiento y pensamiento constituyen el desarrollo cognitivo” (Papalia, 1998:15). Este desarrollo está ligado al aspecto emocional y motriz.

“El crecimiento mental es un proceso de formación de patrones de conducta que determina la organización del individuo, llevándolo hacia el estado de madurez psicológica.” (Gesell, 1963:27)

Las teorías psicoanalíticas de Freud y Erikson explican que en cada etapa de maduración surgen impulsos, necesidades o conflictos que influyen en la manera como el niño se relaciona con su medio. Según esta teoría, la forma como el niño satisface sus necesidades en diversas edades, marca la pauta del desarrollo de su personalidad. (Meece, 2000)

### **3.2.2.1. Etapas del desarrollo cognitivo**

Las cuatro etapas mencionadas por Jean Piaget son: sensoriomotora, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales.

Este autor señala que todos los niños pasan por esas etapas siguiendo su orden pero no necesariamente todos a la misma edad. Además indica que el desarrollo se presenta mediante la interacción de factores innatos y ambientales. (Meece, 2000)

Basándose en esta teoría Judith Meece (2000) resume que para que se genere un aprendizaje es necesario de estímulos ambientales, los mismos que son recibidos por los sentidos, que los perciben y procesan, y por medio de la atención son guardados en la memoria de corto plazo. Posteriormente se codifica la información y se almacena en la memoria de largo plazo para ser recuperada las veces que sea necesaria.

En el desarrollo del presente trabajo investigativo, se tomará en cuenta únicamente la etapa preoperacional debido a que en ella se encuentran los niños de 3 a 4 años que constituyen el universo observado.

#### **Preoperacional:**

Según Piaget los niños de 2 a 7 años están en esta etapa de desarrollo, la misma que se caracteriza por:

- La capacidad de pensar en objetos, hechos o personas que se manifiesta mediante el empleo de símbolos, gestos, palabras, números e imágenes con los cuales representa la realidad que lo rodea.
- Alcanzar un pensamiento representacional que se basa en la capacidad de usar una palabra para referirse a un objeto real que no está presente.

- Lograr la imitación diferida, que es la capacidad de repetir una acción simple horas o días después de haberlo vivenciado y esta es una forma del pensamiento representacional. (Meece, 2000)

Las limitaciones del pensamiento preoperacional planteadas por Jean Piaget son:

- **Centración:** el niño se fija en un aspecto de una situación y descarta los demás.
- **Irreversibilidad:** el niño no entiende que una operación o acción puede realizarse de diferentes maneras.
- **Conservación:** solo se guían por lo que ven, tocan, escuchan, etc. Aun no desarrollan esta capacidad de entender que dos cosas que son iguales, al alterar su apariencia sigan siendo iguales. No logran asimilar que solo se cambió la percepción del objeto analizado y al no poder revertir estos procesos en su cerebro, no entienden cómo se desigualó lo que en un principio tenía simetría.  
Los niños/as que se encuentran en esta etapa pre-operacional no pueden conservar: número, longitud, líquido, materia, peso, área, volumen.
- **Enfocar en estados antes que en transformaciones:** el niño no entiende el significado de transformación entre estados.
- **Razonamiento transductivo:** el niño no utiliza el razonamiento inductivo ni deductivo; pues pasa de un aspecto particular a otro y ve la causa en donde no existe. Ejemplo: yo tuve malos pensamientos sobre mi hermano. Mi hermano está enfermo. Yo hice que mi hermano se enfermara.
- **Egocentrismo:** el niño considera que los demás perciben la realidad como él lo hace.
- **Animismo:** el niño atribuye vida a objetos inanimados.
- **Incapacidad para distinguir apariencia de realidad:** el niño confunde lo que es real con la apariencia exterior. Ejemplo: pensar que una esponja con forma de roca en realidad es una roca. (Papalia, 1998)

Para Miller las limitaciones del pensamiento preoperacional son tres:

- **Egocentrismo:** es la tendencia a percibir, entender e interpretar el mundo a partir del yo. El niño es incapaz de adoptar la perspectiva del otro, además se suscita un

monólogo colectivo que se basa en que los interlocutores no guardan relación alguna en la conversación.

- **Centralización:** se basa en fijar la atención a un solo aspecto del estímulo ignorando el resto, por ejemplo solo la altura o el peso y esto se ve reflejado en las pruebas de conservación que realizó Piaget.
- **Rigidez mental:** los niños son incapaces de realizar mentalmente procesos como la reversibilidad, solo consideran el antes y el después, no el proceso y su cambio o transformación. (Meece, 2000)

En esta etapa también se inicia el juego simbólico en el niño, que empieza con una acción con objetos reales como: beber de un vaso que no contiene agua, o usar un cubo como si fuera un automóvil.

### 3.2.2.2. Juego simbólico

El niño/a a través del juego logra expresar y manifestar pensamientos, sentimientos y emociones que le ayudan a comprender e incluirse de mejor manera en la sociedad que lo rodea.

**Definición:** Según Papalia (1998), es el juego en el cual un objeto representa algo más de lo que en realidad es.

Muchos expertos aseguran que el juego simbólico favorece el desarrollo del lenguaje, potencia las habilidades cognitivas, sociales y además promueve la imaginación y creatividad.

Desde los 2 hasta los 4 años de edad, el juego simbólico se desarrolla increíblemente, tanto en la organización como en la parte de dramatización. El niño representa lo que le resultó significativo o lo modifica para darle un final feliz. “Al jugar, aprende a vivenciar y a diferenciar la realidad de la fantasía, el yo del otro y a volver a significar la realidad conforme a su capacidad de asimilación”. (Barros y Bossa, 2001: 27)

El juego simbólico en esta edad presenta las características del pensamiento mágico, el niño da vida a objetos inanimados, les atribuye sensaciones y emociones. En este juego, el niño representa diferentes papeles, conversa con sus juguetes, aunque en realidad él esté hablando solo. (Barros y Bossa, 2001)

Según los autores, Barros y Bossa (2001), el juego, las dramatizaciones, dibujos o conversaciones suelen representar no solo el lado consciente del niño, sino los anhelos, aspiraciones o frustraciones que guarda su subconsciente.

“El juego se asemeja al sueño, reestructura contenidos inconscientes, adquiriendo formas oníricas de tratar la realidad interna sin perder el contacto con la realidad externa.” (Barros y Bossa, 2001:33)

### **3.2.2.3. Principios básicos del desarrollo cognitivo**

Dentro del proceso de crecimiento y desarrollo, el niño en forma progresiva logra alcanzar su madurez cognitiva que le permite comprender y modificar la realidad que lo rodea.

De acuerdo a Piaget los principios básicos para el desarrollo cognoscitivo empiezan con el *esquema*, que es la estructura básica del pensamiento utilizada para todo aprendizaje nuevo. Posteriormente se llega a una *organización* a nivel cognitivo en la que se crea sistemas que llevan juntos todo el conocimiento que ha adquirido la persona. En la siguiente fase se da la *asimilación* que es la integración de nuevos conceptos a los ya conocidos previamente, para llegar a un *ajuste o acomodación* que consiste en organizar los conocimientos, integrar lo nuevo que se ha aprendido y modificar el esquema o concepto anterior.

Es en base a todos estos procesos cognitivos que se restablece un *equilibrio*, ya que al lograr una modificación y organización de conceptos previos, se los incorporó al conocimiento actual.

El autor señala que el equilibrio “es una pugna constante para lograr el balance entre el niño y el mundo exterior, y entre sus propias estructuras cognoscitivas.” (Papalia, 1998: 37)

### **3.2.2.4. Teorías del aprendizaje**

Dentro del aprendizaje, existen varias teorías que visualizan al niño desde diferentes enfoques. Así tenemos:

#### **a) Conductismo**

Según Papalia (1998), el conductismo hace énfasis en el estudio de comportamientos y sucesos observables y toma en cuenta el rol que desempeña el medio ambiente para modificar o incidir en la forma de ser.

Las teorías conductuales propuestas por Watson, Skinner, entre otros, sostienen que el niño aprende nuevas conductas mediante los procesos de observación e imitación. Además basan sus teorías en la idea de que el desarrollo es un proceso gradual y continuo. El niño desempeña un papel pasivo en su desarrollo y se limita a responder ante los estímulos ambientales. (Meece, 2000)

#### **b) Constructivismo**

Esta teoría se fundamenta en la forma en que el niño construye su propio conocimiento del ambiente. Según estas teorías se menciona que el individuo es visto como elemento activo y no reactivo y hace énfasis en el cambio cualitativo. Además se interesan en “cómo los cambios en el comportamiento se reflejan en cambios en el pensamiento” (Papalia, 1998: 15)

#### **c) Cognitivo social**

Esta teoría del aprendizaje social propuesta por Albert Bandura afirma que el niño aprende conductas sociales no solo por observación e imitación, sino que es necesario que sepa procesar y almacenar la información relativa a las conductas sociales, además que prevea las consecuencias y controle su conducta personal. (Meece, 2000)

El autor trata de superar el modelo conductista mencionado que es una realidad que las personas adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental, pero tanto en la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no. Además señala que mediante un modelo social significativo se adquiere una conducta. Bandura menciona que la personalidad es una interacción entre tres factores: el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos.

#### **d) Histórico - cultural**

Esta teoría de Lev Vygotsky evidencia su concepto de *Zona Proximal del Desarrollo* en la que los niños aprenden de la interacción social con los otros, empezando con el adulto el cual debe dirigir y organizar el aprendizaje. Esta ayuda del otro o *andamiaje* se basa en un apoyo temporal de otra persona (adulto o niño), que potencie esa habilidad y de esta manera el niño paulatinamente va a requerir menor apoyo para dicha actividad, hasta que lo logre por sí solo. (Meece, 2000)

Hace hincapié en la idea de que la persona logra aprender a partir de la incorporación de la cultura y por las interrelaciones sociales. Además el medio para poder comunicarse de mejor manera con los demás es a partir del lenguaje.

Luego de haber realizado la descripción de las teorías del aprendizaje y para continuar con las diferentes facetas del desarrollo del niño, se abordarán los aspectos relacionados al desarrollo moral, emocional, lenguaje y socialización.

### **3.2.3. DESARROLLO MORAL**

El niño/a en su proceso de aprendizaje encuentra su primer contacto físico y emocional en el núcleo familiar donde observa un referente que le permite descubrir progresivamente lo que es permitido o no dentro de la sociedad.

**Definición:** Es la parte de nuestros sistemas de valores cultural y personal que se refiere a la manera correcta de proceder y realizar las diferentes actividades en la cotidianidad. Hace énfasis en el dilema entre el bien y el mal. La responsabilidad o justificación del comportamiento del individuo depende de cada cultura o sociedad en que se desenvuelve. (Ausubel, 1989)

El autor afirma que el desarrollo moral es clave para encajar en la sociedad, debido a que le sirve para mantener una conducta compatible con sus propios valores morales y con los de la sociedad en que vive.

Si los niños no aprendieran paulatinamente a dominar sus impulsos para adaptarse a las normas sociales aceptadas y adquirir control de sí, el proceso socializador sería lento, difícil e incompleto.

Jean Piaget menciona que el niño pasa desde un respeto unilateral al respeto mutuo de las reglas. Al principio los niños creen que las reglas son inalterables y que serán castigados si no las acatan, pero mediante la interacción con el otro entienden que se pueden modificar las reglas siempre y cuando el grupo completo las acate y con esto se logrará un juego justo. (Meece, 2000)

La autora cita a Kohlberg quien manifiesta que los niños y adolescentes que demuestran mayor desarrollo moral, son los que proceden de familias afectuosas, en las cuales los padres dictan normas de una conducta aceptable y explican el por qué limitan ciertas actitudes.

Además estos padres valoran a sus hijos individualmente y saben que tienen necesidades particulares y conforme a eso deciden las reglas que deben seguir. En estas familias se discuten problemas morales abiertamente para establecer un diálogo y saber la opinión de cada miembro.

### **3.2.4. DESARROLLO EMOCIONAL**

Esta característica se desarrolla en el niño/a progresivamente y existen factores que potencian o limitan este aprendizaje para su desenvolvimiento en su relación consigo mismo y con los demás.

**Definición:** Es un estado intensificado de experiencia subjetiva, acompañado de respuestas corporales y humorales.

El desarrollo emocional y el cognitivo se interrelacionan entre sí. Por esta razón, los niños pequeños revelan sentimientos intensos y bien diferenciados mucho antes de que su capacidad para pensar en forma lógica sea notoria. En resumen, las emociones preceden al razonamiento. (Ausubel,1989)

Para Roffey y O'Reirdan (2004), el autocontrol de las emociones se desarrolla de forma paulatina e irregular y está muy influido por la observación y la imitación, el niño no sabe qué sentir y mira al adulto para ver cómo reacciona ante determinada situación.

Para un niño de 3 años es difícil esconder sus emociones, pues aún se encuentra desarrollando una autorregulación ante emociones fuertes y abrumadoras. Debe existir un proceso para que estas emociones sean asumidas de manera aceptable sin llegar a estallidos de inestabilidad.

En ocasiones cuando se presentan explosiones de ira, ésta emoción puede ser interpretada como un malestar o ansiedad.

Los niños paulatinamente aprenden a expresar sus emociones de una manera acorde y aceptable según su cultura. Así por ejemplo si el niño es criado en un hogar donde existe una educación en valores, al ofrecerle comida y no tener hambre, dirá: no tengo hambre, en lugar de retirar el plato bruscamente.

A los 3 años un niño es capaz de entender sus emociones básicas como alegría, tristeza, enojo, etc., y también las de los demás. En ocasiones hará experimentos para observar las

reacciones de los otros, por ejemplo, hará reír a sus amigos o quitará un objeto a propósito a alguien.

Estos autores afirman que las influencias negativas en el desarrollo emocional de los niños se resumen de la siguiente manera:

- Si la persona más significativa para el niño, no satisface sus necesidades básicas de aceptación, afecto y seguridad, esto repercutirá en su desarrollo y en el control y expresión de sus emociones.
- Es probable que las madres insatisfechas consigo mismas, tengan hijos inseguros y con problemas de relación con los demás. Son propensos a tener problemas de conducta.
- Cuando existen problemas dentro de la familia, los efectos en los niños pequeños suelen evidenciarse como frustración, tensión, irritación y ansiedad.
- En el caso de que uno de los progenitores abandona el hogar, el niño puede sentir culpa y reproche. La persona que queda a su cuidado está afligida y no sabe cómo explicar lo ocurrido y el niño ve en la escuela su refugio de estabilidad emocional.
- Un niño que no ha tenido la oportunidad de jugar solo y con otros niños, va a tener dificultades debido a que mediante el juego él integra sus experiencias y sentimientos.

“Los niños cuya exploración está inhibida por emociones de miedo al fracaso o de ansiedad ante el castigo serán reacios a participar en el aprendizaje formal.” (Roffey y O’Reirdan, 2004:49)

Se evidencia que muchos niños a la edad de tres años ya tienen ciertos miedos en especial en la noche, a la oscuridad y a los monstruos.

Una de las causas de los miedos infantiles está representada en las situaciones en las que el niño siente amenazada su seguridad, al sentirse solo en lugares desconocidos u oscuros.

El miedo es un atributo imborrable de la naturaleza humana y no debe considerarse como una anomalía. El niño miedoso es así debido a que se ve frustrado en sus afectos. (Canova,1989)

El juego dramático y simbólico parece ayudarles a integrar sus recursos emocionales, a comunicar sus sentimientos más profundos y a utilizar perspectivas de resolución de problemas para hacer frente a las dificultades.

Meece (2000) menciona que las dificultades que sufren los niños con trastornos emocionales y conductuales son problemas de externalización, y sus acciones pueden ser agresivas, argumentativas, antisociales, antagónicas o verbalmente ofensivas. Aunque también algunos niños con estos problemas pueden mostrar dificultades de internalización como: depresión, retraimiento, ansiedad, obsesión y compulsión (acciones repetitivas y ritualistas).

Su inestabilidad emocional reflejada en estallidos de ira son breves, puede manejar sus explosiones emocionales mejor que antes y sobreponerse a los berrinches con mayor facilidad.

En ocasiones experimentan ansiedad prolongada y celos frente a otro niño de su misma edad o por la llegada de un hermanito y ante esta última, el niño puede mostrar una violenta angustia y reflejar inseguridad.

### 3.2.5. DESARROLLO DEL LENGUAJE

Los niños de 3 a 4 años ya no solo aprenden palabras sino que las usan. La palabra se separa del movimiento y sirve para designar relaciones, ideas y conceptos.

Barros y Bossa (2001) realizaron un análisis de los factores involucrados en el lenguaje y estos son:

- **Edad:** el lenguaje se va desarrollando paulatinamente y mediante la interacción con los demás.
- **Ambiental:** existen diferencias en el dialecto dependiendo de la región o la cultura en la que el niño se desarrolle, por lo que pueden existir “equivocaciones al hablar”.
- **Emocional:** en ocasiones resulta evidente que la expresión oral infantilizada del niño se genere por la necesidad de llamar la atención. Otras veces se debe a un refuerzo de la familia al repetir como un hecho gracioso el habla infantil del niño.

En cuanto al desarrollo del lenguaje, Gesell y Papalia afirman que el niño en esta edad es capaz de:

- Incrementar su vocabulario a un promedio de mil palabras. Casi en su totalidad son ininteligibles; su lenguaje se aproxima al del habla informal de un adulto, pues comete errores de sintaxis.
- Usar oraciones largas de estructura compuesta y compleja aunque muestra dificultad aún en los tiempos y modos verbales y sus oraciones largas son imperfectas.
- En cuanto a la pronunciación, su lenguaje es comprensible para personas ajenas a la familia, puede mostrar dificultad en pronunciar ciertas letras claramente, pero esto no debe verse como un problema que requiera de un especialista.
- Responder ante preguntas de acciones que observa en dibujos. En ocasiones completa una o varias oraciones empezadas por el adulto.
- Verbalizar su interés por adaptarse a las normas preguntando: ¿Está bien así?
- Expresar sus deseos mediante el lenguaje: Quiero hacer esto.
- Verbalizar sus limitaciones ante alguna acción: No puedo.
- Expresar su negativa ante alguna acción con una frase: antes lo hacía solo con el "No", ahora dice: no quiero, no tengo ganas.
- Hacer dramatizaciones donde él es protagonista, actor, locutor, presentador; esto lo hace más que por el gusto de dramatizar, por el placer de hablar, crear diálogos y verbalizar sus pensamientos.
- Con una instrucción verbal, modificar sus acciones a una velocidad impresionante. Este avance muestra una madurez psicológica en la que el niño transforma su accionar por una palabra que emite alguien que no sea él.
- Mirar un dibujo y enumerar algunos objetos con una o dos palabras descriptivas.

En relación al lenguaje, Barros y Bossa (2001) mencionan que los niños en esta etapa empiezan a incorporar en su vocabulario nociones de tiempo: presente, pasado, futuro.

Sin embargo, existen situaciones que generan la inhibición oral:

- Ansiedad para que el niño hable
- Nivel de exigencia por parte del adulto, quien espera que el niño utilice un lenguaje claro y que no se equivoque.

En conclusión, en el desarrollo del lenguaje intervienen diversos factores que favorecen o limitan su adquisición.

Se ha observado que las personas que tienen dificultad para hablar se ven impedidas de influir en los demás y en los sucesos del entorno. “La conducta problemática puede ser un medio de comunicación para aquellos cuyas capacidades lingüísticas están limitadas. La conducta parece ser un método de comunicación no verbal, pudiendo intentar transmitir diferentes tipos de mensajes.” (Verdugo, 2009:123)

Según este autor, cuando un niño empieza a hablar, tiende a llorar menos debido a que usa el lenguaje para expresar sus necesidades en lugar del llanto.

Los niños suelen reducir o eliminar conductas como gritos, llanto y agresividad cuando alcanzan una forma de comunicación sea verbal o gestual.

Numerosos estudios demuestran que los niños con un desarrollo comunicativo deficiente son más propensos a desarrollar agresividad u hostilidad. (Verdugo, 2009)

### **3.2.6. DESARROLLO SOCIAL**

El individuo es esencialmente un ser relacional, desde que nace es evidente la necesidad del niño/a por estar junto a alguien y comunicarse de diversas maneras.

El desarrollo social del niño empieza con un acercamiento hacia el otro en busca de un juego colectivo. Aunque en ocasiones a la edad de 3 años los niños tienden a jugar junto con otros en un mismo espacio físico, lo habitual es que cada uno juegue individualmente (Juego en paralelo).

La interacción social de personas de distinta edad es importante, debido a que se fomenta diferentes competencias de colaboración, respeto, comprensión y ayuda hacia los más pequeños. Además los niños que dominan el lenguaje, suelen facilitar el juego colaborativo y adaptarse de mejor manera en el grupo. (Roffey y O'Reirdan, 2004)

#### **El niño y el juego**

En esta edad se divierte mediante la exploración de su cuerpo y de los objetos, disfruta de la transformación de los juguetes usando su imaginación e imita las acciones de los adultos.

- Disfruta de los juegos de previsión como las escondidas
- Surge un juego cooperativo, pero también existen pleitos por un juguete determinado y nadie cede.
- Mediante el juego el niño dramatiza e imagina situaciones.
- Combina juguetes como cubos y autos y crea una historia convirtiendo los juguetes simples en autopistas, garajes, puentes, etc.
- Se muestra interesado en jugar con otros niños.
- En ocasiones acepta esperar su turno.
- Guarda los juguetes en su sitio bajo vigilancia del adulto.

La actividad lúdica se manifiesta como un factor importante en el descubrimiento y estructuración del propio yo. (Canova, 1989)

El proceso integral del desarrollo del niño, permite la construcción de su personalidad, la misma que es innata para cada uno de ellos. En el siguiente tema se abordará la conducta.

### **3.2.7. CONDUCTA**

El niño/a expresa sus necesidades y deseos a través de actitudes y comportamientos que responden al entorno en el que vive o al mundo de estímulos que lo rodean, por lo que existen factores que posibilitan o inhiben su proceder.

**Definición:** Para Davini, Gellon y Rossi (1978), son las acciones del ser humano en relación con el medio, manifestándose como una búsqueda de equilibrio.

La conducta no solo implica acciones observables exteriormente, sino también todos los procesos internos propios del individuo.

Siempre surge una necesidad y con ella una conducta que pretende satisfacerla a través de la interacción con los demás. A lo largo de la vida, cada persona va desarrollando una forma peculiar de conducirse, de vincularse con el medio gracias a la interacción social.

El comportamiento es lo visible de la personalidad, es una manifestación del individuo, de su yo. Y éste se evidencia en tres áreas: social, intelectual y corporal.

Las actitudes del niño de 3 años son similares a las de los chicos de 13 años que se están acomodando a la adolescencia y que le resulta difícil cortar con la protección de los padres. Buscan independencia pero siempre vuelven por ayuda de los padres.

La conducta puede verse reflejada en determinadas actitudes como lo afirman Roffey y O'Reirdan (2004) y son las siguientes:

- a) **Conducta que forma parte de una dificultad de aprendizaje o de lenguaje:** el niño no comprende lo que le dicen y por lo tanto no acata las normas, por lo que puede verse como un niño inmaduro para su edad. Algunas conductas reflejarán su incapacidad de comunicarse con los demás.
- b) **Conducta que surge de unas interacciones sociales de baja calidad:** el niño que no ha tenido la oportunidad de relacionarse con otros niños se pelea con frecuencia, trata de imponer su voluntad en los juegos.
- c) **Conducta perturbadora:** cuando al niño desde el hogar no se le impone límites, puede mostrarse desorientado y refleja un mal comportamiento para llamar la atención del adulto (berrinches).

### 3.2.7.1. Conducta Adaptativa

El niño/a adopta diversos comportamientos a partir de los estímulos internos y externos que recibe, por lo que modifica sus actitudes dependiendo del medio en el que vive.

**Definición:** es considerada como el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para poder desenvolverse en su vida diaria. (Verdugo, 2009)

El autor señala que dentro de la conducta adaptativa existen tres fases: conceptual, social y práctica.

- a) **Conceptual:**
  - **Lenguaje (receptivo y expresivo):** analizado en los párrafos anteriores.
  - **Autoregulación:** existen periodos muy importantes en los que el niño adquiere autocontrol, iniciativa y sus acciones tienen una finalidad.

Erikson (1989) menciona que a partir de los 3 años el niño logra la autorregulación, esta se basa en el “control del propio comportamiento para adaptarse a las expectativas sociales.” (Papalia, 1998:244)

Este autor además manifiesta que los preescolares son muy impulsivos y necesitan aprender a conciliar sus acciones con las de los demás, y cuando el adulto frena esa iniciativa se genera un sentido de culpa.

También señala que el niño logra adquirir un sentido de finalidad y dirección mediante la interacción social. Al pedirle mayor responsabilidad por sus actos y al no cumplir con las expectativas de los adultos, el niño se siente culpable. (Meece, 2000)

**b) Social:**

- **Interpersonal:** es la relación existente entre dos o más personas que permite la comunicación y convivencia.

- **Yo conmigo mismo:** En el texto de Papalia (1998), Anna Freud menciona que la personalidad del individuo es moldeada por las experiencias de la niñez temprana y que estas repercuten de por vida en el ser humano. Mientras que en el mismo libro Erikson (1989) sostiene que el desarrollo del yo se presenta a lo largo de la vida.

Dentro de este contexto, Sigmund Freud afirma que el desarrollo de la personalidad tiene un periodo crítico, pues según él hasta los 5 años se desarrollan las estructuras básicas de la personalidad infantil. (Meece, 2000)

“El desarrollo social y de la personalidad son los cambios en el estilo de comportamiento particular de una persona, sus sentimientos y su manera de reaccionar” (Papalia, 1998:15)

Disfrutan mucho de hablar consigo mismos.

Aunque disfruta del juego con los demás, también le gusta jugar solo o en paralelo.

- **Yo con el otro:** a esta edad se puede negociar transacciones recíprocas con el niño. Pueden entender que deben esperar o dejar de realizar algo placentero para obtener satisfacciones posteriores. (Gesell, 1963)

Tiene mucho entusiasmo por agradar y puede mostrarse muy dócil esperando la aprobación del otro.

Capta los estados emocionales del otro.

En las peleas con los otros niños, ahora prefiere recurrir al lenguaje que a la agresión física.

Judith Meece (2000) recalca la importancia de las relaciones con los compañeros, ella dice que el niño aprende a tomar decisiones y a resolver conflictos debido a la interrelación con niños de su misma edad o madurez. El grupo le permite al niño probar varios papeles e identidades y le da una retroalimentación que no podría obtener del adulto. Algunos estudios demuestran que las relaciones positivas con los compañeros mejoran los sentimientos de competencia, eficacia y autoestima.

Esta autora señala que los padres y profesores desean que los niños ayuden a los demás y que entiendan que a veces las necesidades de la gente son más importantes que las propias. Estas conductas prosociales aparecen a temprana edad, pues algunos lactantes ya muestran sensibilidad al llanto de otro bebé y cuando el niño crece, intenta calmar al que llora.

A los 3 años el niño muestra conductas prosociales como compartir, ayudar y cuidar, y a menudo esto ocurre espontáneamente sin presión social, esto se debe a las relaciones positivas con la familia. Otros estudios demuestran que si el niño observa que su familia tiene conductas prosociales, tenderá a imitarlas en el hogar y fuera de él (escuela).

- **Yo con mi familia:** Barros y Bossa (2001) mencionan que existen familias funcionales, las cuales incentivan el crecimiento de sus miembros y familias disfuncionales que limitan y bloquean a sus miembros.

Se denomina frontera al espacio personal de cada integrante de la familia, mientras más claramente estén definidas estas fronteras, será mejor la relación entre los miembros de la familia, debido a que se establecen límites, hay respeto, nadie se entromete en el espacio del otro y se van aprendiendo reglas de comunicación y relación y esto facilita que cada individuo se adapte al medio externo.

Según estos autores cuando la objetividad y las reglas no están claras en una familia, suelen surgir frases de decepción hacia los hijos y hasta culpan de su comportamiento a la herencia del esposo o esposa. Todo esto suele significar que en la familia no se permite el fracaso.

En lo referente a la interrelación entre hermanos y hermanas, se menciona que puede existir rivalidad entre ellos, pero también hay afecto, interés, compañía e influencia. Las observaciones de hermanos del mismo y distinto sexo muestran que cuando la diferencia de edad es entre uno y cuatro años, interactúan muy estrechamente. Se ha demostrado que los hermanos mayores muestran actitudes más pro-sociales que se basan en actuar a favor del otro sin esperar recompensa. “Los hermanos tienden a llevarse mejor cuando la madre no está con ellos: a menudo, las riñas buscan llamar la atención de los padres” (Papalia, 1998: 399)

- **Yo con mi cultura:** Arturo (2005) manifiesta que cada persona aprende en un contexto cultural determinado, adquiriendo las diferentes creencias, actitudes y prácticas en relación con otros, con quienes establece las más diversas formas de intercambio e interrelación social.

La cultura resulta ser generadora y mediadora de los modos de actuar de los individuos, “al establecer los límites y formas de adquisición de lo colectivo, en lo que se refiere a las competencias y habilidades para subsistir en un contexto.” (Arturo, 2005: 58)

Este autor ratifica que la socialización es el proceso por el cual el sujeto absorbe la cultura, se integra a la sociedad y establece su propia personalidad. Por medio de la socialización aprendemos a ser miembros de una comunidad y a interiorizar los valores y roles de la sociedad en que hemos nacido y viviremos.

- **Autoestima:** es la conciencia de una persona de su propio valor, el punto más alto de lo que somos y de nuestras responsabilidades. Es nuestro espejo real, que nos enseña cómo somos, qué habilidades tenemos y cómo nos desarrollamos a través de nuestras experiencias y expectativas.

La autoestima es un elemento básico en la formación personal de los niños. De su grado de autoestima dependerá su desarrollo en el aprendizaje. Cuando un niño adquiere una buena autoestima se siente competente, seguro, valioso, será responsable, se comunicará con fluidez y se relacionará con los demás de una forma adecuada. Al contrario, el niño con una baja autoestima no confiará en sus propias posibilidades, se sentirá inferior frente a otras personas, inseguro y se comportará de

una forma más tímida. En algunos casos desarrollará conductas agresivas y se alejará de sus compañeros y familiares.

- **Acatar las reglas:** es capaz de realizar encargos teniendo en cuenta las instrucciones de precaución dadas por el adulto.

En esta edad el niño/a ya ha empezado a comprender que debe esperar su turno para realizar determinada acción, incluso le gusta compartir sus juguetes.

Existen muchas competencias sociales que se relacionan con las actividades cooperativas como: escuchar, observar, prestar atención, respetar turnos, compartir, etc. “Los niños que han tenido la oportunidad de practicar estas conductas y han visto que les benefician, estarán motivados por colaborar porque, por experiencia, saben que de ello se derivan cosas buenas.” (Roffey y O’Reirdan, 2004: 31)

### **c) Práctica:**

Actividades de la vida diaria

- **Comida:** a esta edad el niño se alimenta solo y casi siempre termina su comida, puede servirse agua de una jarra y muestra interés por tender la mesa.
- **Vestido:** los niños muestran mayor facilidad al desvestirse, aunque a veces necesitan ayuda con el saco y la camisa. Pueden desabotonarse todos los botones de adelante y laterales, aunque al vestirse no distinguen la parte de atrás de la de adelante. Tienen dificultad al ponerse los pantalones ya que en ocasiones lo hacen al revés y al ponerse las medias es frecuente que el talón no quede en su sitio. Cuando se ponen los zapatos a veces se equivocan de pie.
- **Aseo:** en esta etapa el niño se lava las manos y se cepilla los dientes por sí solo. En relación al control de esfínteres, durante el día atiende a sus necesidades de evacuación casi por sí solo y trata de limpiarse aunque no lo logra con mucho éxito. El niño responde a las horas de rutina y menciona que va a ir al baño. Tiende a aguantar más tiempo de lo debido y algunas veces no alcanza a llegar a él. Empieza a dormir toda la noche sin mojar la cama, por lo que se mantiene seco sin necesidad de levantarse al baño.

- **Movilidad:** en los paseos, tiene definido el lugar al que va a llegar, a menudo puede rehusar la mano del adulto excepto en los cruces de calle.
- **Siesta:** en esta etapa de desarrollo, los niños cada vez duermen menos durante el día, aproximadamente realizan una siesta de una hora.  
Al acostarse a dormir en la noche, ya no necesita tener un juguete consigo para conciliar el sueño.

### 3.2.7.2. Conducta estética y artística:

El niño/a expresa su mundo interno a través de manifestaciones artísticas en las cuales plasma sus emociones, sentimientos y pensamientos, estos van ligados al estímulo que recibe del medio en el que vive.

En relación a la conducta estética, Arturo (2005) menciona que se basa en la asociación de procesos guiados hacia la actitud sensible, a la percepción. Por lo tanto sugiere que el modo cómo el sujeto percibe el mundo, lo interpreta y lo plasma es una forma de organizar el conocimiento y representación de su entorno.

El desarrollo de la conducta estética de los niños de 3 años es el siguiente:

Trazos más variados y rítmicos.

Surgen los primeros indicios de dibujo.

A menudo cubre la página entera con un solo color o con manchones de diversos colores.

A veces da nombre al producto final, pero rara vez es posible reconocer alguna semejanza.

El producto final le produce alegría y orgullo, exclamando: ¡Miren lo que hice!

Trabaja con mayor concentración y precisión.

No le gusta compartir el papel con los demás.

A menudo le pone nombre a lo que está haciendo. (Gesell, 1963:282)

Al referirse al desarrollo artístico, Arturo menciona que la persona se apropia de los elementos del mundo circundante, de técnicas y lenguajes artísticos, lo que facilita la creación de un mundo simbólico propio.

### **3.2.7.3. Conducta Inapropiada**

En el comportamiento del niño/a existen varios factores externos que favorecen una conducta adecuada o generan actitudes negativas que serán analizadas a continuación.

La agresividad infantil se genera en el niño al ser limitadas sus habilidades verbales y sociales. En general cuando se presenta esta actitud, la intención del niño no es causar daño al otro, sino únicamente obtener el objeto que desea.

Los niños de menor edad tienden a resolver un conflicto mediante la agresión física, mientras que los de mayor edad prefieren utilizar distintas formas de agresión verbal.

Meece (2000) menciona que el niño con conductas agresivas proviene de familias que se caracterizan por estar sometidas a condiciones estresantes, sean estos: problemas económicos, abuso de sustancias, disputas conyugales o trastornos mentales, lo cual limita la atención de los padres hacia su hijo y no le establecen límites en relación a lo que se le permite o prohíbe.

La autora manifiesta que cuando las relaciones entre progenitor e hijo se vuelven más tensas, algunos padres recurren al castigo físico para lograr la obediencia. Esta interacción impide la adquisición del control emocional, las habilidades académicas y la competencia social.

Según Barros y Bossa (2001), el adulto debe favorecer en el niño la verbalización, aclaración de dudas, estimulación, aceptación de reglas sociales, etc., pero no debe interferir en la actividad del niño, debido a que en condiciones favorables, el niño por sí mismo y por su iniciativa logra ejecutar movimientos básicos hasta ir reforzándolos y conseguir realizar los más complejos.

Con la finalidad de anticiparnos al análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación de campo se obtuvo únicamente la siguiente información sobre los/as hijos/as de madres adolescentes.

### **3.3. HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES**

Considerada la maternidad adolescente como un fenómeno social, es importante reflexionar que en el binomio madre-hijo/a se generan implicaciones de tipo biológicas, psicológicas y sociales que repercuten en el desarrollo del niño que es eje fundamental del presente estudio.

Judith Meece (2000) menciona que las madres que no reciben cuidados prenatales están tres veces más expuestas a dar a luz, niños de bajo peso que las que sí reciben atención desde el primer trimestre.

Señala además que debido a esta deficiente atención prenatal, los hijos de madres adolescentes por su poco peso al nacer, afrontarán muchas dificultades en la infancia temprana.

Al respecto, señala que el bajo peso al nacer también puede ocasionar la muerte en la infancia, debido a que sus sistemas inmunológicos no están plenamente desarrollados, por lo que los niños están más expuestos a contraer infecciones. Además afirma que los reflejos como el de succión por no estar muy desarrollados, le impiden alimentarse adecuadamente. Por otro lado, pueden presentar hipotermia, provocada por una menor cantidad de grasa corporal que impide retener el calor. Muchos de los bebés que nacen con bajo peso carecen de una sustancia llamada surfactante que protege a los pulmones, cuya deficiencia ocasiona en los bebés problemas respiratorios severos.

Meece (2000) expresa que las madres con ingresos bajos tienden a recibir menos atención durante los primeros meses de embarazo que las madres que tienen altos ingresos económicos.

En relación con el desarrollo cognoscitivo, la autora sostiene que en los años preescolares y de primaria, los problemas psicosociales y de aprendizaje se manifiestan generalmente en los hijos de las adolescentes, quienes durante la etapa de la adolescencia presentan más problemas de logro y de disciplina que los hijos de madres de mayor edad.

El bajo nivel socio-económico y educativo de las madres adolescentes, sumado a los otros problemas enunciados expone a que sus hijas reproduzcan el patrón de la maternidad adolescente, creando un círculo vicioso.

Estos hechos tienen similitud con estudios realizados en Latinoamérica y recopilados en el Plan Andino y fueron considerados en el capítulo de maternidad adolescente.

## **CAPÍTULO 4**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **4.1. Tipo de investigación**

Descriptiva: la investigación se circunscribió a la observación y descripción del comportamiento de los niños de 3 a 4 años hijos de madres adolescentes.

Se analizaron los factores que influyen tanto en el embarazo adolescente como en el desarrollo integral de los hijos de las madres adolescentes y el comportamiento de estos niños/as.

#### **4.2. Métodos**

En el presente trabajo de investigación se utilizó el método inductivo-deductivo que permitió analizar a las madres adolescentes, observar sus características específicas y el comportamiento de sus hijos, para finalmente llegar a definir en forma general cómo actúa este grupo observado.

#### **4.3. Población de estudio**

20 madres adolescentes.

20 niños/as hijos/as de madres adolescentes.

La selección de madres fue criterial y se efectuó bajo los siguientes parámetros:

- Edad: 15 a 17 años
- Nivel de educación: mínimo primaria
- Estado civil: soltera al momento de embarazarse
- Procedencia: usuarias del Centro de Salud #4 de Chimbacalle al sur de Quito
- Número de hijos: 2. Se observó al primero
- Con apoyo familiar y/o pareja

El perfil de los niños/as en estudio fue el siguiente:

- Edad del niño/a: 3 a 4 años
- Hijo/a de madre adolescente

- Usuario/a de Consulta Externa de Pediatría del Centro de Salud #4 de Chimbacalle
- No asiste a un Centro Infantil

#### **4.4. Técnicas**

- Documentales:  
Bibliográficas y digitales
- De campo:  
Observación directa intensiva focal (entrevista y guía de observación) con la finalidad de recoger información de la madre adolescente y su hijo/a

#### **4.5. Instrumentos**

- De las técnicas documentales:  
Fichas para recopilar la información de las diversas fuentes
- De las técnicas de campo:  
Guía de entrevista  
Guía de observación basada en la prueba que propone Arnold Gesell en relación al área afectiva y conductual. Se tomó en cuenta ciertos parámetros de conducta que propone Diane Papalia para la edad de 3 a 4 años  
Cuestionario

La aplicación de la guía de observación se realizó en tres sesiones por cada niño. Previamente se planificó situaciones donde los niños puedan desenvolverse naturalmente y socializar con adultos y otros niños mayores y/o menores.

#### **4.6. Recursos**

- 1) Humanos: la directora y las lectoras de la disertación, madres adolescentes y sus hijos/as.
- 2) Financieros: corren por cuenta de la investigadora
- 3) De infraestructura: la necesaria para la ejecución de la investigación
- 4) Equipos: computadora, impresora, cámara fotográfica
- 5) Materiales: materiales de oficina y didáctico

#### **4.7. PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN**

El escenario para el presente trabajo investigativo fue el Centro de Salud # 4, ubicado en Chimbacalle, al sur de Quito, y la población de estudio fueron 20 niños/as de 3 a 4 años de edad, hijos de madres adolescentes que acuden diariamente por demanda espontánea a la Consulta Externa de Pediatría de esta Unidad de Salud.

El proceso de selección de las madres empezó en el mes de enero del 2011.

En el Departamento de Estadística del Centro de Salud N° 4 se revisaron 200 historias clínicas de madres adolescentes de 15, 16 y 17 años cuyo parto fue atendido en el Centro Obstétrico de esa Unidad de Salud, de las cuales 84 tenían datos de información domiciliaria y únicamente 28 fueron localizables.

Se procedió a identificar y captar a 20 madres adolescentes, con hijos/as comprendidos entre 3 y 4 años de edad.

Se planteó a estas madres adolescentes el objetivo de este trabajo de investigación, se les invitó a participar y se enfatizó en la confidencialidad del mismo.

Durante el mes de mayo del 2011 se estableció un Cronograma para la atención médica de los niños/as en la Consulta Externa de Pediatría del Centro de Salud N°4.

Se realizaron tres observaciones a los niños/as.

La primera se realizó mientras los niños/as eran atendidos por el médico Pediatra e incluyó la toma de medidas antropométricas: peso, talla y examen clínico.

En ese momento se aplicó la encuesta a la madre. ANEXO 1

La segunda se llevó a cabo durante los meses de junio, julio y agosto del 2011 en el domicilio de cada niño de acuerdo a un cronograma establecido.

Existió dificultad en la localización geográfica del domicilio de la mayoría de los niños del estudio por la falta de precisión en los datos y por su ubicación en sitios marginales del área sur como : Guamaní, Ciudadela del Ejército, la Ecuatoriana, Mena 2, Chilibulo, Lucha de los Pobres, Argelia y otros de difícil acceso y riesgo por inseguridad como la Forestal y la Ferroviaria Alta.

Durante la observación de los niños/as en su domicilio se aplicaron diferentes técnicas que permitieron apreciar las actitudes y comportamientos de los niños en su ambiente familiar.

La tercera observación se realizó en un parque cercano al sitio de su residencia para evidenciar el desenvolvimiento de los niños en un ambiente de interrelación con sus pares y personas adultas. ANEXO 2

Adicionalmente, se realizaron entrevistas a la Dra. Diana Pérez y Dra. Sonia Burbano, profesionales que trabajan con niños/as y adolescentes en el Centro de Salud N° 4 y a la Dra. Dora Carrera y Dra. Cecilia Zurita en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, en donde brindan atención médica y apoyo psicosocial, con la finalidad de tener la mirada adulta en relación a estas adolescentes y sus hijos. ANEXO 3, 4 y 5

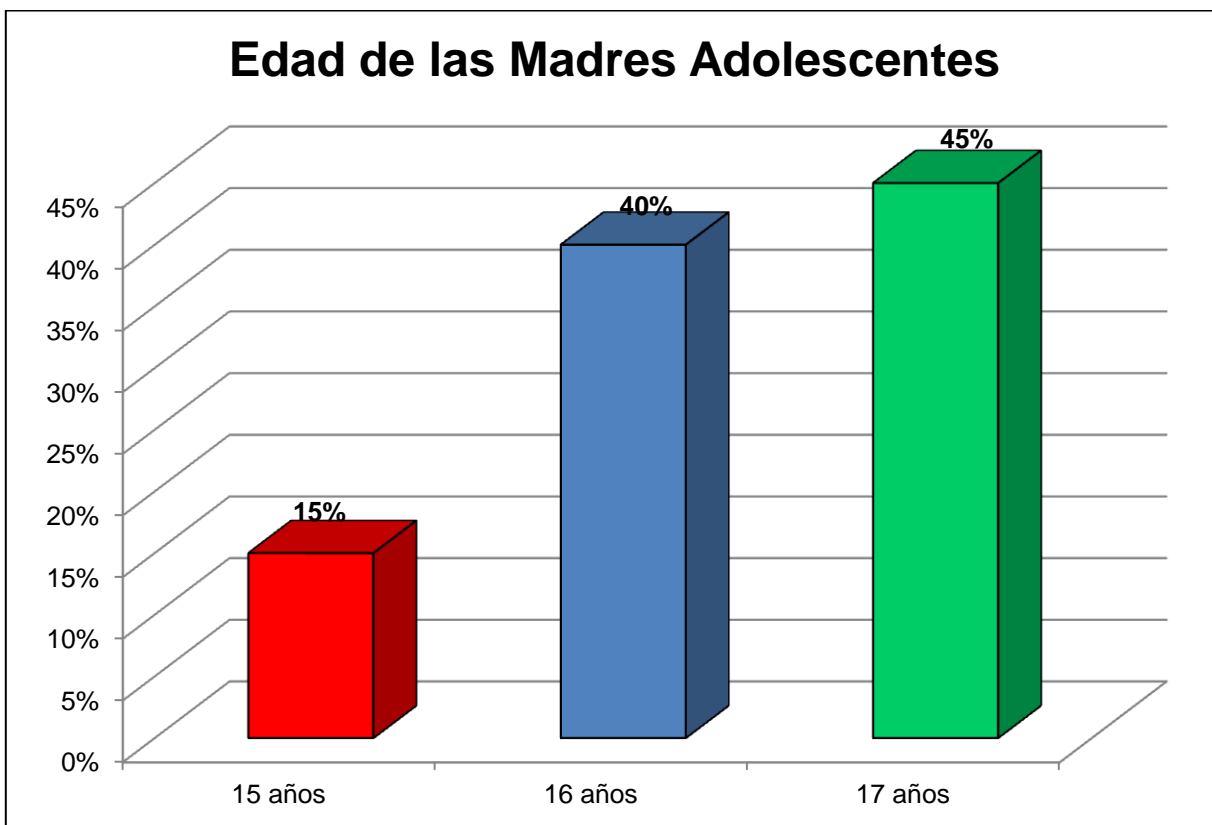
En la selección de los indicadores para la elaboración de las guías de observación se tomó en cuenta lo propuesto por Arnold Gesell en relación al área afectiva, conducta adaptativa, lenguaje y conducta personal social. El aspecto del desarrollo motor que propone el autor no se consideró debido a que se encontró una información más relevante sobre el tema en el libro de Diane Papalia, que enfoca la edad seleccionada para la investigación (3 a 4 años).

Se complementó el estudio con revisiones bibliográficas sobre el tema, que incluyó datos estadísticos, artículos, revistas, libros, etc.

Finalmente se procedió a la tabulación de los datos obtenidos para el análisis de resultados y la formulación de conclusiones y recomendaciones.

#### 4.8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

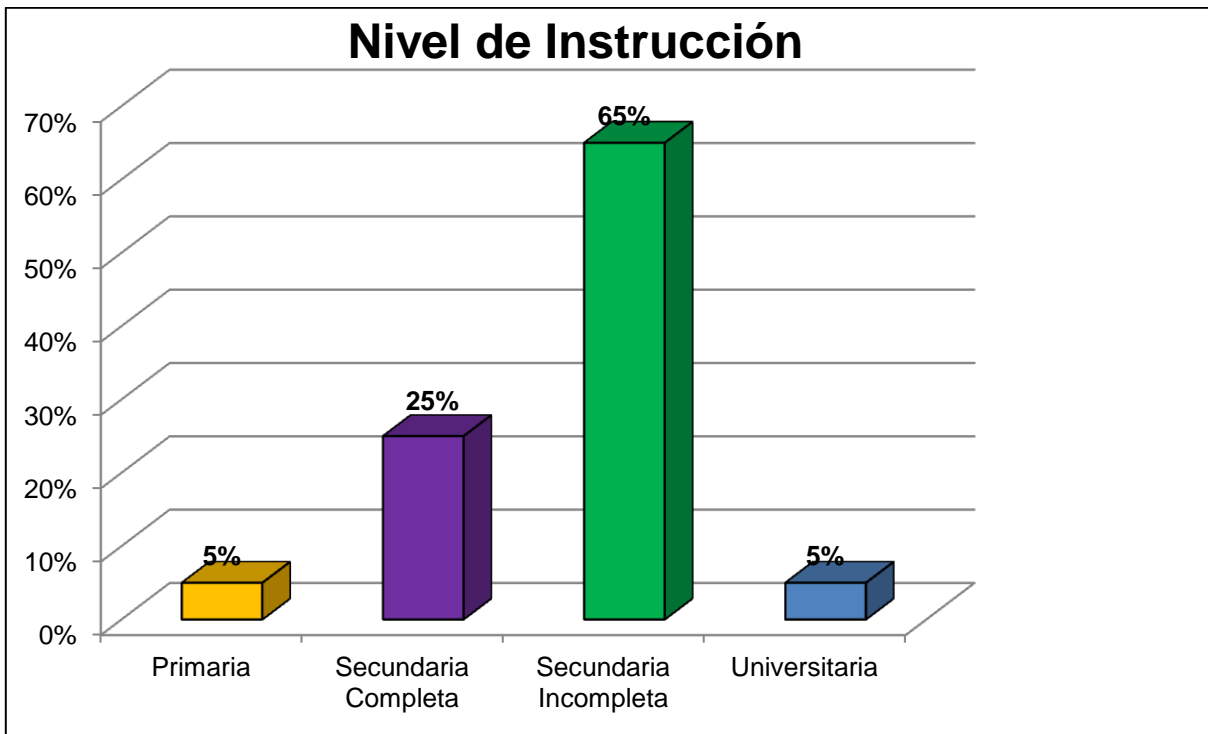
A partir de la observación de las actitudes de los niños/as y sus madres en diferentes momentos, se presentan los siguientes resultados:



En el presente trabajo investigativo el 15% (n=3)\* de las madres adolescentes tenían 15 años al momento de quedar embarazadas. Esta realidad tiene que ver con la precocidad del inicio de las relaciones sexuales.

El 40% (n=8) de mujeres observadas tenían 16 años y el 45% (n=9) 17 años de edad.

\* n: Número de personas del presente estudio.

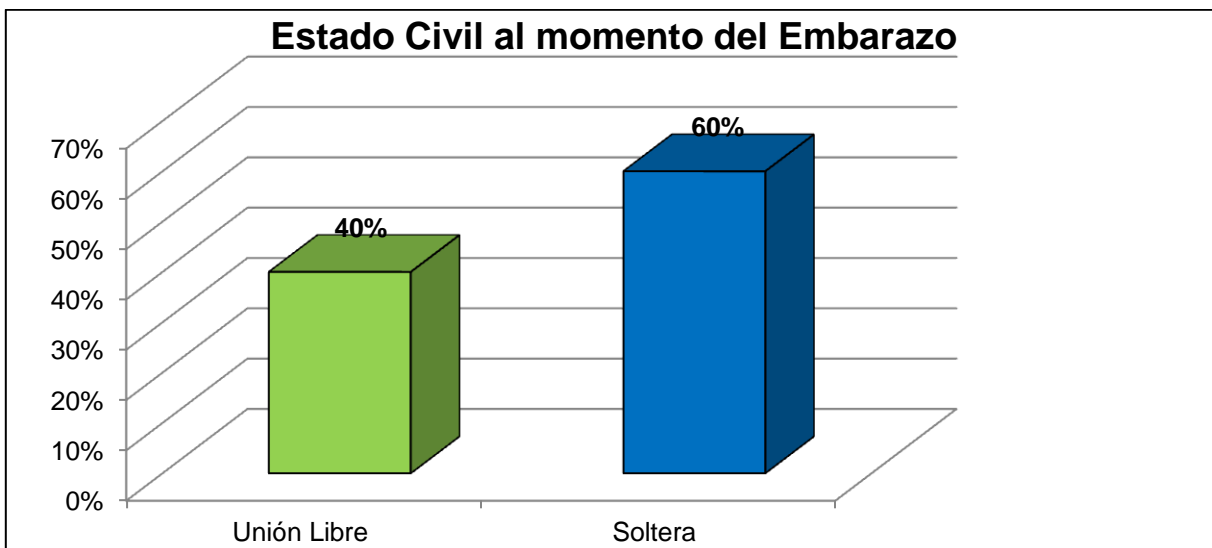


Como se puede observar en el gráfico la mayoría de las madres adolescentes del presente estudio, que representan el 90% (n=18) tienen instrucción secundaria (25% completa). La mayoría de las madres adolescentes observadas tuvieron que dejar de estudiar tanto por imposibilidad física, como por vergüenza y temor.

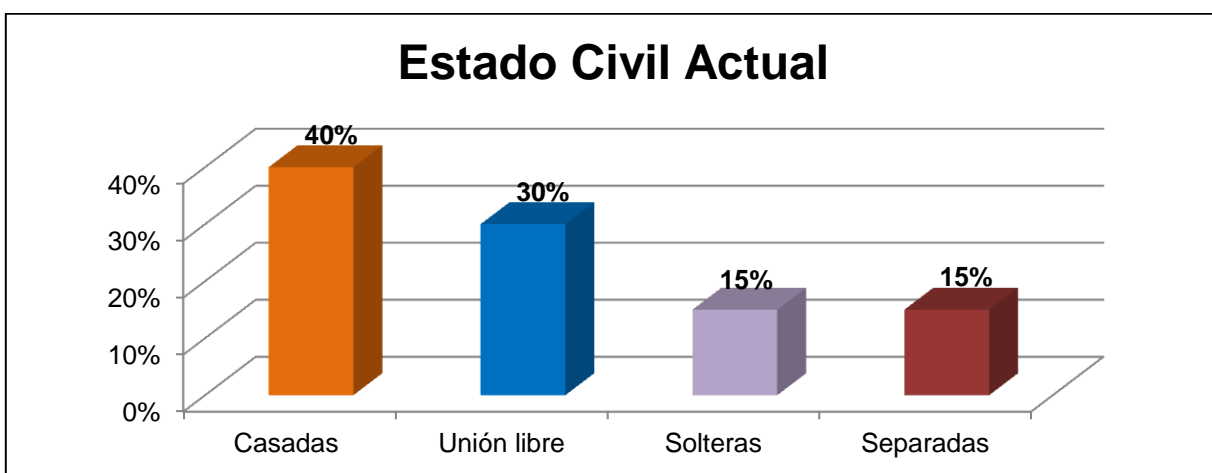
Sin embargo se encontró que a pesar de las dificultades económicas, la presencia de su hijo que demandaba su cuidado y de enfrentarse a la crítica de sus profesores o compañeras, este 25% (n=5) de madres adolescentes retomaron sus estudios después de tener a su hijo/a pues contaron con el apoyo de su familia y/o pareja.

El 5% (n=1) tiene instrucción primaria. En relación a esta problemática existe evidencia de que el embarazo no fue la principal causa del abandono escolar, pues se demostró que debido a su baja condición económica, el ingreso al campo laboral en forma temprana y el no tener como prioridad sus estudios, tuvo que abandonar la escuela antes de iniciar su unión, embarazarse y ser madre por lo que únicamente llegó a completar la instrucción primaria.

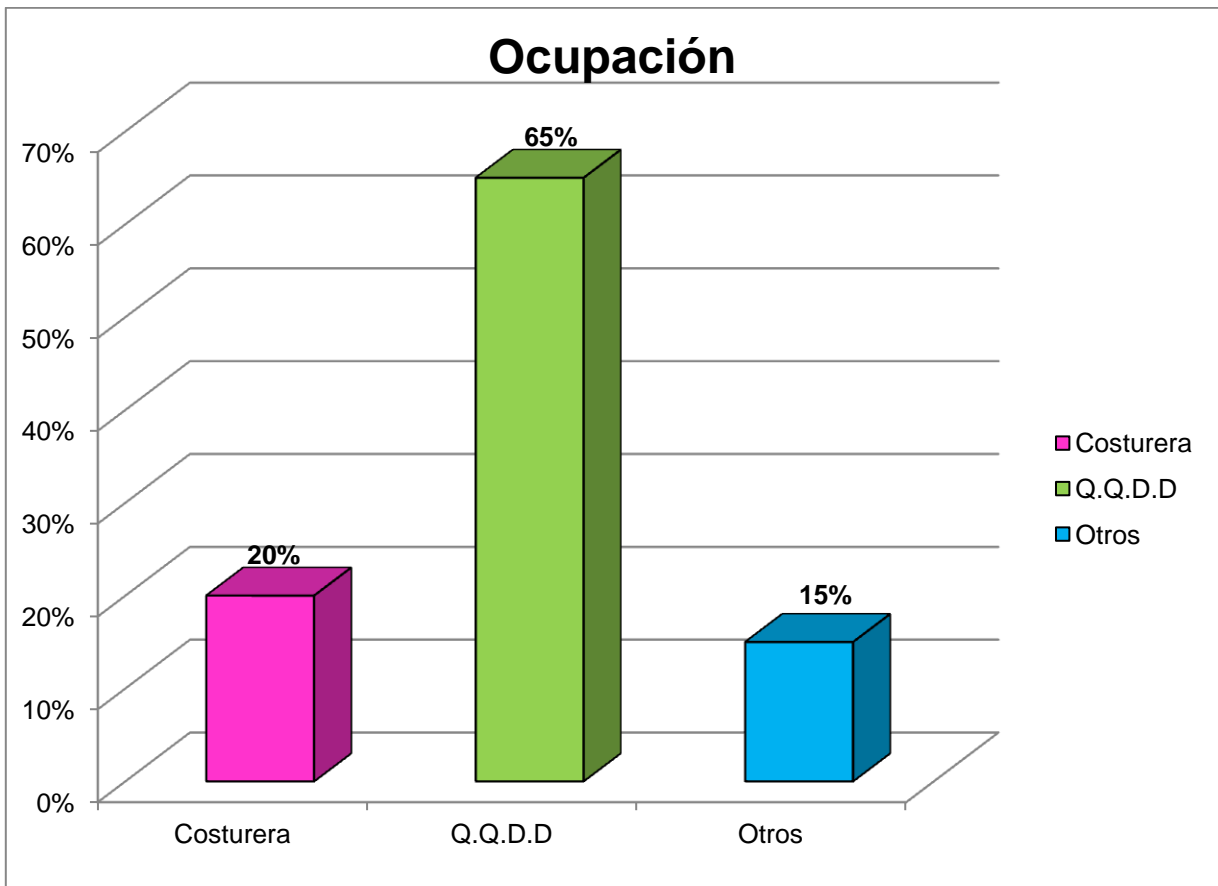
El 5% (n=1) retomó sus estudios y llegó a alcanzar un nivel de instrucción universitaria debido al apoyo de su familia y/o pareja.



El 40% (n=8) de las madres adolescentes vivían en unión libre al momento de embarazarse, mientras que el 60% (n=12) eran solteras. Esta situación y debido a la dinámica familiar se fue modificando tanto durante el embarazo como con la llegada del niño, por lo que al momento de esta investigación los resultados se grafican en el siguiente cuadro.

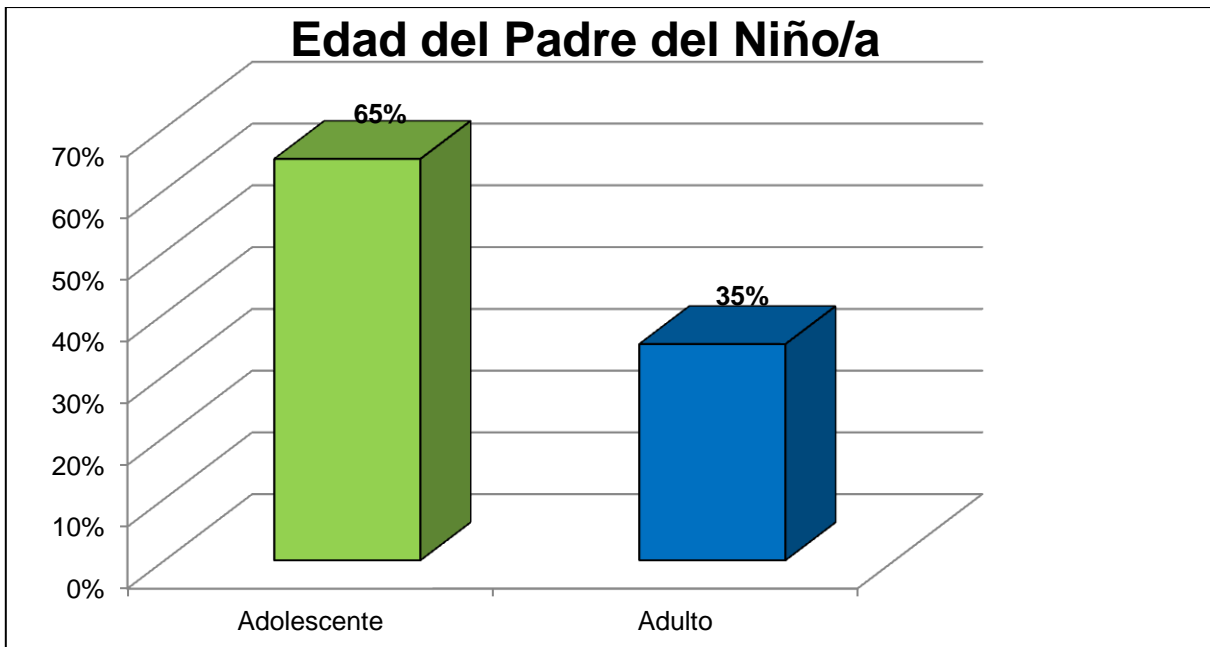


El 30% (n=6) vive en unión libre, un 40% (n=8) están casadas, el 15% (n=3) solteras y el 15% (n=3) restante están separadas, sin que eso implique que quien empezó en un determinado estado civil necesariamente se sigue manteniendo en el mismo. En esta observación se constató que las adolescentes que se casaron o convivieron con su pareja tuvieron mayor probabilidad de que su unión sea inestable y terminen separándose, o uniéndose a otra persona. Esta realidad determinó una serie de relaciones pasajeras, surgiendo así un deterioro de la condición de la mujer y la de sus hijos.



El 20% (n=4) de las madres adolescentes del estudio, al momento se encuentran trabajando de costureras, mientras que un mayor porcentaje de ellas que representa el 65% (n=13) se dedican a los quehaceres domésticos. De estas la mayoría viven en casa de sus padres de quienes dependen económicamente. Algunas señalan que prefieren quedarse al cuidado de la casa y de su hijo/a, mientras que otras manifiestan que no trabajan por falta de oportunidades para encontrar trabajo, pues debido a su nivel de preparación los salarios que perciben son bajos. Otra razón por la cual no trabajan es porque muchos empleos les demandan demasiado tiempo y no cuentan con apoyo para el cuidado de su hijo/a.

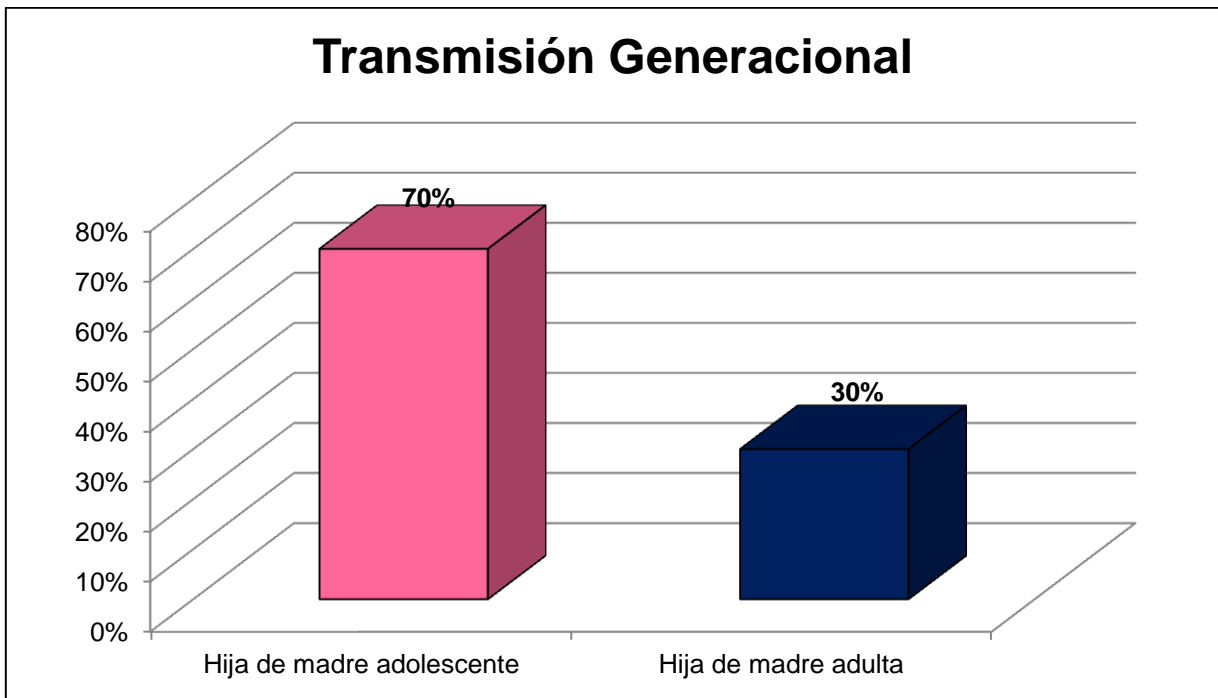
El 15% (n=3) de las adolescentes de este estudio están trabajando de cocineras, meseras, asistentes de limpieza que lo realizan a medio tiempo y cuyo horario les permite cuidar a su hijo/a y aunque el salario es bajo se sienten realizadas como mujeres y aportan en algo al sustento familiar.



El 65% (n=13) de las parejas de las madres adolescentes de este estudio fueron adolescentes, algunas de las madres encuestadas mencionan que su pareja demostró poco interés frente al embarazo y actualmente no cuentan con el apoyo por parte de él.

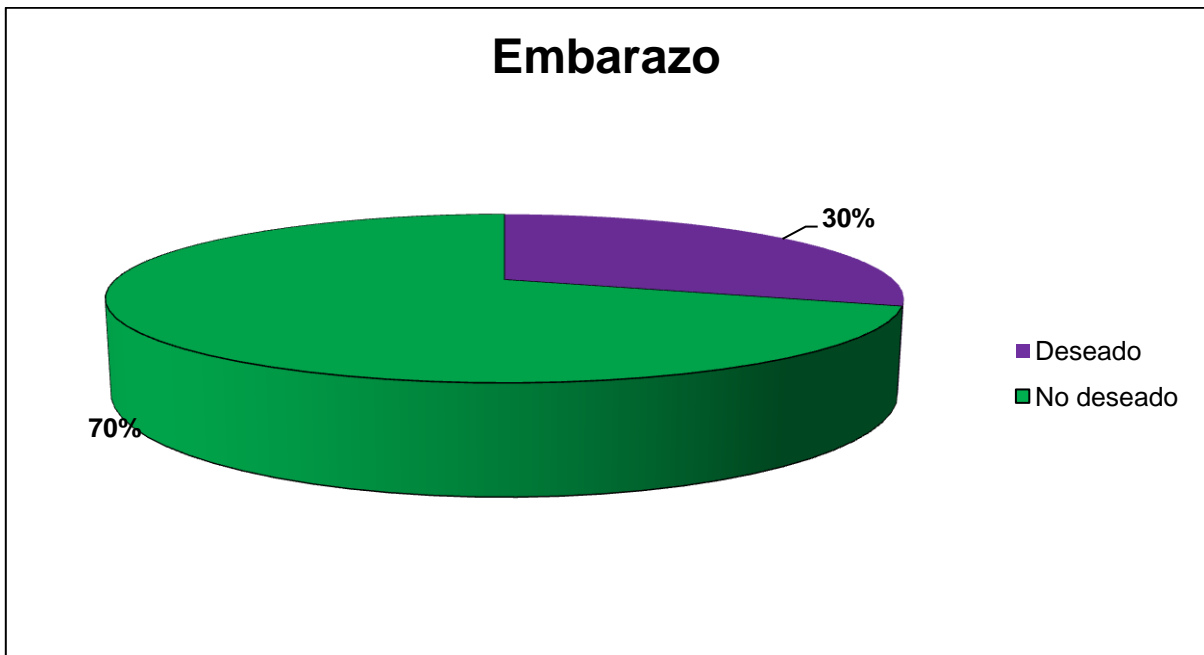
En relación a lo antes mencionado, se observó que algunos padres adolescentes dejaron de estudiar y se insertaron en el campo laboral para asumir especialmente en lo económico la responsabilidad que implica su hijo/a y su pareja. Otros que se separaron al conocer que su pareja se encontraba embarazada, lograron continuar sus estudios y volver nuevamente con su pareja para enfrentar esta realidad. Mientras que otros prefirieron desentenderse y escapar ya sea por presión familiar o por sentirse inmaduros ante esta responsabilidad y continúan dependiendo económicamente de sus padres.

Apenas el 35% (n=7) de las parejas de estas madres fueron hombres adultos. Esta realidad no garantizó la estabilidad a la madre adolescente y su hijo/a, pues algunos de ellos no asumieron la responsabilidad paterna.



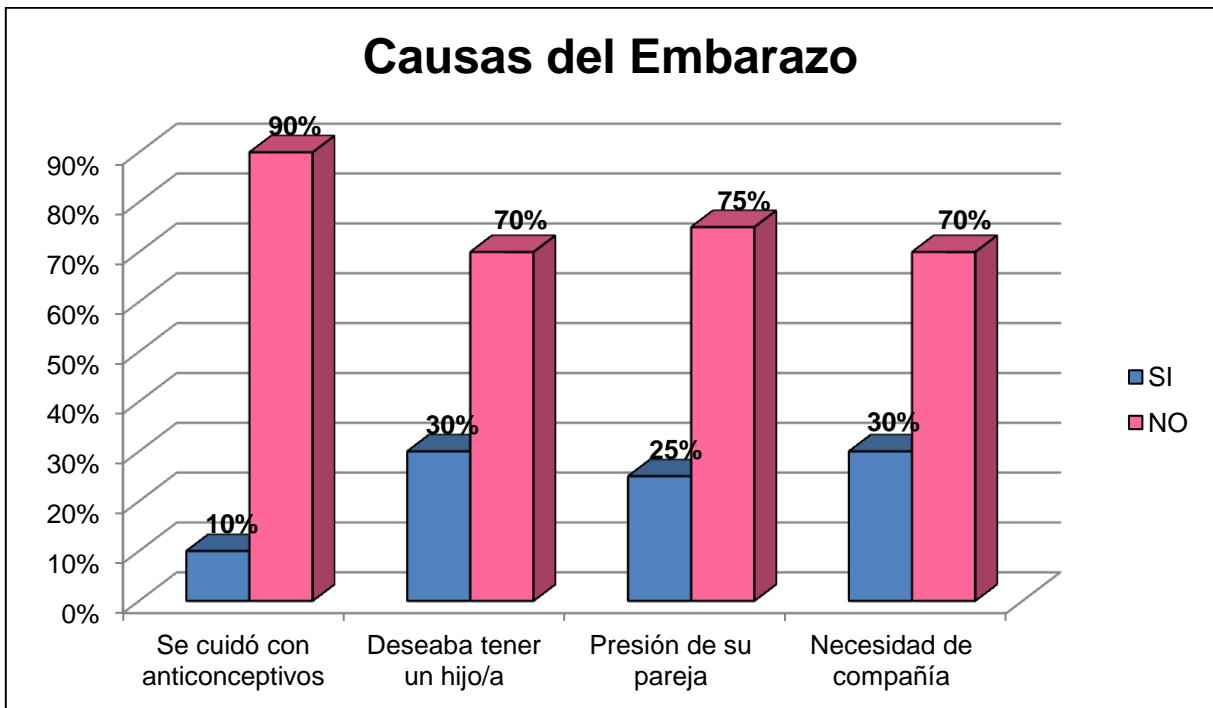
El 70% (n=14) de las madres adolescentes fueron hijas de madres adolescentes, mientras que un 30% (n=6) fueron hijas de madres adultas.

Algunas indicaron que en su familia existe algún familiar cercano con antecedente de embarazo en la adolescencia y consideran su embarazo como una repetición generacional.



El 70% (n=14) de las madres adolescentes menciona no haber deseado su embarazo, frente a un 30% (n=6) que si lo desearon.

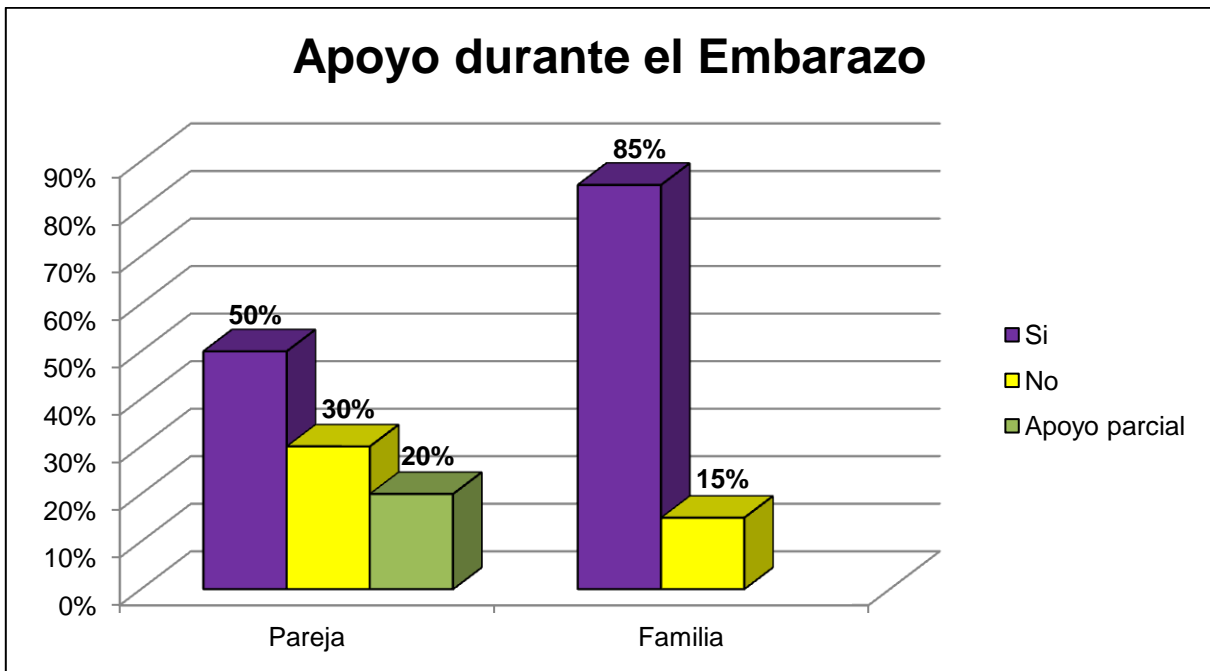
Esta realidad implica el análisis de varios factores que no necesariamente tienen que ver con el desconocimiento en el uso de métodos anticonceptivos sino con factores de tipo afectivo y social. Algunas madres de este estudio manifestaron que se quedaron embarazadas por diferentes circunstancias como: abandono de sus padres, necesidad de sentirse reconocidas y valoradas, conflictos familiares, exceso de confianza de no quedar embarazadas, etc. Estas situaciones adversas motivaron el rechazo hacia sus hijos. En otros casos señalaron que su embarazo fue por amor.



En esta investigación se pone en evidencia que únicamente el 10% (n=2) de la muestra observada se cuidó con anticonceptivos. Algunas de ellas acudieron a los servicios de salud para que les informen al respecto, pues tenían miedo a quedar embarazadas.

De estas madres adolescentes se desprende que apenas el 30% (n=6) de ellas antes de tomar la decisión de tener relaciones sexuales y asumir la consecuencia de un embarazo manifestaron el deseo de tener un hijo, sea por situaciones de contar con una compañía ante el abandono de sus padres o familia, por amor a su pareja, por necesidad de mantener a su pareja a su lado o por dependencia económica. Sin embargo un buen porcentaje de estas madres aceptaron su embarazo luego de un proceso que significó el apoyo de su pareja y/o de su familia. Mientras que un 70% (n=14) de estas adolescentes no deseaban tener un hijo, pues todavía no estaba en sus planes.

El 25% (n=5) de mujeres quedaron embarazadas debido a la presión de su pareja, como "prueba de amor".



El 50% (n=10) de mujeres tuvieron el apoyo en lo afectivo y protección de su pareja durante el embarazo, parto y luego en el cuidado de ella y su niño/a, mientras que el 20% (n=4), contaron con un apoyo parcial de su pareja en ciertos momentos como al enterarse del embarazo, durante los primeros meses de gestación y en forma ocasional en el crecimiento de su hijo/a.

Para el 85% (n=17) de estas madres el recurso de protección para continuar su embarazo y enfrentar esta realidad fue su familia. Algunas madres manifiestan que la reacción de sus padres ante el embarazo de su hija en la mayoría de los casos es de ira, rebeldía, vergüenza, pero una vez superada esta etapa de crisis, se sienten acogidas, valoradas y en esa fase de reconocimiento como persona y en un ambiente familiar adecuado que les brinda soporte emocional, físico y económico continúan con su embarazo.

Otras enfrentan situaciones de incomodidad y al ser juzgadas con dureza por su familia toman la decisión de salir de su casa con lo que afrontan el desafío de buscar apoyo en otras personas o conseguir trabajo para enfrentar esta situación especialmente económica y emocional.



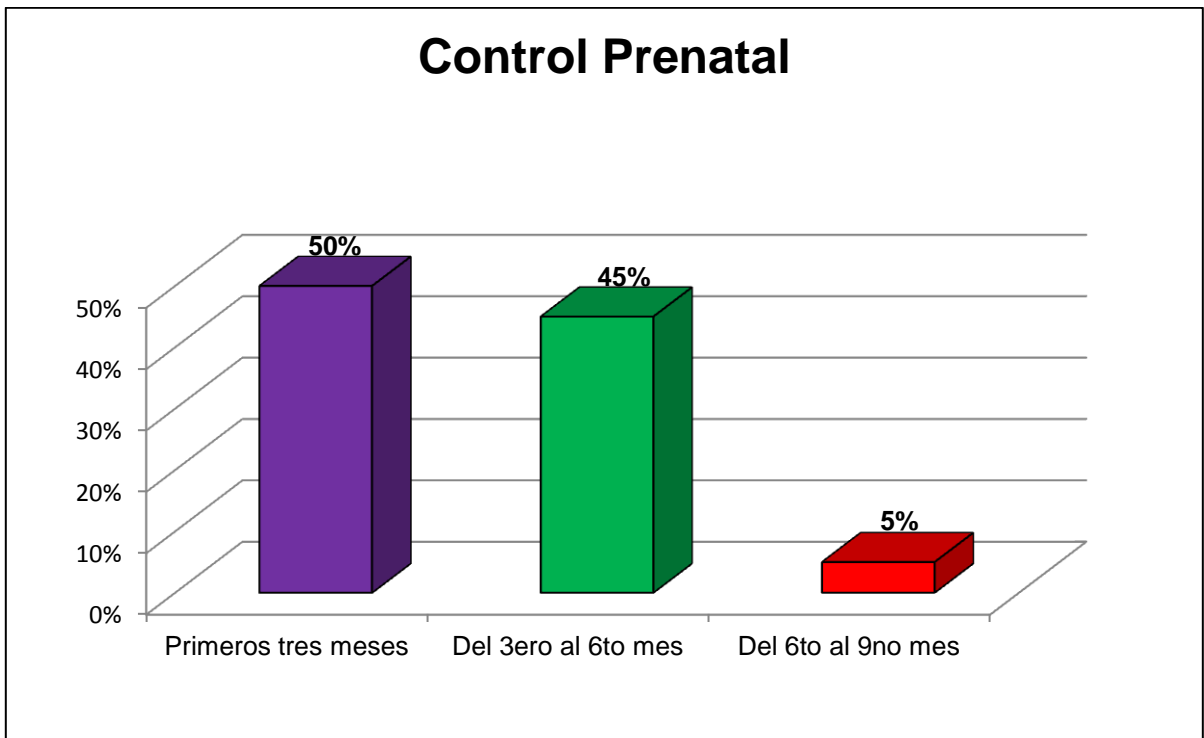
En el presente estudio investigativo las madres adolescentes encuestadas manifestaron que ante la noticia de estar embarazadas sintieron varias emociones. Así el 35% (n=7) de estas madres mencionaron haber sentido alegría, pues para ellas constituyó un embarazo deseado.

Para el 25% (n=5) de madres el sentimiento que afloró en primera instancia fue de tristeza ya que confiaban que luego de haber tenido relaciones sexuales con su pareja no se llegase a la culminación de un embarazo, pues algunas no se sentían con madurez suficiente para enfrentar esta realidad, otras tenían miedo a sus padres, familia, amigas, compañeras, profesores y veían truncados sus planes futuros y sintieron rechazo a la situación, pues no fue un embarazo deseado.

El 40% (n=8) de estas adolescentes mencionaron haber sentido depresión al conocer de su embarazo, ya que sentían culpa y vergüenza.

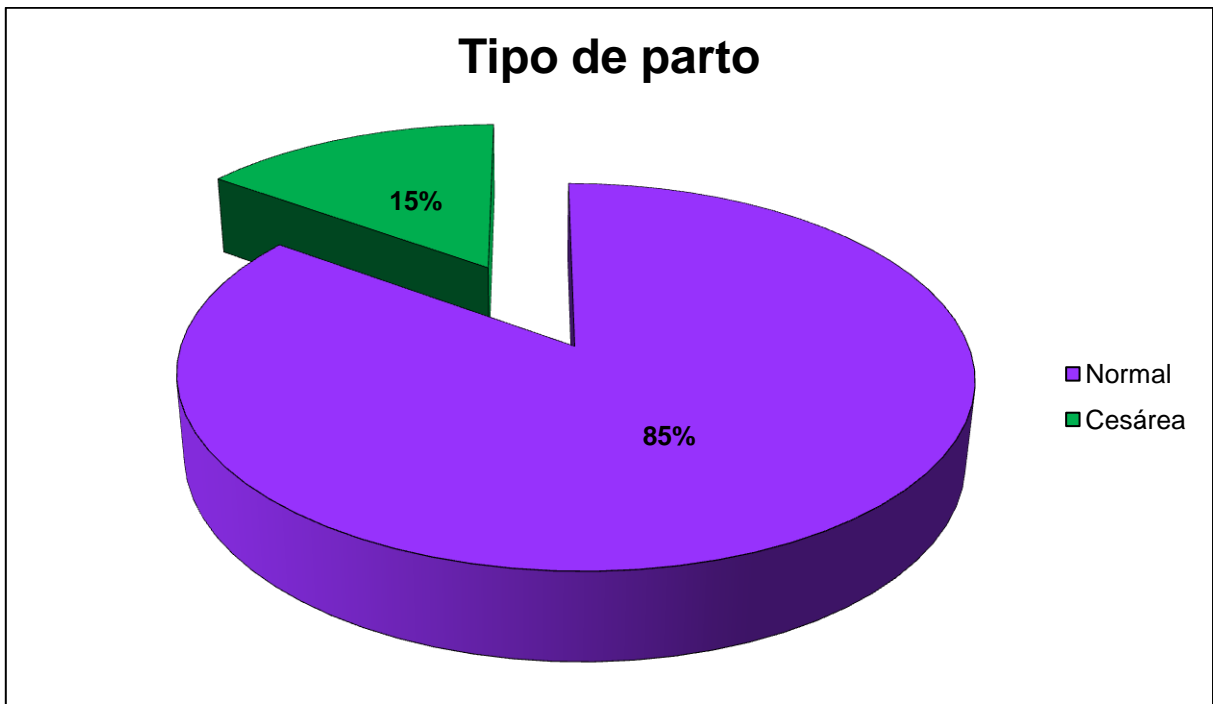
El 55% (n=11) indicó haberse preocupado por su futuro incierto, pues tendrían que asumir la responsabilidad de la crianza de su hijo/a.

En el 20% (n=4) restante el sentimiento de miedo frente a la represión de sus padres, se manifestó como ira y angustia.

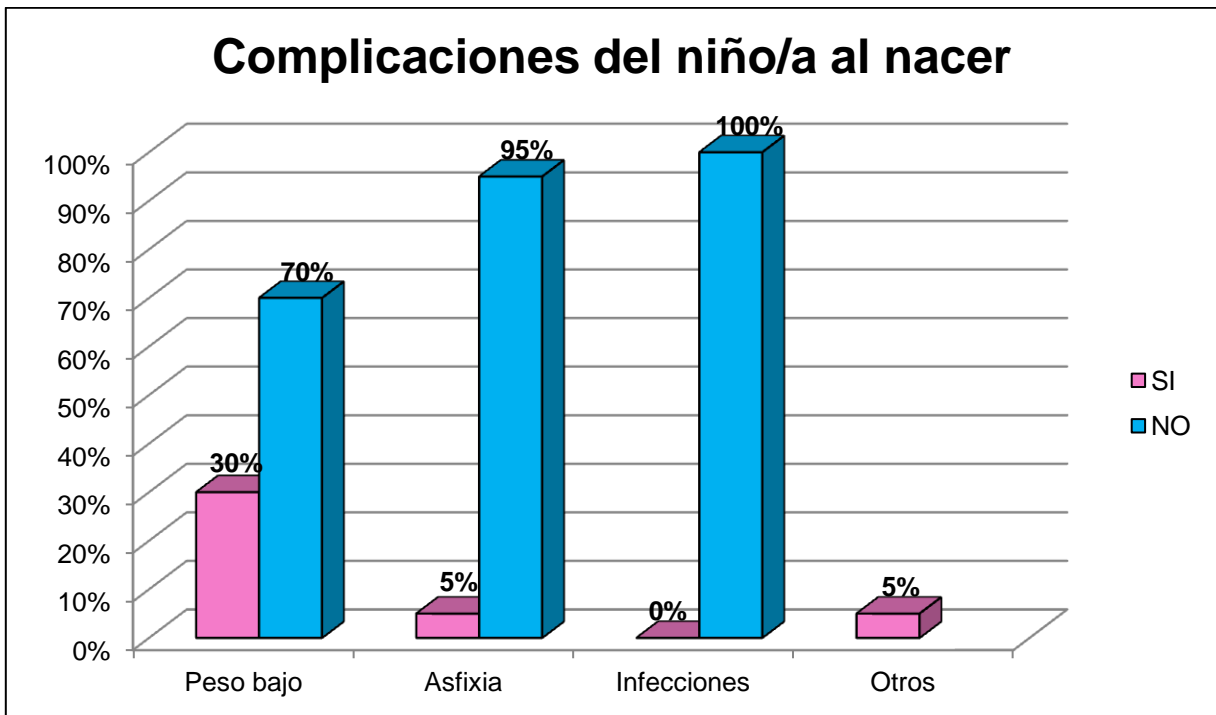


En el presente estudio se encontró que el 50% (n=10) de las adolescentes embarazadas recibieron atención médica desde los tres primeros meses, lo cual demuestra que existe conocimiento de que un control prenatal precoz asegura el bienestar físico y emocional de la madre evitando los riesgos que se derivan de un embarazo a temprana edad. El 45% (n=9) tuvo su control prenatal entre el tercero y sexto mes debido a causas como: intentar ocultar su embarazo, por considerarlo innecesario o por temor a ser juzgadas o estigmatizadas en los servicios de salud.

Apenas el 5% (n=1) relegó el control prenatal al último trimestre del embarazo, lo que determinó complicaciones.



Del universo de madres adolescentes encuestadas en este estudio se reporta que el 85% (n=17) tuvo un parto vaginal o normal y apenas el 15% (n=3) presentó complicaciones como pelvis estrecha, circular de cordón y pre- eclampsia por lo que el embarazo terminó en cesárea.



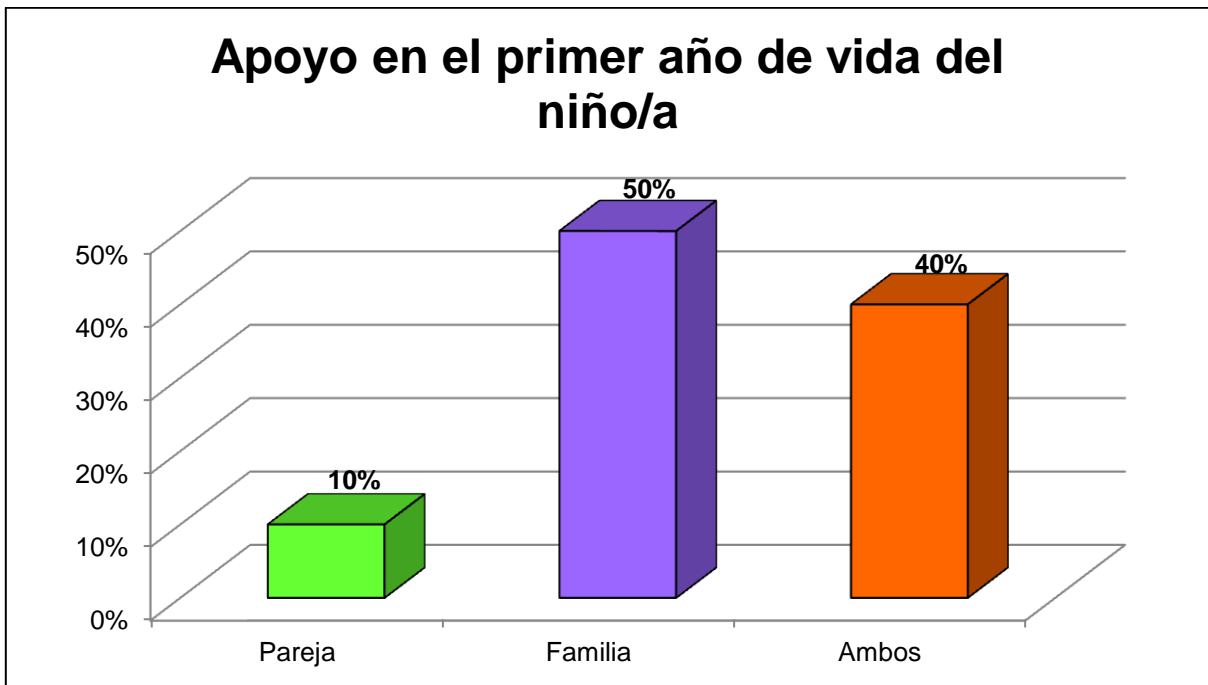
El 30% (n=6) de los niños de este estudio investigativo presentaron peso bajo al nacer, frente al 70% (n=14) que nació con peso adecuado para su edad gestacional.

En relación al peso bajo en los niños hijos de madres adolescentes se observó que esta complicación no estuvo relacionada con la edad sino con un cuidado y nutrición prenatal inadecuados.

El 5% (n=1) de estos niños presentó asfixia al nacer y el 95% (n=19) nacieron sin ninguna complicación.

El 100% (n=20) de los niños de la presente investigación no tuvo ninguna infección al momento de nacer, debido a que todas fueron atendidas en condiciones óptimas en los servicios de salud y la mayoría tuvieron control prenatal.

El 5% (n=1) de la muestra presentó incompatibilidad sanguínea, como algún tipo de complicación al nacer.

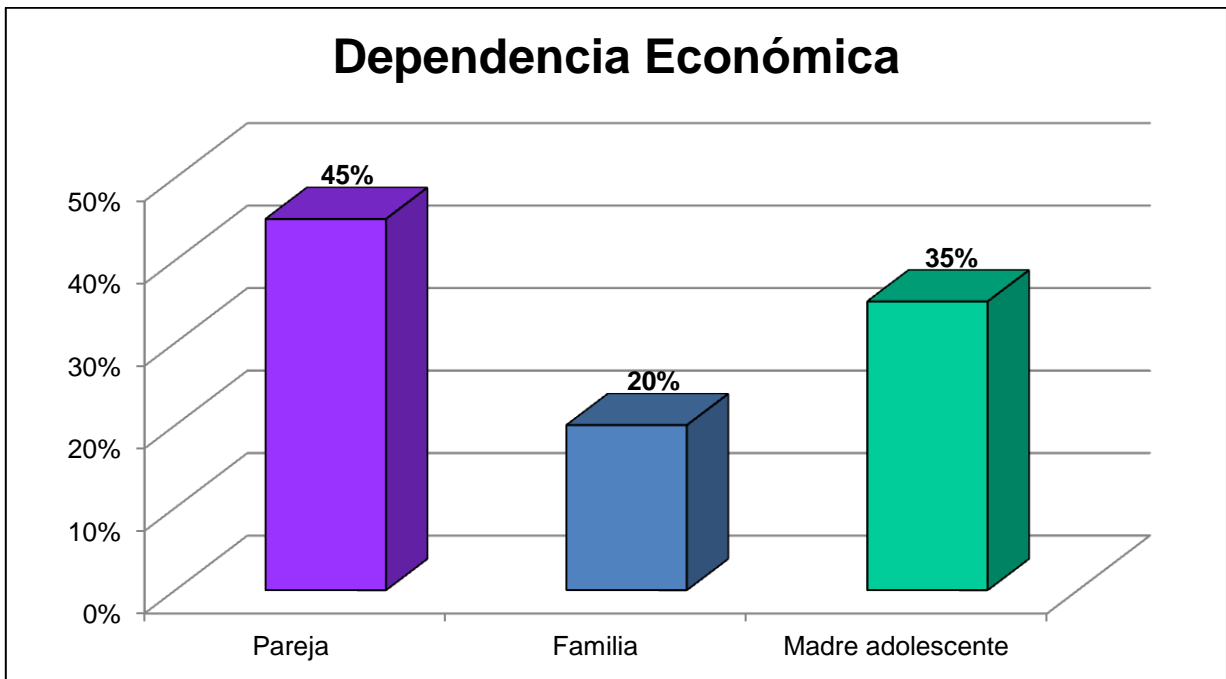


En el presente estudio investigativo, los datos indican que el 10% (n=2) de las madres adolescentes recibieron apoyo de su pareja en el aspecto afectivo, lo que permitió el bienestar bio-psico-social tanto de la madre como del hijo/a.

Mientras que el 50% (n=10) de estas madres adolescentes se sintieron apoyadas por sus padres o algún miembro de la familia, lo que contribuyó a su estabilidad emocional y el de su hijo/a.

El 40% (n=8) recibieron apoyo tanto de su pareja como de su familia.

Estas observaciones concuerdan con la teoría de que el apoyo de cualquier persona significativa en su vida contribuye a que la madre se sienta respaldada y segura, lo que repercute en el desarrollo adecuado de su niño/a.

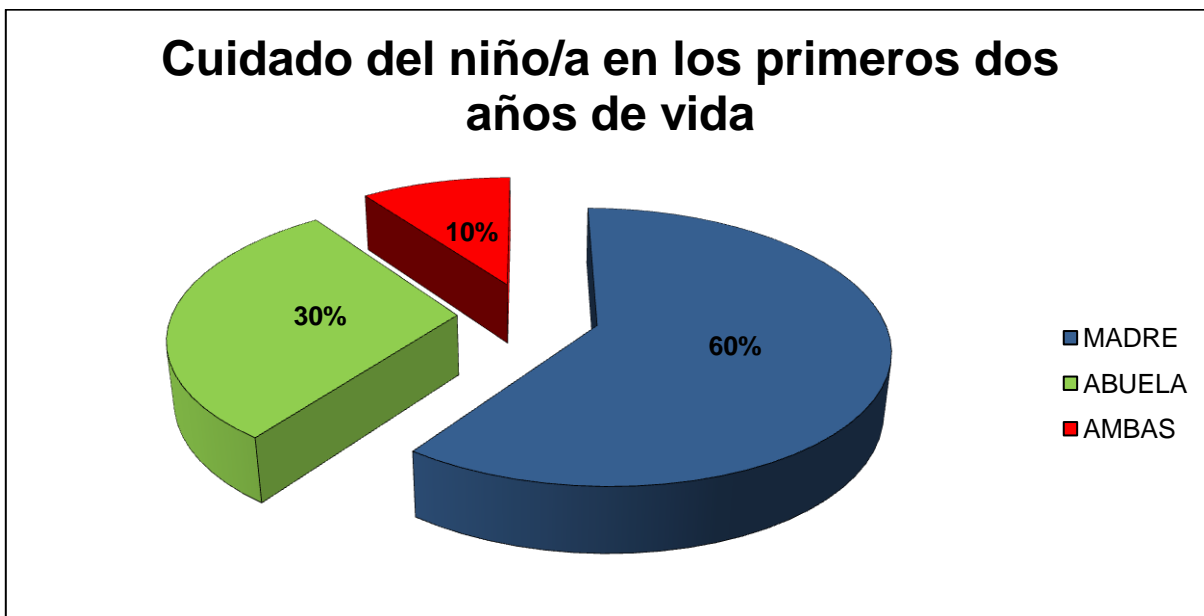


El 45% (n=9) de las madres adolescentes revela apoyo económico de su pareja y apenas un 20% (n=4) dependen de su familia.

Algunas madres que reciben apoyo económico no trabajan y están a cargo del cuidado y atención de su hijo/a, lo que favorece el desarrollo adecuado de los mismos.

En contraste con lo mencionado, el 35% (n=7) de estas madres por no contar con los medios económicos suficientes se vieron obligadas a trabajar, relegando el cuidado de su hijo/a a otra persona que en la mayoría de los casos es un familiar.

## RESULTADOS DE LOS NIÑOS/AS



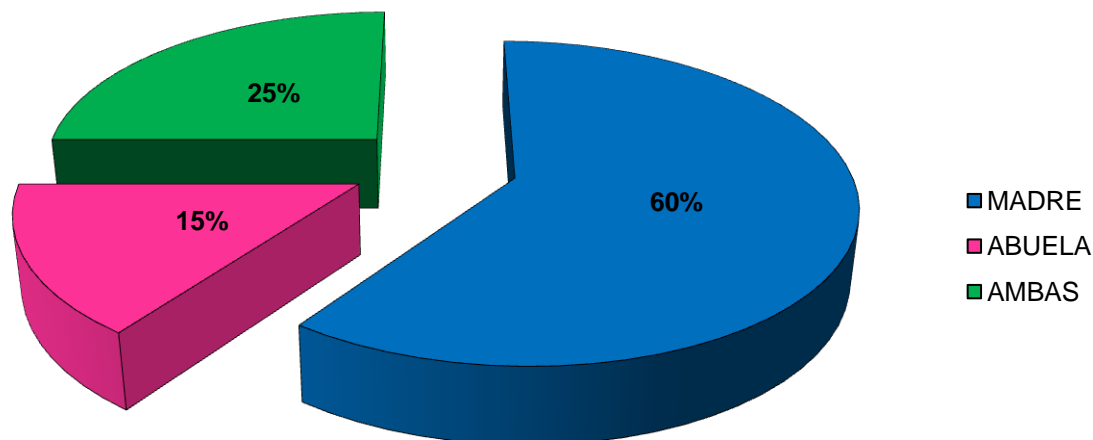
En relación al cuidado del niño/a en los dos primeros años de vida, las observaciones de este trabajo investigativo revelan que el 60% (n=12) de las madres estuvieron a cargo de su hijo/a, este cuidado significó en algunas de las madres la limitación para poder vivir su adolescencia, seguir estudiando o conseguir trabajo ya que el cuidado de su hijo/a lo consideraron como una carga.

Mientras que para otras madres, el cuidar de su hijo/a les representó un vínculo afectivo que permitió su realización como mujer.

El 30% (n=6) de los niños estuvo a cargo de la abuela. Se pudo observar que algunas madres tuvieron que trabajar y entregaron la responsabilidad total de la crianza de su hijo, por lo que manifestaron haber tenido más libertad para disfrutar con sus amigos, asistir a reuniones sociales, etc. Las abuelas de estos niños llenaron la ausencia de la madre con sobreprotección y asumieron el rol de madres.

El 10% (n=2) restante de niños estuvieron al cuidado tanto de la madre como de su abuela. Este hecho podría considerarse como un beneficio para el desarrollo del niño/a. Sin embargo algunas madres manifestaron haber tenido conflictos familiares sobre la crianza de su hijo/a debido a que en las decisiones acerca del cuidado del mismo, la brecha generacional ocasionaba roces familiares.

## Persona al cuidado del niño/a durante el día

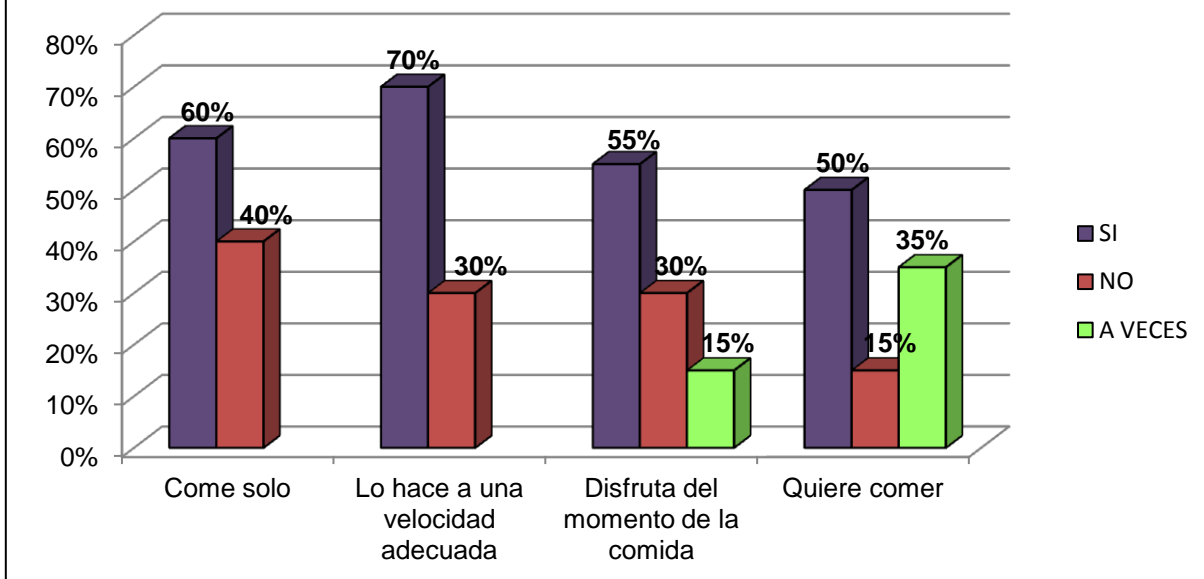


El 60% (n=12) de las madres quedan al cuidado de su niño/a durante el día, la mayoría manifestaron estar conformes con su realidad, pues sienten alegría al ser partícipes del desarrollo de su hijo/a. En otros casos las madres se ven limitadas a quedarse en casa al cuidado de su hijo/a, mientras que añoran salir a trabajar al igual que su pareja y tener una vida social más activa.

El 15% (n=3) de los niños/as pasan durante el día al cuidado de sus abuelas, algunas de ellas mencionaron sentirse incapaces de canalizar toda la actividad que tienen los niños de esta edad por lo que se limitaban a entretenerlos mirando la televisión.

El 25% (n=5) de niños permanecen al cuidado de su madre y abuela. Algunas abuelas señalaron que las madres de estos niños/as al sentirse respaldadas por ellas, les delegan la responsabilidad del cuidado y atención del niño, mientras la madre adolescente ocupa su tiempo en otras actividades, recuperando el rol de adolescente.

## Comportamiento del niño/a a la hora de comer

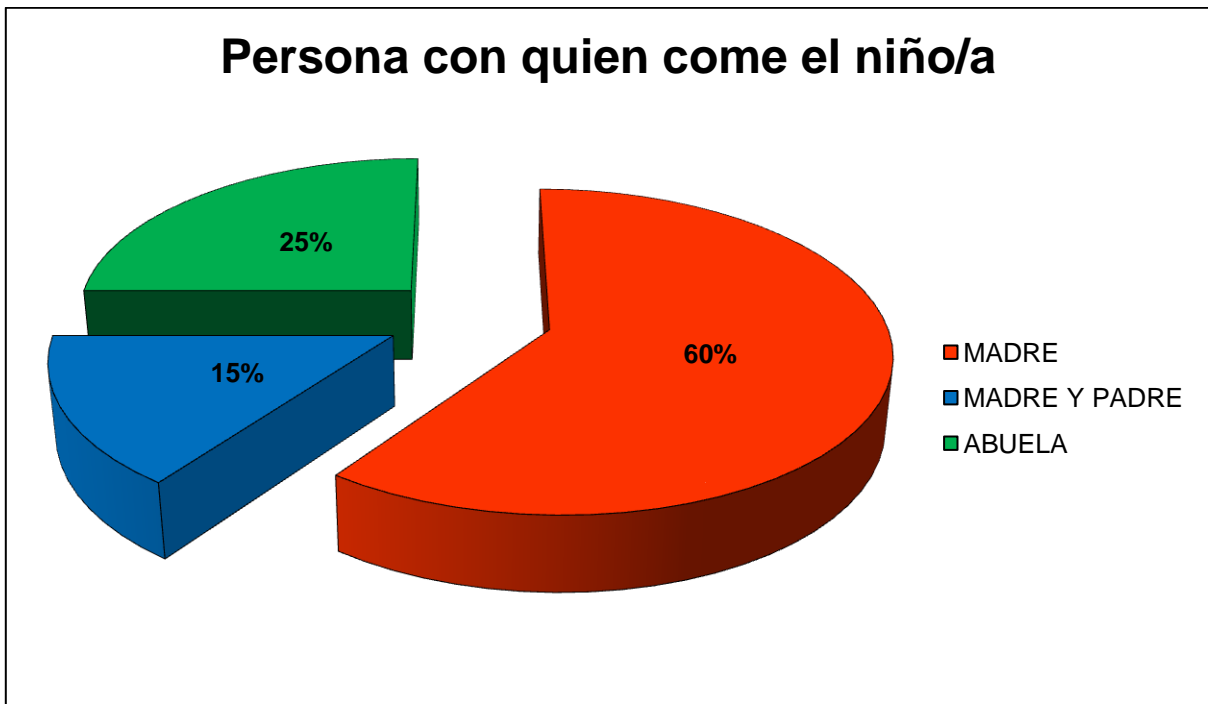


El 60% (n=12) de los niños/as investigados comen por sí solos, mientras que el 40% (n=8) no lo hacen por diferentes razones como: falta de oportunidad por parte de la persona que les da de comer, falta de tiempo, evitar que derramen la comida y ensucien la ropa, etc. Sin embargo se pudo observar que todos estos niños están en capacidad de comer por sí solos.

El 70% (n=14) de los niños/as comen a una velocidad adecuada, mientras que el 30% (n=6) se demoran más por diversos factores: presión porque coma todo, distracción al ver televisión mientras come, falta de motivación para comer, etc.

El 55% (n=11) de los niños/as disfrutan del momento de la comida, el 30% (n=6) no lo hace debido a factores emocionales más que físicos. Y el 15% (n=3) en ocasiones disfruta de la comida y otras veces no.

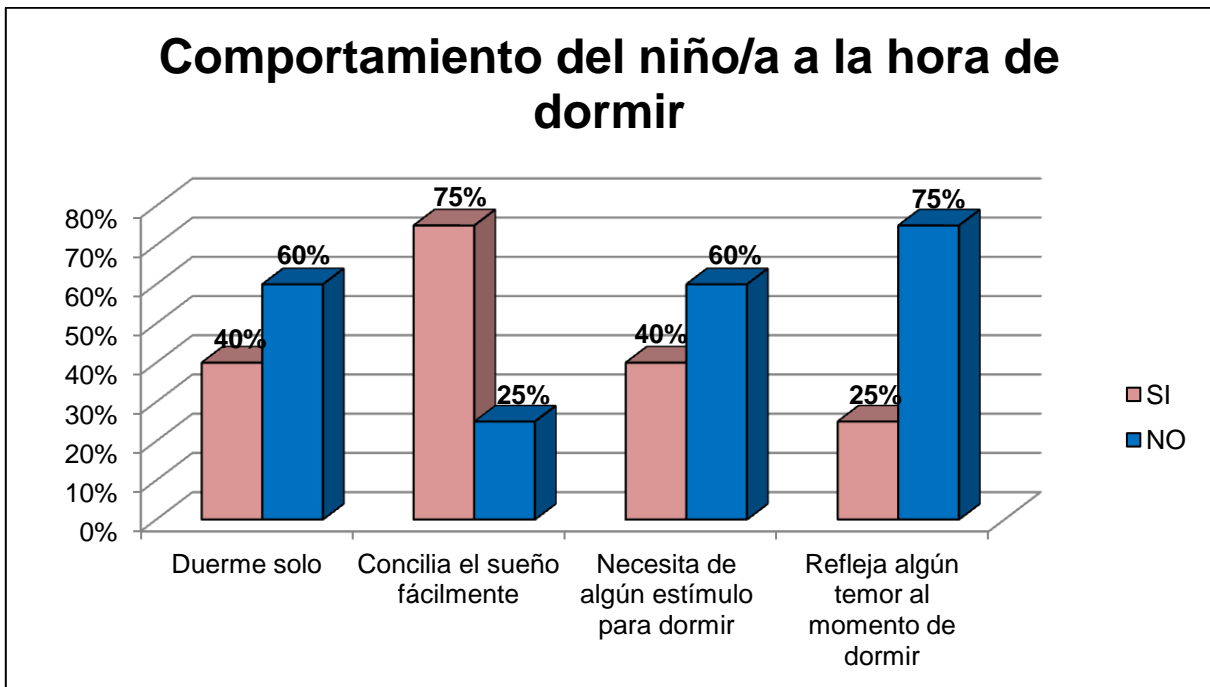
El 50% (n=10) de los niños/as sí quieren comer, el 35% (n=7) no siempre se muestra dispuesto a comer y el 15% (n=3) se muestran reacios al momento de comer por los diversos factores antes mencionados.



El 60% (n=12) de los niños/as investigados comparten la hora de la comida con su madre. En algunos casos las madres manifiestan tener dificultad para que el niño/a coma y buscan métodos no muy adecuados como sentarlos a ver televisión mientras comen. Otras madres sienten frustración al ver que su niño/a no come y al sentirse solas recurren al castigo para lograr este objetivo.

El 25% (n=5) de los niños/as comen con su abuela. Algunas abuelas indican que no presionan al niño/a para que coma todo y pueda disfrutar del momento de la comida, lo que genera conflicto con la madre quien reclama que el niño/a debe comer todo. Otras abuelas encuentran cualquier momento para alimentar al niño/a y muchas veces terminan dándoles de comer en la boca mientras el niño/a está jugando.

Tan solo el 15% (n=3) de los niños/as comen con su madre y padre. En la mayoría de los casos el niño/a accede a comer con cualquiera de los dos. En pocos casos la falta de apetito del niño genera malestar y discusión entre los padres en relación a quién se va a responsabilizar de darle de comer.

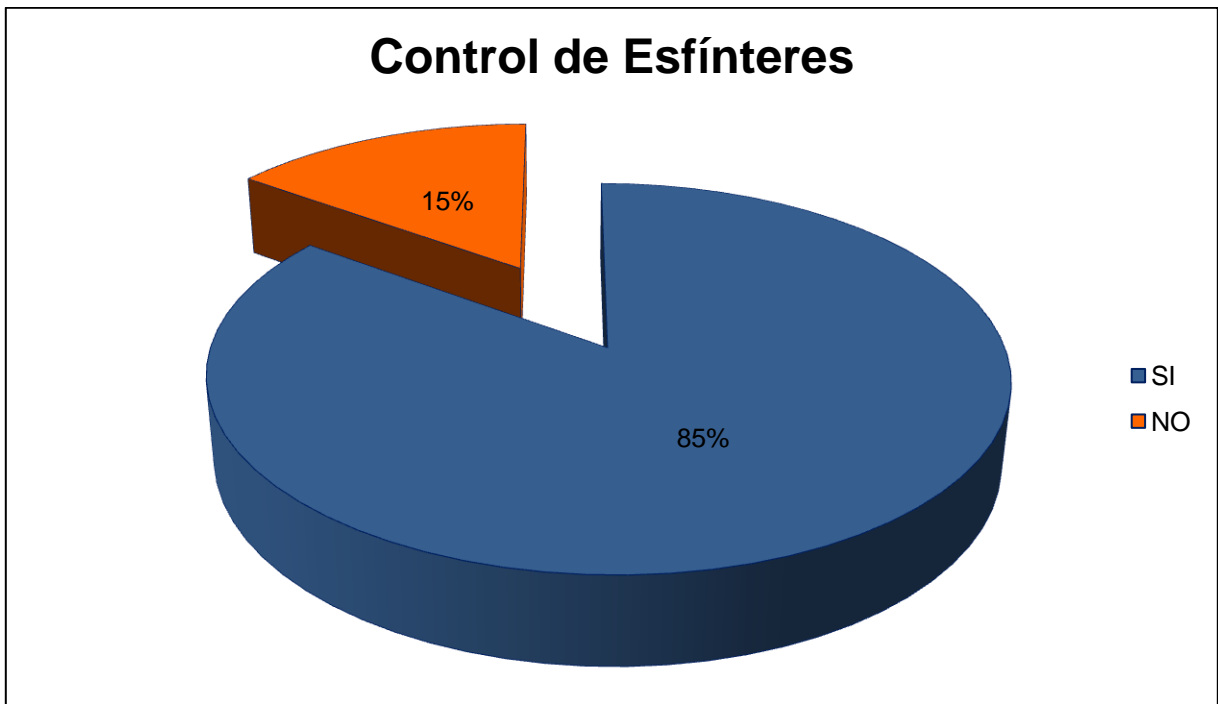


El 40% (n=8) de los niños/as duermen solos, mientras que el 60% de ellos lo hacen o con su hermano/a menor o su madre. Esto se debe en algunos casos a las precarias condiciones de su vivienda en donde existe un solo espacio donde se encontraba la cama y junto a ella la cocina y el baño.

El 75% (n=15) de los niños/as concilian el sueño sin ningún problema.

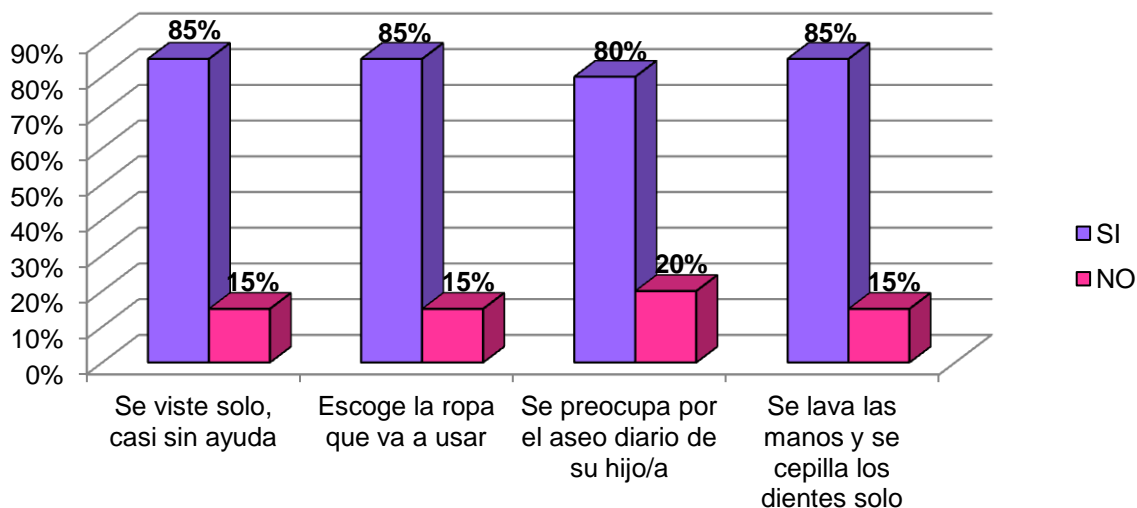
El 60% (n=12) de los niños/as no necesita ningún estímulo a la hora de dormir, el 40% (n=8) de ellos requiere de algún alimento, un juguete, ver televisión para conciliar el sueño.

El 25% (n=5) de los niños/as reflejan temor al momento de ir a dormir, pues manifiestan miedo a la oscuridad o necesidad de estar con alguien. La mayoría de los niños, que representan el 75% (n=15), no tienen ningún temor y duermen tranquilamente.



El 85% (n=17) de los niños/as controlan esfínteres tanto en el día como en la noche, mientras que un 15% (n=3) aún tiene dificultades de controlar esfínteres en la noche. Esta falta de control de esfínteres denotó en algunos casos, ansiedad y temor ocasionados posiblemente por la inestabilidad en el hogar. Mientras que en otros niños se encontró que aún tenían accidentes eventuales de evacuación en la noche, fenómeno que es considerado normal para su edad.

## Comportamiento a la hora de vestirse y al asearse



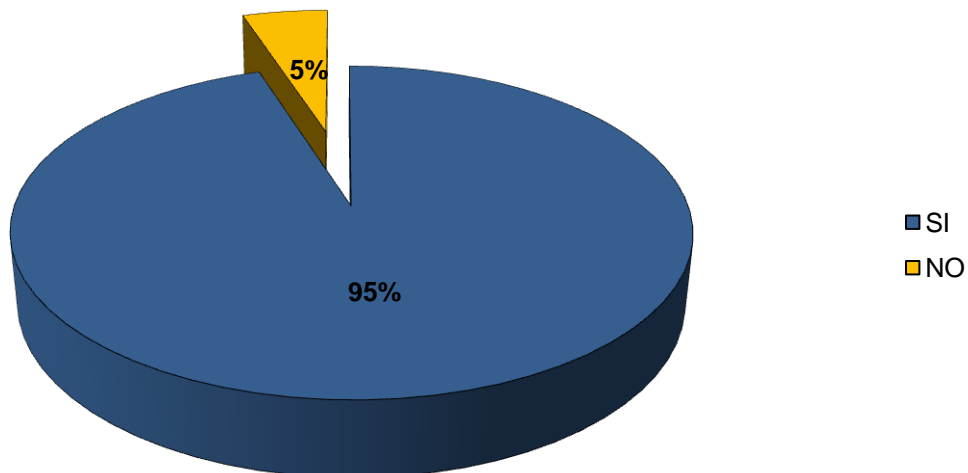
El 85% (n=17) de los niños/as investigados se visten por sí solos, mientras que un 15% (n=3) no lo hacen por diversas razones como: falta de oportunidad, de tiempo, pues algunas madres o abuelas los visten y no les permiten que lo hagan solos, pues no se observó impedimento en su motricidad y coordinación.

El 85% (n=17) de los niños/as sí escogen la ropa que van a usar, mientras que el 15% (n=3) de ellos se ven limitados por los adultos quienes eligen la ropa del niño por estar apurados o porque mencionan que los niños/as se ponen la ropa al revés o no combinan bien los colores de las prendas que van a usar.

Todas las madres respondieron que sí se preocupan por el aseo diario de su hijo/a, pero en la realidad se evidenció que si bien el 80% (n=16) de las madres sí lo hacen, el 20% (n=4) descuidan esta tarea por falta de costumbres y las malas condiciones de aseo de la vivienda.

El 85% (n=17) de los niños/as se lavan las manos y se cepillan los dientes por sí mismos, mientras que un 15% (n=3) no lo hacen por falta de oportunidad, pues se observó que ninguno de los niños del estudio presentaba incapacidad física o neurológica para hacerlo.

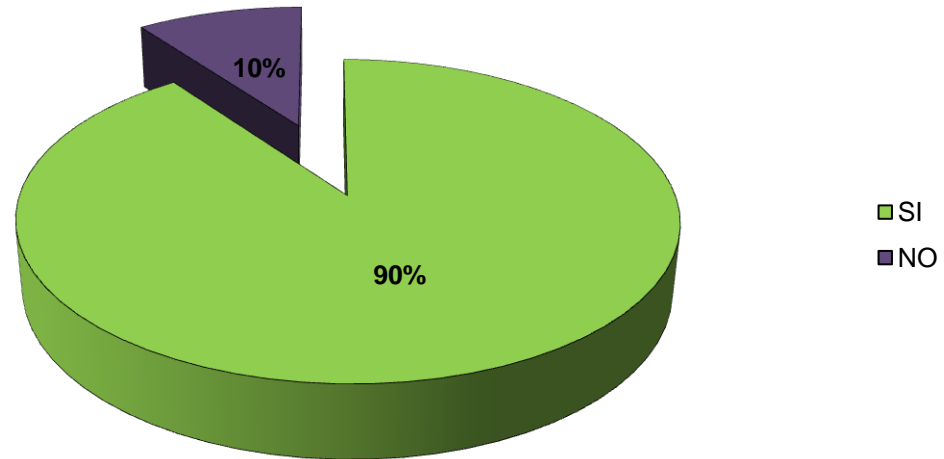
## Verbaliza su interés por adaptarse a las normas preguntando: ¿Está bien así?



El 95% (n=19) de los niños/as analizados son capaces de formular preguntas al adulto para generar un diálogo y saber si las actividades que están ejecutando las realizan de manera adecuada según las normas familiares o sociales.

El 5% (n=1) no lo hace debido a su deficiente desarrollo del lenguaje o falta de interrelación con el adulto, lo que conlleva a que el niño ni verbal ni gestualmente haga preguntas.

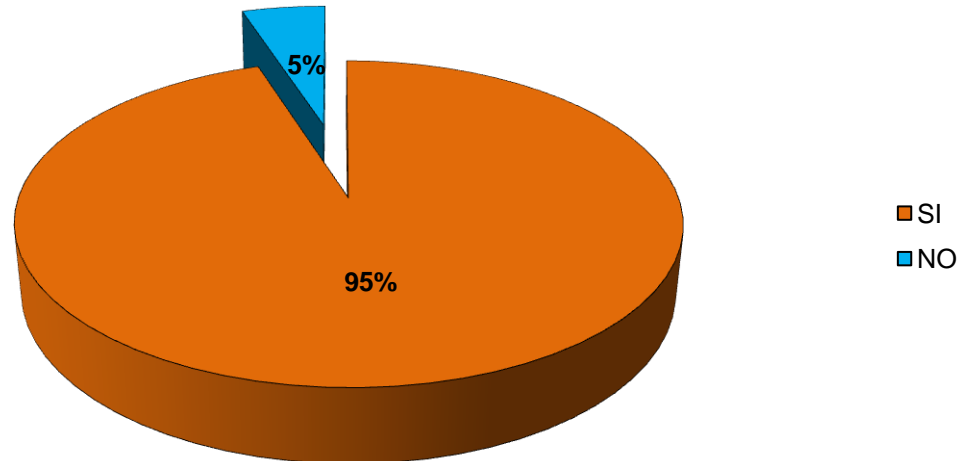
## Expresa sus deseos mediante el lenguaje: Quiero hacer esto



En la presente investigación el 90% (n=18) de los niños/as demuestran su capacidad por expresar sus deseos por medio del lenguaje, muchos de ellos mencionan su interés por distintas actividades como por ejemplo necesidades básicas: comer, ir al baño, o por jugar con algún objeto u otra persona.

El 10% (n=2) de estos niños/as realizan determinada acción y se manifiestan únicamente por gestos o actitudes ya que su lenguaje al ser deficiente no le permite formular oraciones completas.

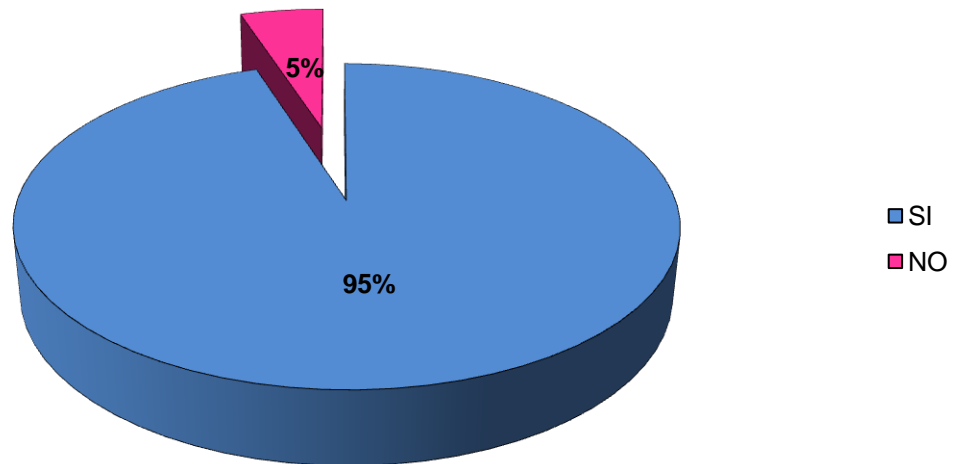
## Verbaliza sus limitaciones ante alguna acción: No puedo



En el 95% (n=19) de los niños/as investigados se observa que al no poder realizar determinada acción, se expresan verbalmente y en ocasiones solicitan ayuda a la persona adulta.

Mientras que el 5% (n=1) comunica su dificultad para realizar alguna actividad mediante gestos y en determinados momentos al ver que el adulto no le entiende se frustra y se muestra irritado/a.

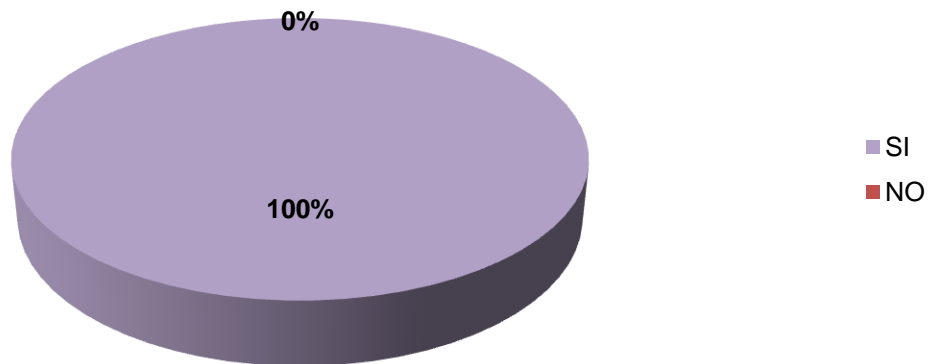
## Expresa su negativa ante alguna acción con una frase: No quiero, no tengo ganas



La mayoría de los niños/as investigados, es decir el 95% (n=19), expresan oralmente frases negativas completas para indicar su falta de interés o motivación por realizar ciertas acciones.

El 5% (n=1) restante se expresa mediante un lenguaje gestual para manifestar rechazo, falta de entusiasmo o interés por realizar distintas actividades. Se observó que este niño al ofrecerle comida y no tener hambre, en lugar de expresarse con frases como: no quiero, no tengo ganas, retiraba el plato bruscamente. En este caso se pudo verificar que los padres tenían una comunicación más gestual que verbal, por lo tanto estas actitudes son imitadas del ambiente familiar.

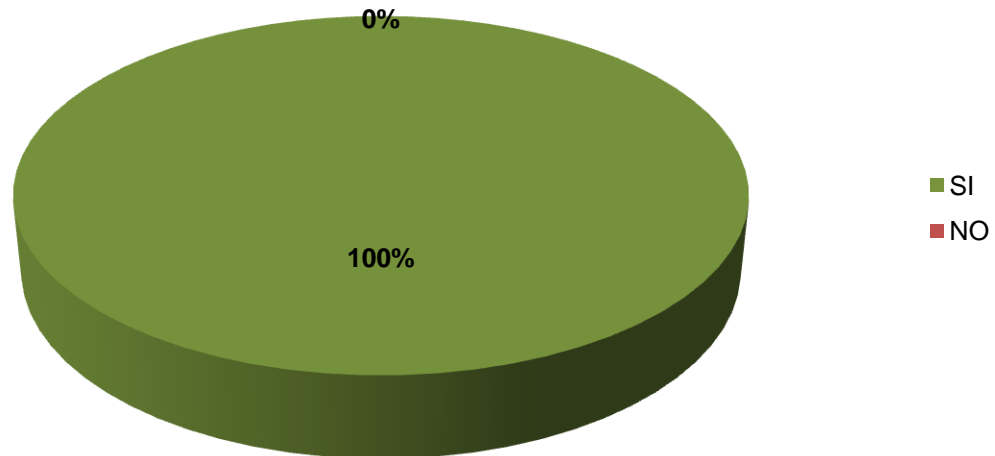
## **Puede adaptar su accionar al oír una palabra de orden y modificar su juego motor para seguir la palabra**



Todos los niños/as de la presente investigación (n=20) son capaces de comprender instrucciones verbales y modificar su accionar.

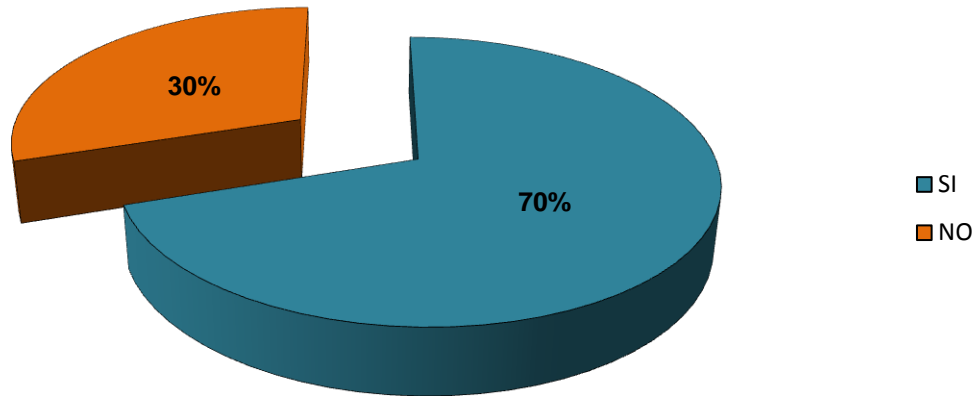
Se pudo observar que mientras realizaban alguna actividad de juego, mediante una palabra o disposición generada por el otro, el niño y la niña lograban cambiar a la actividad propuesta. Esto demuestra que mediante el juego se genera la posibilidad de adaptarse al otro e interrelacionarse.

## Se puede negociar con él/ella



En el 100% (n=20) de los niños/as investigados se evidenció que cuando el adulto quiere negociar o ejecutar transacciones recíprocas con ellos, comprenden que es necesario esperar o dejar de realizar la actividad de ese momento, para cambiar por otra que le permitirá obtener mayor satisfacción. Así por ejemplo se observó que al proponerles ir al parque o a un lugar de diversión, después de terminar de comer, todos cooperaban para obtener la recompensa mencionada.

## Tiene mucho entusiasmo por agradar y puede mostrarse muy dócil esperando la aprobación del otro

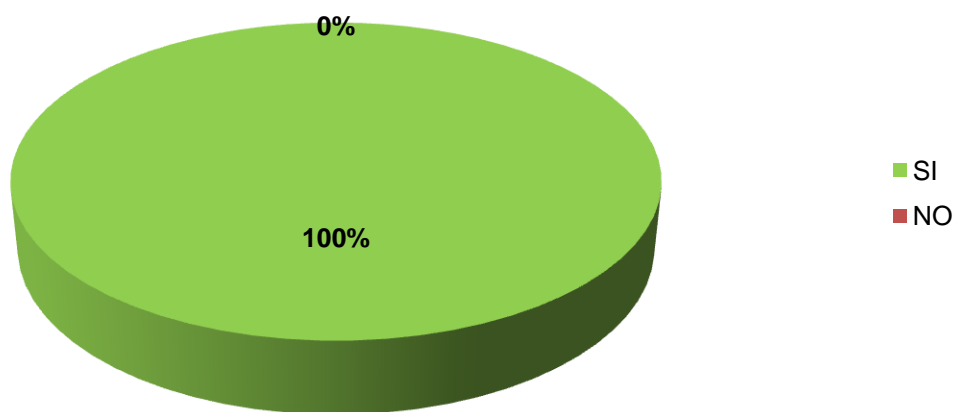


El 70% (n=14) de los niños/as investigados se mostraron asequibles para realizar las actividades propuestas, aceptando las normas de juego y demostrando un comportamiento adecuado a lo sugerido. Este grupo al manifestarse con actitudes de obediencia ante lo indicado, permitió la interrelación con el otro generando su aceptación.

En un 30% (n=6) de los niños/as se encontró que al inicio estaban reacios a colaborar y solo al observar el material de juego, paulatinamente cooperaron para llevar a cabo las actividades sugeridas.

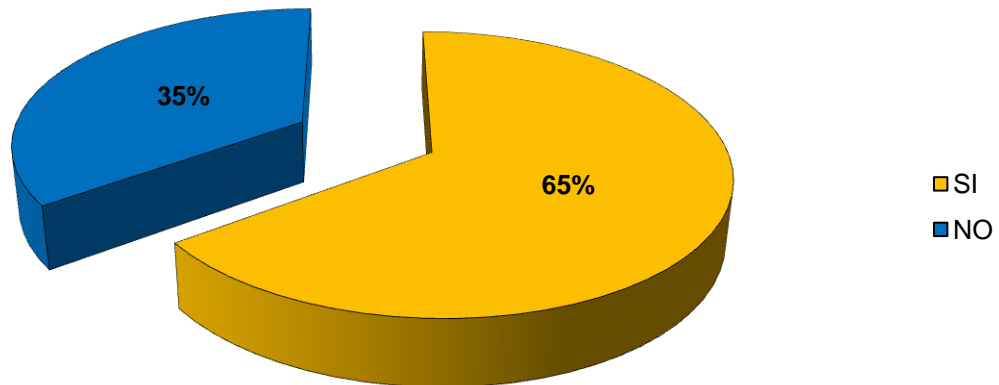
Esta actitud se debe a la falta de estímulo de su familia para socializar con los demás, lo que le impide generar el juego con el otro, adoptando actitudes de inhibición o timidez.

## Es capaz de realizar encargos teniendo en cuenta las instrucciones de precaución dadas por el adulto



El 100% (n=20) de los niños/as de la investigación pueden seguir instrucciones y considerar las normas de precaución para ejecutar la acción encomendada. En la observación se comprobó que todos son capaces de escuchar las indicaciones de prevención de riesgo dadas por el otro y se aprecia que están desarrollando competencias acordes a su edad como escuchar, observar, prestar atención, etc.

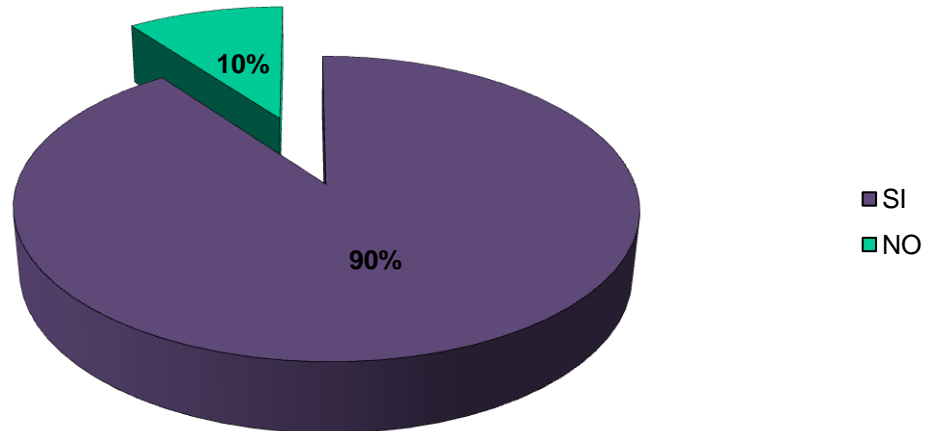
## ¿Cuando se muestra molesto frente a una situación, recupera la calma fácilmente?



El 65% (n=13) de los niños/as observados, ante alguna situación de conflicto, son capaces de manifestar sus emociones negativas (enojo, ira) de manera aceptable sin llegar a estallidos de inestabilidad como berrinches o llanto incontenible.

El 35% (n=7) de la muestra investigada aún no logra dominar adecuadamente sus emociones negativas y reacciona de manera descontrolada presentando actitudes de rebeldía, agresión física y/o verbal hacia la persona que le quitó algún objeto o le prohibió realizar determinada actividad. Sin embargo, esta actitud no debe considerarse como inmadurez, pues aún se encuentra desarrollando una autorregulación ante emociones fuertes y abrumadoras.

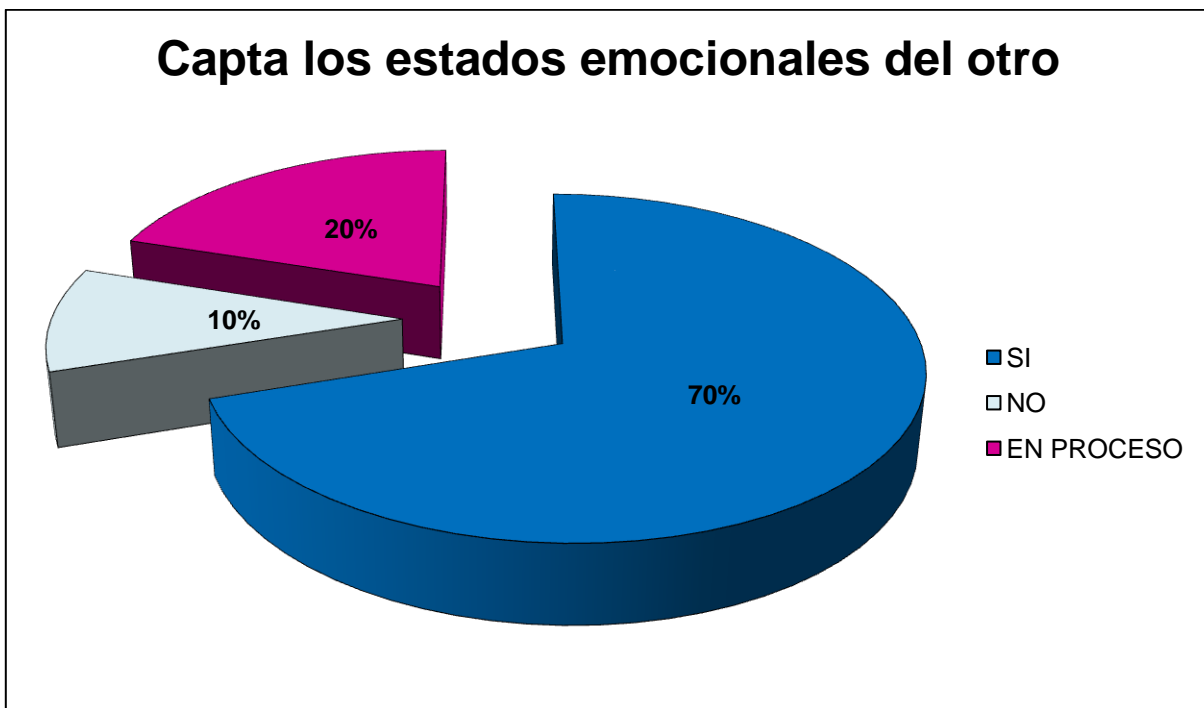
## ¿Ha experimentado ansiedad o celos frente a otro niño de su misma edad o por la llegada de un hermanito?



En el 90% (n=18) de los niños/as observados, se evidencia que algunos han experimentado celos, ansiedad, ira y enojo frente a la llegada de su hermano/a menor. Otros demuestran rivalidad ante el acercamiento de su madre a su hermano/a menor u otro niño, e intentan llamar la atención mediante actitudes agresivas hacia la persona que le quita el protagonismo y la atención de su madre.

Mientras que el 10% (n=2) han considerado este hecho como positivo pues tienen compañía al momento de jugar y se han mostrado tranquilos y hasta felices. Además muchos de ellos adoptaron actitudes pro-sociales basadas en actuar a favor del otro sin esperar recompensa.

## Capta los estados emocionales del otro

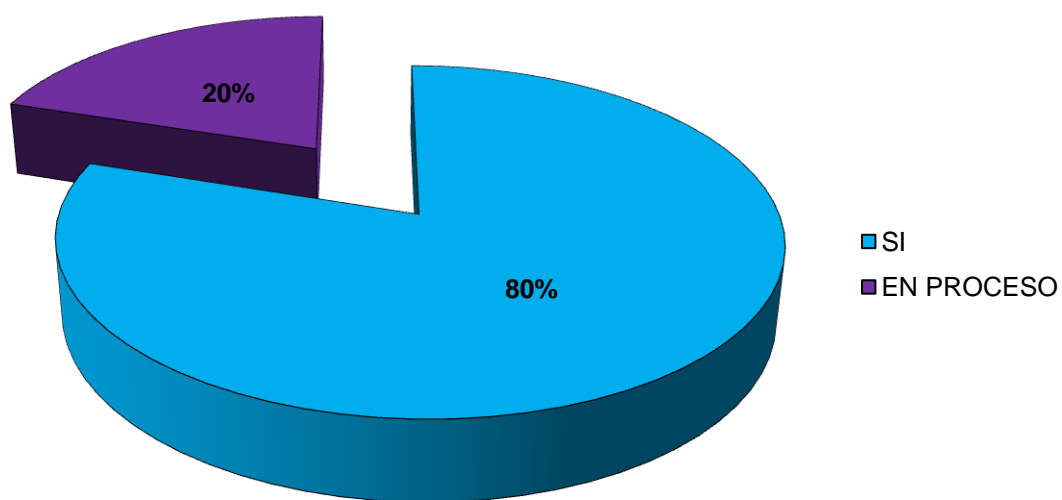


El 70% (n=14) de los niños/as observados demostraron su capacidad para entender sus emociones básicas como alegría, tristeza, enojo, etc., y también las de los demás. Así, pudieron identificar las distintas emociones en el rostro de los personajes del cuento en la actividad propuesta. Muchos de los niños/as inclusive inventaron situaciones para provocar risa como pintarse la cara, o enojo al quitar a propósito un objeto a alguien para observar su reacción y reconocerla.

Para el 20% (n=4) de la muestra las emociones antes descritas no se encuentran claramente definidas y en ocasiones las confunden. Así al manifestar en el rostro de la observadora emociones de alegría, enojo, etc, no fueron capaces de discernirlas adecuadamente. Esto se debe a que estos niños/as se encuentran en proceso de adquisición de la conducta.

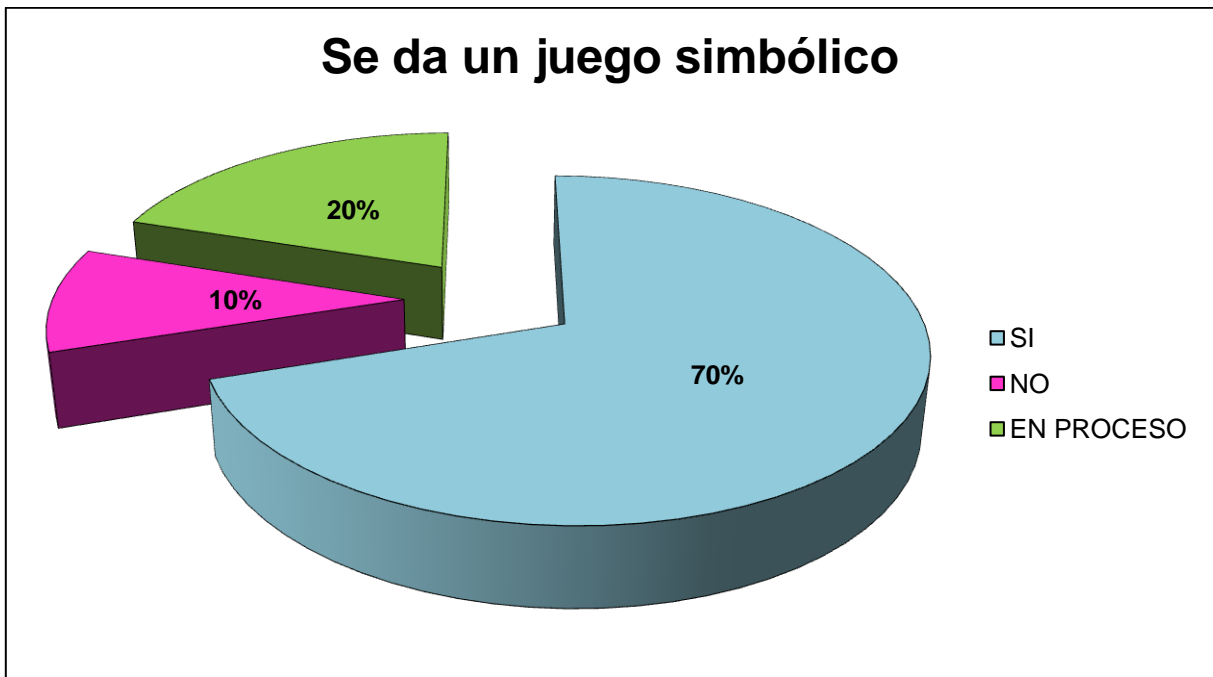
El restante 10% (n=2) al preguntarles si la otra persona está feliz, triste, enojada, asustada, etc., se observó que no son capaces de reconocer los estados emocionales del otro. Sin embargo al preguntarles cómo se sienten ellos ante alguna situación, respondieron adecuadamente. Esto se debe a que en estos niños/as existe falta de oportunidad de interrelación con los demás.

## Dramatiza e imagina situaciones



El 80% (n=16) de los niños/as observados durante los juegos libres y dirigidos logran transformar los juguetes usando su imaginación y dramatizan situaciones reales y creadas por ellos. Muchos son capaces de combinar fichas, cubos, autos, etc., y crear una historia convirtiendo los juguetes simples en autopistas, garajes, puentes, etc.

El 20% (n=4) no logran imaginar, crear y dramatizar situaciones y se arraigan a lo real y concreto. Posiblemente se debe a la falta de estímulo del ambiente y de contacto con otros niños o a que se encuentran en proceso de adquirir esta conducta. Así al sugerirles que un objeto real (lápiz) se puede convertir en un objeto imaginario (avión), para ellos el lápiz sigue siendo lápiz.

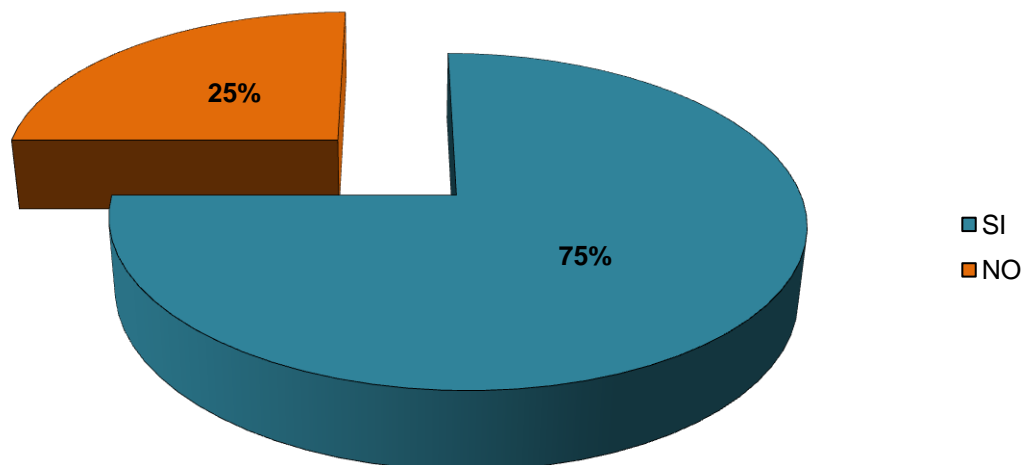


En relación a esta observación, el 70% (n=14) de los niños/as al igual que en el cuadro anterior, fueron capaces, mediante el juego, de dar vida a objetos inanimados, atribuyéndoles sensaciones y emociones. Se evidenció que en los juegos el niño representaba diferentes papeles, conversaba con sus juguetes y los objetos representaban algo más, por ejemplo: un control remoto era un auto de carreras, un lápiz era una barita mágica, etc.

El 20% (n=4) de la muestra, al momento de jugar podían transformar objetos pero en ocasiones se limitaban a considerarlos y percibirlos como son en la realidad. Estos niños se encuentran en proceso de su desarrollo cognitivo.

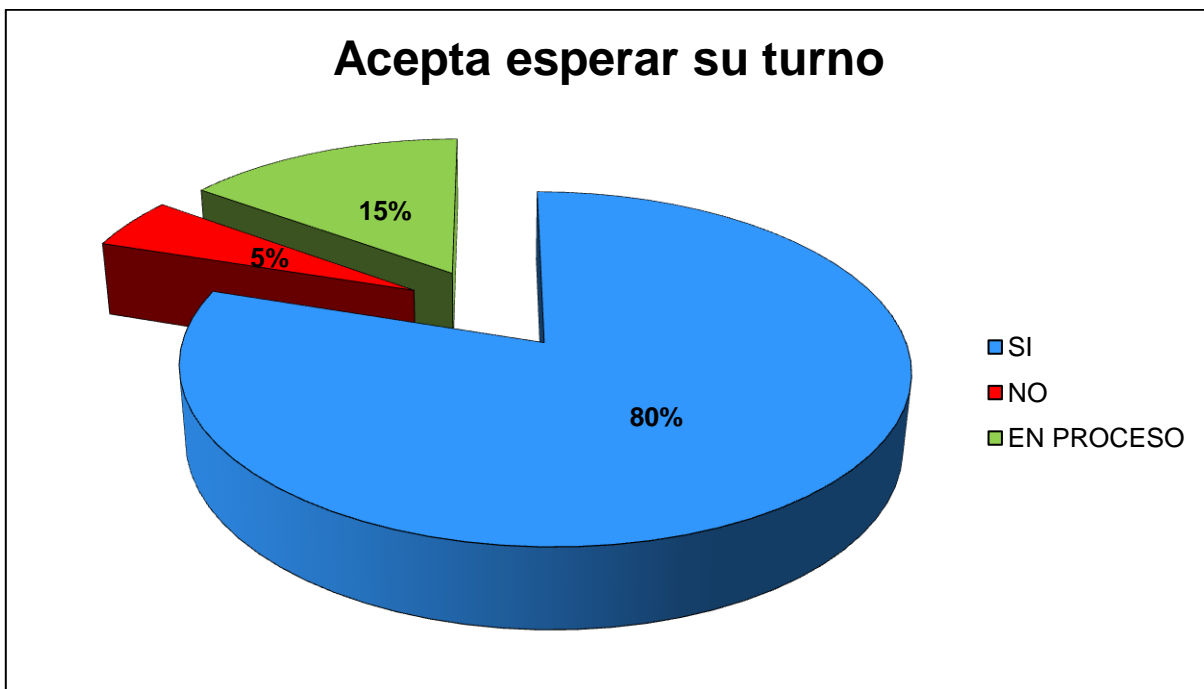
El 10% (n=2) restante no son capaces de transformar los objetos, darles vida, sentimientos, hablar con ellos impidiendo que su imaginación aflore. Este hecho podría darse porque estos niños/as carecen de estímulo ambiental.

## La actividad en cooperación reemplaza los contactos físicos



El 75% (n=15) de los niños/as observados al momento del juego libre con otros niños mostraron entusiasmo y alegría al realizar actividades en grupo y aunque en ocasiones surgieron pleitos por obtener un juguete determinado, lograron continuar su participación en lugar de adoptar actitudes de contacto físico impropio.

El 25% (n=5) restante prefiere jugar solo. Esto se debe a sus limitadas habilidades verbales y la falta de sociabilidad, pues no han tenido la oportunidad de relacionarse con otros niños. Algunos pelean con frecuencia y tratan de imponer su voluntad en los juegos, pues reproducen conductas aprendidas en su ambiente familiar.

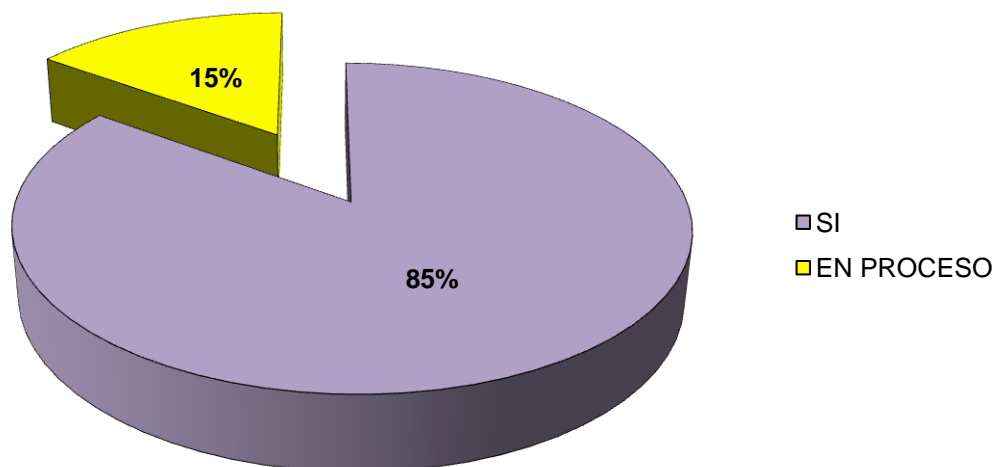


El 80% (n=16) de los niños/as observados durante el juego libre con otros niños se mostraron prestos a esperar su turno para realizar determinadas actividades. Se pudo apreciar que estos niños al tener la oportunidad de practicar estas conductas en su ambiente familiar, comprendían que si aguardaban un lapso de tiempo iban a poder continuar con el juego por lo que se sentían motivados.

Se observó que el 15% (n=3) de niños/as por la falta de interacción con sus pares, encontraron dificultad para acatar las normas y por su actitud de necesidad se aislaron temporalmente del grupo de juego. Esto se debe a que se encuentran en proceso de adquisición de estos comportamientos sociales pero aún necesitan que los adultos les repitan constantemente que deben esperar su turno.

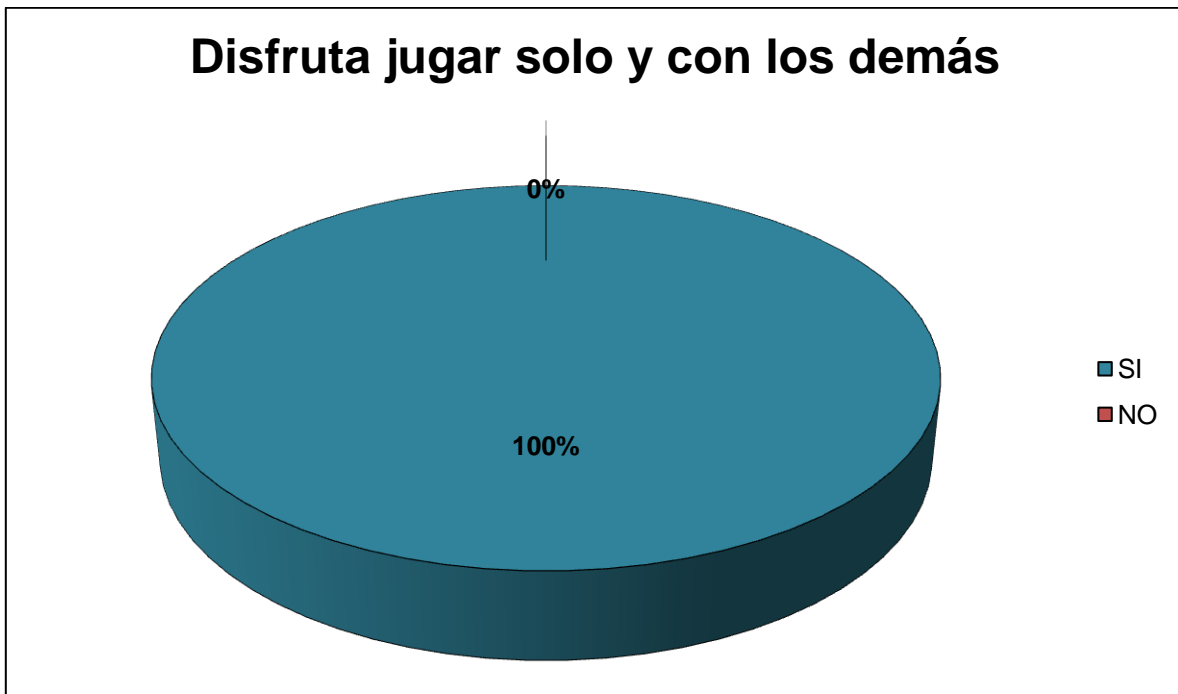
El 5% (n=1) restante aún es dominado por su egocentrismo, por lo que no es capaz de acatar las normas establecidas. Este niño no ha encontrado en su ambiente familiar la oportunidad de desarrollar esta conducta por sobreprotección al darle siempre prioridad y ser el primero en realizar toda actividad.

## Guarda los juguetes en su sitio bajo vigilancia del adulto



El 85% (n=17) de los niños/as luego de jugar con sus juguetes es capaz de guardarlos en el lugar donde se encontraban. En ocasiones el niño/a ordena los objetos de juego sin la necesidad de la advertencia del adulto. Esta iniciativa se reproduce por el ejemplo generado en su ambiente familiar.

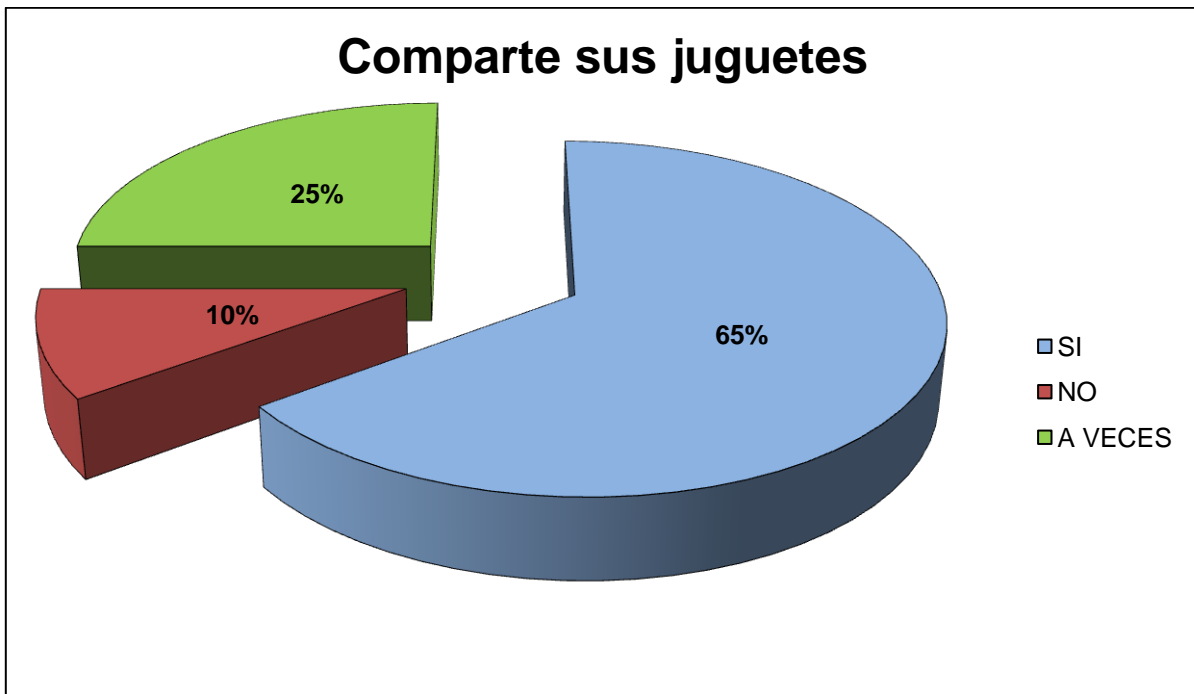
El 15% (n=3) restante está en proceso de adquirir esta conducta, pues en ocasiones requería de la insistencia del adulto para lograr cumplir con la tarea impuesta. Otros/as prefirieron continuar en el juego adoptando actitudes de desobediencia. En esta observación se evidenció que ante la falta de predisposición del niño para acatar esta norma, el adulto terminaba ordenando todo, privándole de la oportunidad de hacerlo por sí mismo.



Los veinte niños/as observados (100%), se divierten al jugar en grupo y al hacerlo individualmente. Se apreció que el acercamiento e interrelación con el otro en busca de un juego colectivo, les permitía tomar decisiones y resolver conflictos.

Al jugar en grupo se evidenció que algunos niños/as realizaron actividades en las que probaban varios papeles e identidades y esta experiencia les permitió una retroalimentación que no podrían obtener del adulto.

Mientras que otros niños compartían un mismo espacio físico al jugar, pero cada uno generaba su propio juego sin integrarse al otro (Juego en paralelo).

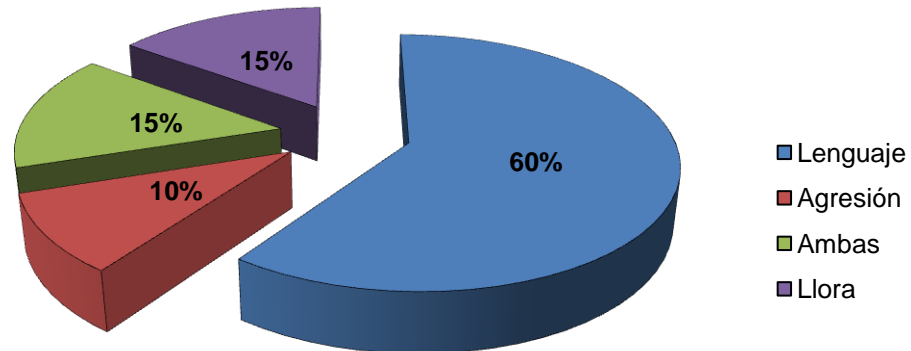


El 65% (n=13) de los niños/as comparte sus juguetes al momento de interrelacionarse con sus pares. Se evidenció que esta conducta se debe a las actitudes prosociales generadas por su familia pues el niño imita lo observado y lo reproduce dentro y fuera del hogar.

El 25% (n=5) de la muestra ocasionalmente comparte sus juguetes con los demás. Algunos de ellos esperan que el otro tome la iniciativa de compartir, mientras que otros lo hacen únicamente con las personas conocidas. Esto se debe a la falta de oportunidad para relacionarse con niños extraños al núcleo familiar lo que genera desconfianza e inseguridad.

El 10% (n=2) se niega a compartir los juguetes con los demás. Se evidenció que en este grupo de niños el juego con el otro surge paulatinamente como un proceso de socialización, por lo que esta conducta no debe apreciarse como inmadurez. En estos niños/as la falta de estímulo por parte de los adultos y la interrelación escasa con otros niños les impide imitar ese comportamiento.

## En las peleas, recurre al lenguaje o a la agresión física



El 60% (n=12) de los niños/as observados al experimentar un conflicto durante el juego con el otro, reaccionan defensivamente mediante el lenguaje oral. Esto se debe a que han adquirido un dominio del lenguaje como medio de expresión y lo utilizan para evitar el enfrentamiento.

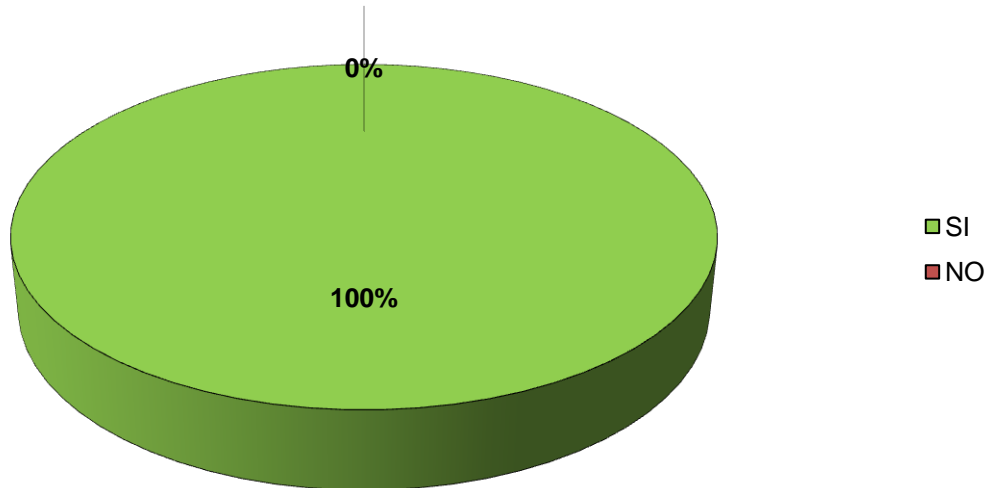
En el 15% (n=3) de los niños/as se encontró que recurren tanto al lenguaje como a la agresión física al momento del pleito. Otros usan el lenguaje como primera opción y luego al notar que no hay acuerdo agreden al otro. Algunos, a pesar de contar con un lenguaje adecuado que le permitiría resolver el conflicto a través de este, adoptan actitudes violentas para obtener lo deseado. Estas actitudes negativas pueden darse debido al medio ambiente en el que se desenvuelven, donde observan enfrentamiento entre los adultos con quienes conviven.

El 15% (n=3) de ellos reaccionaron mediante el llanto como única forma de defensa ante el enfrentamiento con el otro. Se evidenció que estos niños aún no han alcanzado una forma de comunicación verbal o gestual y se expresan mediante gritos y llanto, para llamar la atención del adulto que casi siempre termina resolviendo el conflicto creado. Estas actitudes también se manifiestan por la sobreprotección del adulto.

El 10% (n=2) restante, al enfrentarse a una situación de conflicto adopta actitudes violentas, agresivas y hostiles. Se observó que esta conducta problemática es el único medio de comunicación para aquellos cuyas capacidades lingüísticas están limitadas.

Algunos niños/as se expresan de esta manera debido a que reproducen este comportamiento de su hogar.

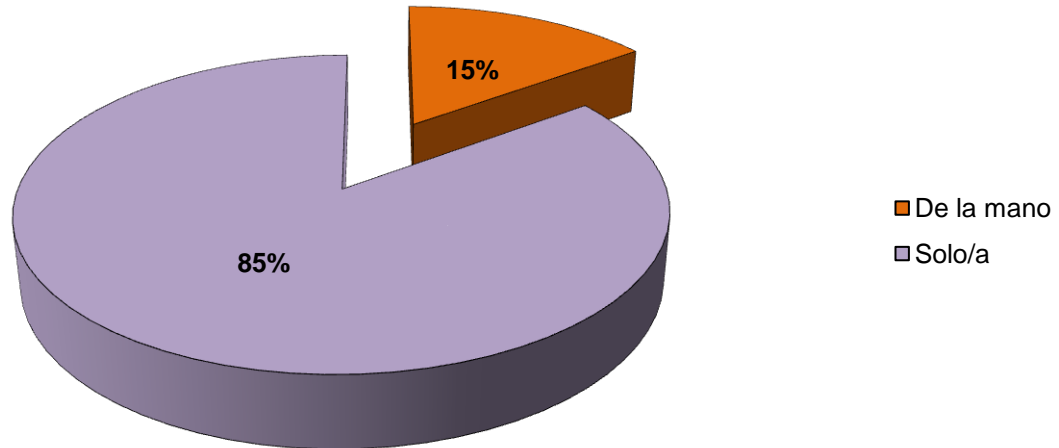
## En los paseos, tiene definido el lugar al que va a llegar



En este gráfico se evidencia que los veinte niños/as observados (100%) demostraron una ubicación espacial adecuada pues fueron capaces de verbalizar y señalar el lugar hacia donde se dirigían, inclusive localizándolo metros antes de llegar.

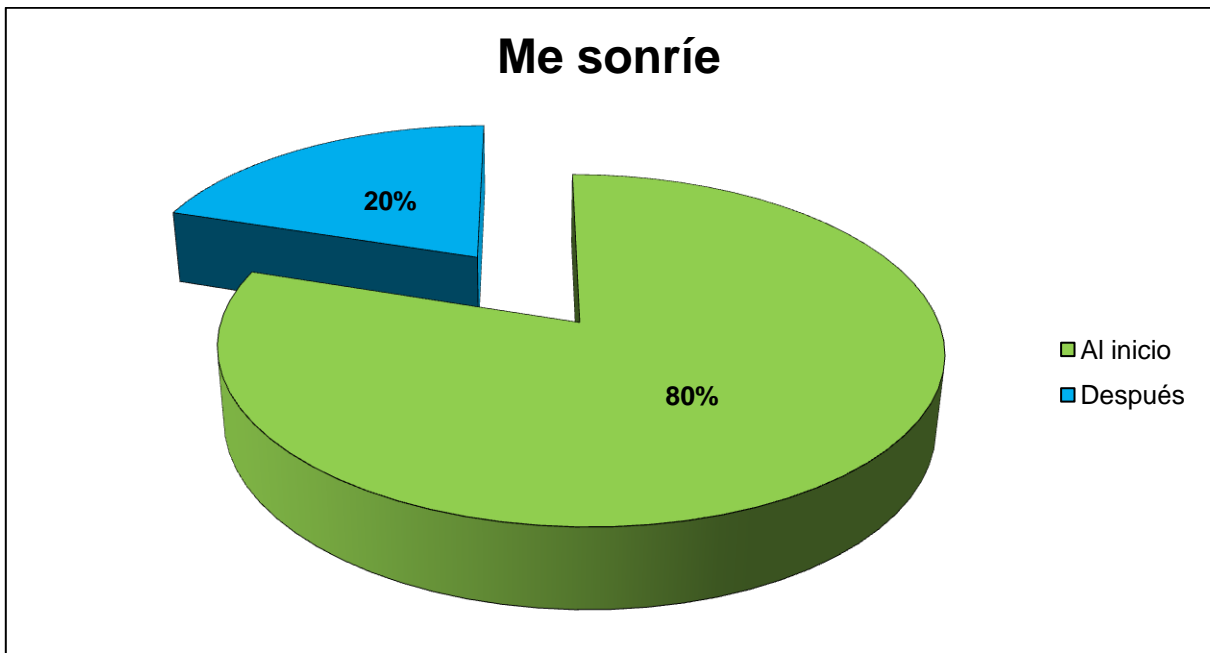
Dentro de este grupo de niños/as, un porcentaje mínimo se ve limitado a la exploración y reconocimientos de determinados lugares, esto se debe a la falta de oportunidad que sus padres les ofrecen por sus ocupaciones diarias y por la escasa importancia que les dan a los paseos de recreación por distintos sitios. Así algunas madres mencionaron que únicamente los niños salían con el adulto a la tienda o al parque más cercano.

## ¿Al caminar prefiere ir de la mano del adulto o lo hace solo?



El 85% (n=17) de los niños/as demuestran seguridad, pues prefieren caminar por la calle sin la necesidad de tomarse de la mano del adulto y solo requieren de ayuda para realizar los cruces de la calle, manifestando así un grado de autonomía acorde a su edad.

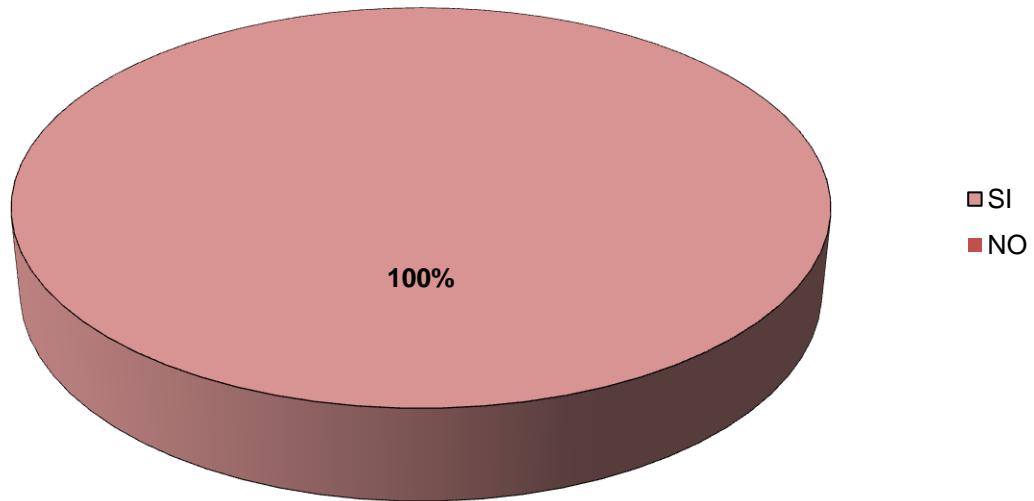
El 15% (n=3) restante aún dependen mucho de un adulto por lo que siempre busca ir de su mano. Esta actitud se genera debido a las condiciones de inseguridad física de los niños/as en sus lugares geográficos de residencia (barrios marginales) y a la sobreprotección que el adulto ejerce sobre ellos.



El 80% (n=16) de los niños/as al inicio de la observación se mostraron dispuestos y amigables, exhibiendo una sonrisa al momento del saludo y demostrando su entusiasmo y expectativa por la actividad que se iba a realizar en ese día. Estos niños evidenciaron esa actitud debido a que han tenido oportunidad de interactuar con familiares o personas extrañas, por lo que esta expresión (sonrisa) se dio espontáneamente.

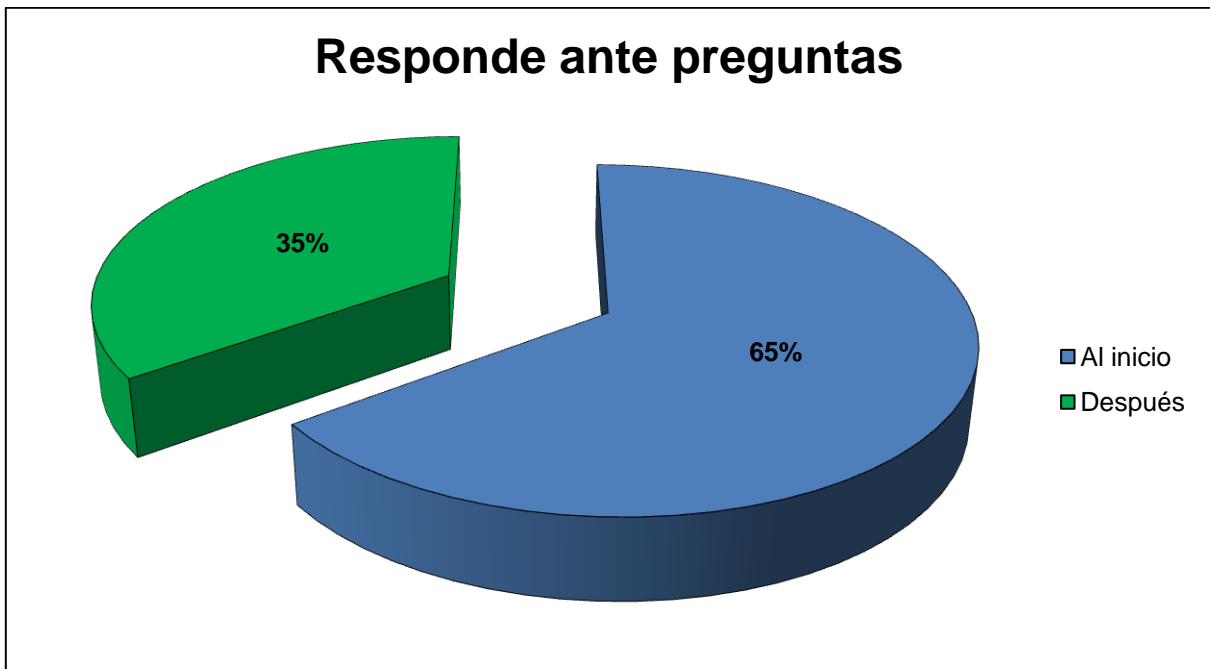
El 20% (n=4) de los niños/as se manifestaron un poco tímidos y serios al inicio de la observación. Sin embargo al adquirir en forma gradual su confianza se expresaron relajadamente dejando aflorar su sonrisa. Se observó que esta conducta de distanciamiento y desconfianza de los niños/as ante la presencia de un desconocido fue aprendida en el hogar ya que algunas madres les enseñaron a alejarse de personas extrañas, por su seguridad física, mientras que otras indicaron que esta actitud era considerada como normal y propia de su hijo/a.

## Se ríe cuando le cuento algo gracioso



Se observó que el 100% (n=20) de los niños/as se manifestaron mediante la risa, especialmente al relatarles situaciones poco usuales expuestas en los cuentos o al realizarles preguntas absurdas e ilógicas como: ¿Te ha crecido la nariz como a Pinocho?, Cuando vas al baño ¿haces bolitas de colores como este conejo del cuento?

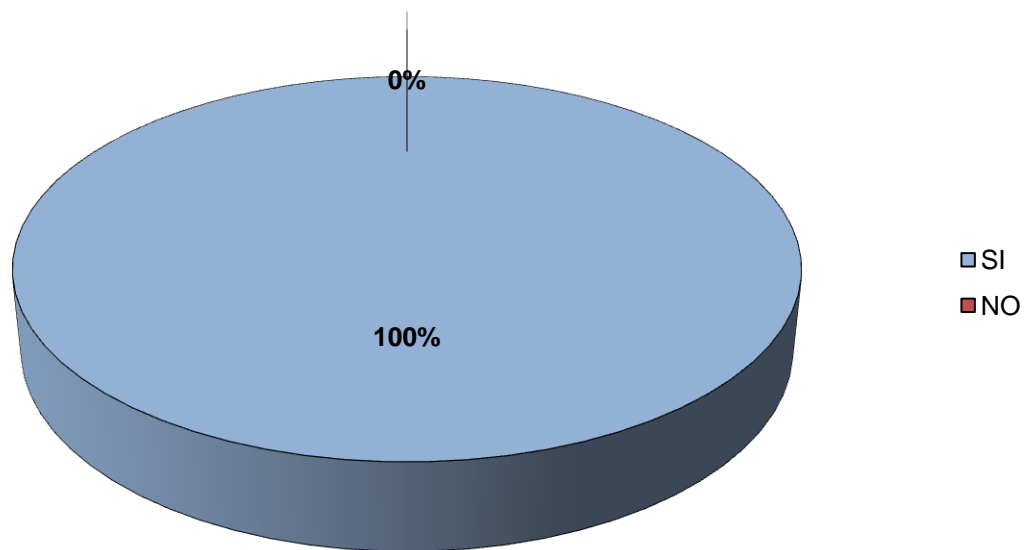
Aunque algunos niños/as en un inicio se mostraron tímidos, su sentido del humor afloró al escuchar relatos que resultaban cómicos.



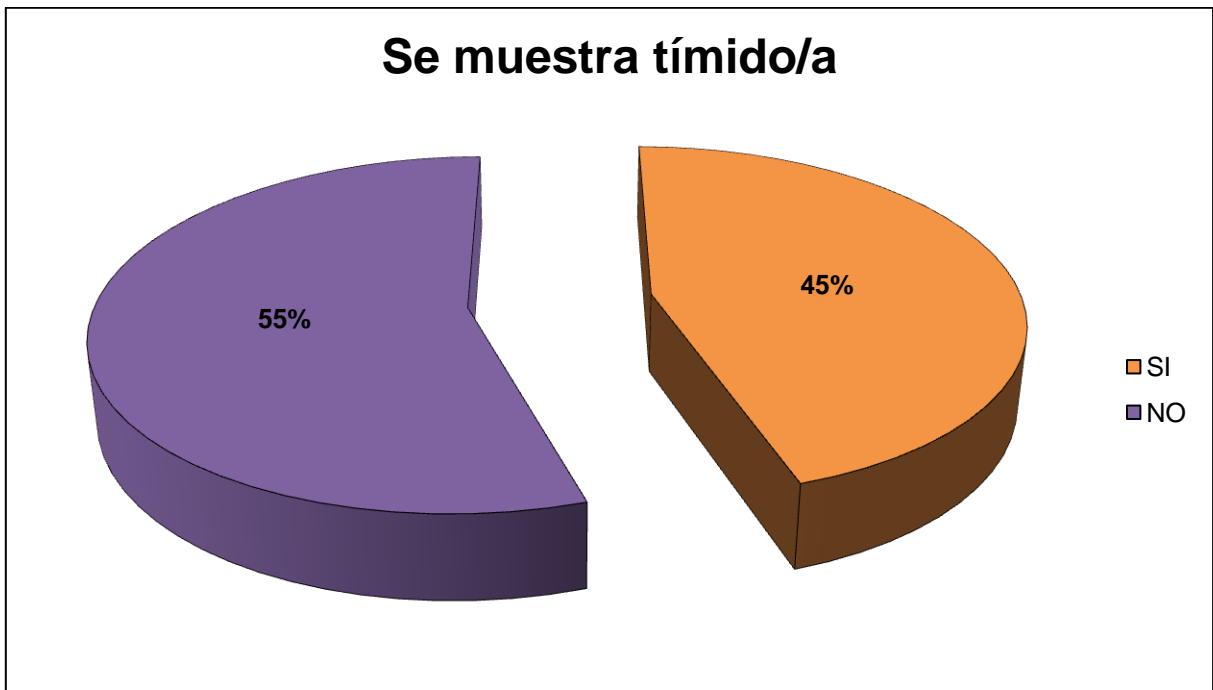
El 65% (n=13) de los niños/as observados, desde un inicio respondieron a las preguntas rutinarias sobre su identidad, estado de ánimo o deseo de realizar alguna actividad con el material propuesto. Muchos de ellos inclusive iniciaban el diálogo interrogando a la observadora. Esta actitud se genera debido a que el niño/a ha tenido la oportunidad de socializar por lo que logra fácilmente entablar conversaciones con personas conocidas o ajenas a su entorno.

El 35% (n=7) de niños/as al iniciar la observación se inhibieron de responder a las preguntas anteriormente citadas. Sin embargo, paulatinamente empezaron a contestar mediante monosílabos (sí, no) y posteriormente, debido a la confianza que se había generado luego de haber jugado juntos un buen tiempo, la mayoría terminaron pronunciando más palabras.

## Muestra interés ante la actividad

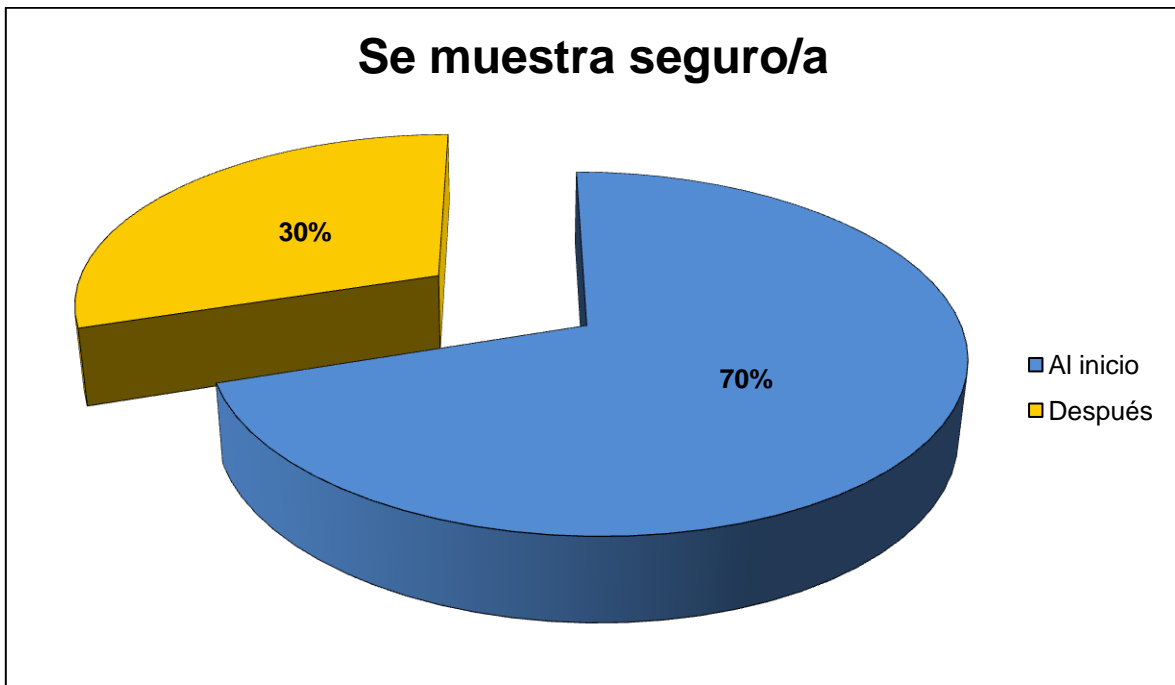


El 100% (n=20) de los niños/as se mostraron propositivos para realizar las actividades planificadas, ya que estas eran variadas e interactivas, lo que propició el interés en participar. Esta respuesta se debe posiblemente a que la mayoría de los niños/as por ser de escasos recursos económicos y al tener la posibilidad de entretenerse con un material novedoso y llamativo demostraron alegría y entusiasmo.



El 55% (n=11) de los niños/as observados se mostraron extrovertidos e inclusive algunos tuvieron expresiones efusivas de cariño hacia la observadora. Esto posiblemente se debe a experiencias previas positivas al interactuar con personas extrañas a su núcleo familiar, por lo que esta actitud surge espontáneamente.

El 45% (n=9) de la muestra al inicio evidenció timidez al ver a alguien extraño ingresar a su hogar, a pesar de encontrarse acompañados de su madre y/o padre. Posteriormente y en forma gradual lograron comunicarse demostrando sociabilidad. Esta actitud puede deberse a la falta de oportunidad de interactuar o por sobreprotección.



En el 70% (n=14) de los niños/as desde el inicio de la observación se evidenció una actitud de confianza y seguridad debido a que la mayoría de ellos permanecieron acompañados de algún familiar, aunque en determinados casos se quedaron únicamente con la investigadora durante las actividades. Este comportamiento se manifiesta debido a experiencias previas de relacionarse con personas extrañas a la familia.

El 30% (n=6) inicialmente demostró desconfianza e inseguridad a pesar de contar con la presencia del familiar, pues no respondía a las preguntas y bajaba la vista cuando se le hablaba. Esta situación se tornó positiva una vez que el niño se sintió a gusto e inclusive logró sugerir cambiar de juego. Los factores que inciden en esta actitud podrían deberse a la sobreprotección y la falta de interacción social.



El 100% (n=20) de los niños/as fue capaz de escoger la actividad que deseaba realizar o el material de juego, entre las diferentes opciones propuestas.

Algunos debido a su escaso lenguaje o a su timidez se limitaban a señalar los objetos que deseaban. Otros elegían el juego o material con una sola palabra (este). Determinados niños/as para estar seguros de haber sido entendidos por el otro, utilizaban frases completas en las que mencionaban las características del objeto deseado (el cuento del conejo, la masa de bolitas).

A esta edad, la capacidad de elección ya está presente, sin embargo existen factores que inciden para favorecerla como por ejemplo las oportunidades generadas en el ambiente familiar, en el contacto con otros niños/as o el interés propio al optar por determinado objeto.

#### 4.9. RESUMEN DEL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se han concentrado en macro variables o variables interrelacionadas

- Del análisis de las variables interrelacionadas con la *situación de los padres* se puede señalar que el 15% del universo investigado es el más vulnerable, pues representa a las adolescentes que ya fueron madres a los 15 años y paralelamente apenas tienen instrucción primaria, por lo que su proyecto de vida no es mejorar ni técnica ni socialmente ya que se encuentran limitadas por su baja situación socio-económica y su pobre autoestima. Como consecuencia el mismo porcentaje de niños estudiados presentan de alguna manera un manejo inadecuado en el estímulo del crecimiento y desarrollo.
- En cuanto a la *condición familiar*, a raíz del embarazo y nacimiento del niño, el 45 % del total de adolescentes solteras embarazadas se forzaron a establecer un hogar preferencialmente en unión libre pero que al poco tiempo se desestructuró, dato que se refleja en que el 15% se encuentran separadas.
- *El proyecto de vida del padre y madre adolescente* fue modificado; en el caso de las madres, el 65% de ellas pasaron a constituirse como amas de casa, mientras que el 35% restante se incorporó al sector productivo informal y artesanal con remuneraciones incipientes que no permiten la satisfacción plena de sus necesidades generando paralelamente dependencia económica familiar. En cuanto a los padres adolescentes algunos desertaron de sus estudios para asumir la paternidad en términos económicos y afectivos, pues el 65% de padres también son adolescentes.
- En relación con la variable: *embarazo, controles prenatales y parto*, se puede señalar que es un hecho de influencia generacional ya que el 70% de adolescentes embarazadas fueron hijas de madres adolescentes. Sus determinantes socio afectivos son: desestructura familiar, necesidad de reconocimiento y valoración. Esto se refleja en que un gran porcentaje de las adolescentes no desearon su embarazo pero lo asumieron luego de superar la crisis de reacción negativa debido al apoyo de su familia y/o pareja.

- Esto permite entender la razón por la cual únicamente la mitad de las adolescentes tuvieron controles prenatales desde el primer trimestre de edad gestacional, considerada muy importante, pues en ella se produce el desarrollo de los órganos y el cerebro del niño/a. Es relevante destacar que el 5 % de embarazadas solo llegaron al control médico en el último trimestre, lo que provocó un parto con complicaciones de salud en la madre y el niño/a, situaciones que demandan de un mejor control por parte del personal de salud para evitar el déficit en el desarrollo infantil.
- En relación al *cuidado infantil*, la responsabilidad recae en un 60% en la madre y en el caso de las madres que se han insertado a procesos laborales lo realizan en un 30% las abuelas. Este cuidado, según la valoración materna, produce conflictos de opinión en la crianza, arrogación del rol materno que facilita a las adolescentes seguir en su rol social y no se responsabilizan directamente de la crianza del niño/a. Estos aspectos redundan en la insatisfacción de necesidades básicas del niño/a en el caso de la alimentación, pues las abuelas no le exigen comer, lo hace más lentamente, se distrae mientras ve la televisión y en las actividades de recreación las abuelas tiene menos energía que las madres.
- *Independencia infantil*: se midieron aspectos de las funciones básicas como control de esfínteres, autonomía para vestirse, dormir y expresarse, obteniéndose como resultado que entre el 15% y el 20% de los niños/as presentan rasgos de inseguridad como temor a la obscuridad, falta de control de esfínteres con accidentes nocturnos y falta de interacción de comunicación con adultos. Este mismo porcentaje se encuentra en el desarrollo social valorando un 20% de niños tímidos que superan el contacto con extraños en un proceso de aproximación progresiva con la nueva persona.
- *Valoración de lo negativo*: el 95% de los niños son capaces de señalar las cosas que no les gusta, no quieren o les molesta y frente a situaciones de conflicto reaccionan en un 65% con una irritación aceptable, mientras que el 35% manifiesta agresividad física y/o verbal que se traduce en un aprendizaje de la disciplina familiar que se refleja en la forma paternal de castigar cuando el niño no come o no cumple una orden.

- *Juego*: constituye un factor fundamental para el aprendizaje del orden, normas, estrategias de negociación, cumplimiento de reglas, juego en grupo, desarrollo de la imaginación y creatividad que han alcanzado en un 85% de los niños investigados. El 15% restante requiere para su desarrollo estimulación y dedicación de calidad de tiempo por parte del adulto responsable de su cuidado.

## CONCLUSIONES

Las madres adolescentes de la presente investigación, residentes en el sector sur de la ciudad de Quito, de estrato socio- económico bajo, que reciben atención médica en el Centro de Salud N°4 de Chimbacalle, desde el momento del embarazo enfrentaron situaciones adversas: hogar disfuncional, incompreensión y abandono de la pareja y/o la familia, deserción escolar, entre otras.

Entre las causas que inciden en el embarazo adolescente constan la influencia de los medios de comunicación hacia la libertad sexual y factores de tipo afectivo social como: inicio precoz de las relaciones sexuales, estructura familiar disfuncional, necesidad de compañía, amor, exceso de confianza en sí misma y/ o presión de la pareja, entre otras.

La primera reacción ante la noticia del embarazo en la adolescente genera en los padres y pareja un estado de crisis que progresivamente se supera conforme avanza el embarazo y parto. Mientras que en la adolescente esta situación le provoca: miedo, ansiedad, depresión, baja autoestima, sentimientos de culpa y vergüenza.

Todas las adolescentes observadas abandonaron sus estudios y luego del nacimiento de su hijo/a, algunas retomaron su formación académica con el apoyo emocional y económico de su familia y/o pareja.

Al momento el 35% de las adolescentes para solventar las necesidades económicas de su nueva familia accedieron a empleos de tipo artesanal, por los cuales perciben salarios mínimos que las mantiene en un estatus socio económico bajo.

Para la mayoría de madres adolescentes observadas, el matrimonio no constituía su prioridad y el embarazo forzó una relación de pareja en matrimonio o unión libre poco estable que terminó desestructurándose.

La investigación confirma la teoría acerca de la reproducción de prácticas y conductas sociales cíclicas del embarazo adolescente y verifica que el embarazo adolescente genera mayor probabilidad de repetir embarazos en un intervalo corto de tiempo.

Existe conocimiento y práctica de los beneficios del control prenatal precoz del binomio madre – hijo/a, por lo que un porcentaje mínimo presentó complicaciones al momento del parto.

La mayoría de niños/as del presente estudio permanecieron al cuidado de su madre en el primer año de vida, lo cual permitió establecer un lazo afectivo para su desarrollo integral.

En los niños de 3 a 4 años, hijos de estas madres adolescentes, se observó que a pesar de las condiciones negativas en su entorno prenatal y natal, solo algunos tuvieron peso bajo al nacer, lo que no estuvo relacionado con la edad de la madre sino con un cuidado y nutrición prenatal inadecuados. Al momento en su mayoría tienen un desarrollo físico acorde con la edad cronológica.

El comportamiento y nivel de desarrollo de estos niños/as, en la mayoría es adecuado, pues están en capacidad de comer, vestirse, asearse por sí solos y controlar esfínteres.

Al respecto de la comunicación, la mayoría de los niños/as analizados son capaces de escuchar, prestar atención y expresarse a través del lenguaje. Un pequeño porcentaje se manifiesta con gestos o actitudes, tanto por su dificultad para socializar con personas ajenas a su entorno, como por su lenguaje deficiente.

En relación al juego, la mayoría de niños/as de la presente investigación son capaces de imaginar, dramatizar y dar vida a objetos inanimados, atribuyéndoles sensaciones y emociones. Al momento del juego libre con otros niños/as muestran entusiasmo y alegría al realizar actividades. Un pequeño grupo debido a sus limitadas habilidades verbales y la falta de sociabilidad prefiere jugar solo.

Más de la mitad de los niños/as observados al experimentar un conflicto durante el juego con el otro reaccionan defensivamente mediante el lenguaje oral, algunos adoptan actitudes violentas, agresivas y hostiles. Esta reacción negativa refleja el medio ambiente donde conviven pues observan enfrentamiento entre los adultos.

Un gran porcentaje de niños/as de este estudio, desde el inicio evidenciaron actitudes de confianza y seguridad, se mostraron amigables, propositivos, extrovertidos y sociables con la observadora, posiblemente debido a experiencias previas positivas al interactuar con personas ajenas a su núcleo familiar.

La insuficiente motivación, presión familiar, falta de tiempo y oportunidad para que el niño/a alcance su autonomía son factores que inciden para que el resto de niños de este estudio no logren un pleno desarrollo, pues se observó que ninguno tiene impedimento en su motricidad y coordinación y otros aún están en proceso de adquirir estas destrezas que favorecen el desarrollo integral.

## RECOMENDACIONES

Es importante que en las instituciones educativas y en el hogar los temas referentes a la sexualidad sean abordados abiertamente y con un conocimiento científico.

Los temas sobre salud sexual y reproductiva, así como los derechos de las adolescentes que constan en el Código de la Niñez y la Adolescencia, deben ser socializados en los establecimientos educativos, sin el afán de prohibir las relaciones sexuales precoces, sino con la finalidad de que las jóvenes sean capaces de tomar las decisiones adecuadas.

Apoyar emocionalmente a la adolescente embarazada en las diferentes instancias donde acuda en busca de soporte: en el hogar, el colegio, en la atención de salud, en lugares de trabajo, etc., para propiciar un ambiente adecuado que permita el desarrollo integral de ella y su hijo/a.

Fomentar el control prenatal en la adolescente desde el inicio del embarazo, debido a que en el primer trimestre se lleva a cabo el desarrollo de los órganos y sistemas del nuevo ser. A través de este control, la adolescente podrá recibir asesoría en relación a la adecuada nutrición y cuidados durante el período de gestación.

Estimular a través de talleres motivacionales para que las adolescentes embarazadas y sus parejas puedan alcanzar su madurez emocional que les permita encontrar su proyecto de vida y decidan adecuadamente antes de formalizar un compromiso de unión.

Es deseable que la madre permanezca al cuidado del niño por lo menos durante el primer año de vida, para fomentar los lazos afectivos de este binomio madre-hijo, como por ejemplo a través de la lactancia que le brinde una adecuada nutrición lo que repercutirá en la buena salud del niño/a.

Propiciar talleres educativos dirigidos a estas madres adolescentes para que adquieran habilidades y destrezas en el manejo y cuidado de su hijo/a.

Es importante educar a las madres o a la persona que queda al cuidado del niño la necesidad de crear ambientes adecuados que lo motiven en su desarrollo integral, respetando el ritmo natural e individual de cada niño/a, fomentando la autoestima y confianza, brindándoles la oportunidad para adquirir autonomía en sus actividades cotidianas.

Es primordial que en el hogar se estimule la realización de actividades que permitan al niño establecer el diálogo permanente y la socialización con el adulto y/o sus pares.

Propiciar en el adulto el afecto y respeto hacia el otro evitando que en la familia existan conductas agresivas y violentas que repercuten negativamente en el comportamiento del niño/a quien reproduce estas prácticas.

Fomentar en el adulto responsable del cuidado del niño/a, la utilización adecuada del tiempo dentro y fuera del hogar, para participar en las actividades recreativas con los niños/as y propiciar en ellos la interrelación con sus pares.

Enseñar a las madres alternativas de estimulación con implementos que pueden realizarse en casa y con ciertas actividades lúdicas que permitan el desarrollo integral del niño/a.

Realizar seguimiento de estos niños/as de la presente investigación, a través de estudios posteriores que permitan observar su comportamiento a lo largo de su trayectoria en la vida escolar y familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros

Arturo, Daniel. Pedagogía infantil. Bogotá Colombia. Universidad Distrital Francisco José Caldas, 2005.

Ausubel David, Sullivan Edmund. El desarrollo Infantil II El desarrollo de la personalidad. México, Editorial Paidós, 1989.

Barros Vera, Bossa, N.a. Evaluación Psicopedagógica de 0 a 6 años: Observar, analizar e interpretar el comportamiento infantil. Madrid, Narcea S.A de Ediciones, 2001.

Canova, Francisco. Sicología Evolutiva del Niño. Bogotá-Colombia, Ediciones Paulinas, 4ta edición, 1989.

Davini María Cristina, Gellon Silvia, Rossi Ana. Psicología General. Buenos Aires- Argentina, Editorial Kapeluz, 1978.

Foucault, Michael. Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. Siglo veintiuno editores, México, 1997.

Gesell, Arnold. El niño de 1 a 5 años. Guía para el estudio del desarrollo preescolar. Buenos Aires-Argentina, Editorial Paidós, 1963.

Hamann, Aimé. L'abandon corporel. Editorial Seuil, 1973.  
Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ecuador, 2010.

Martínez, Roberto. La salud del niño y del adolescente. México, Editorial el manual moderno, 2001.

Maturana, Humberto. Amor y Juego. Santiago de Chile, Editorial Instituto de Terapia Cognitiva, 1993.

Meece, Judith. Desarrollo del niño y del adolescente para educadores. México, McGraw-Hill, 2000.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Quito-Ecuador, 2007

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolos de Atención Integral a Adolescentes. Quito- Ecuador, 2009.

Naranjo, Jorge. El Perfil de las Usuarias Adolescentes del Hospital Gineco-Obtétrico "Isidro Ayora". Quito, FIPA,2000

Naranjo, Jorge. Memorias del primer curso internacional de adolescencia. Quito-Ecuador. 2001.

Nelson, Waldo. Tratado de Pediatría. Barcelona-España, Salvat Editores, 1988.

Organización Panamericana de la Salud. Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño. Washington D.C., segunda edición,1994.

Papalia Diane, Wendkos Sally. Psicología del Desarrollo. Santa Fé Colombia, McGraw Hill. 7ma. Edición, 1998.

Pérez Crisólogo, Salem M. Isabel. Embarazo en adolescentes. Saberes, significados y consecuencias. Ecuador, Ministerio de Salud Pública, 2000.

Reich, Wilhelm. La revolución sexual. Ediciones el Topo, 1970.

Rice, Philip. Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura. España, Prentice Hall, Novena edición, 1999.

Riedemann, Vivianne. Educación Sexual en la escuela. Guía para el orientador de púberes y adolescentes. México, Editorial Paidós, 1999.

Roffey Sue, O'Reirdan Terry. El comportamiento de los más pequeños: necesidades, perspectivas y estrategias en Educación Inicial. Madrid, Narcea S.A de Ediciones, 2004.

Verdugo Alonso, Miguel Ángel. Discapacidad intelectual: adaptación social y problemas de comportamiento. Madrid-España, Editorial Pirámide, 2009.

## **Artículos**

Burín, Mabel. La Familia: Sexualidades permitidas y prohibidas. En Género y familia, Buenos Aires-Argentina, 1998.

Burín, Mabel. La relación entre padres e hijos adolescentes. En Género y Familia, Buenos Aires-Argentina, 1998.

Campos, Alvaro. ¿Didáctica? De la sexualidad. Artículo del Postgrado de Adolescencia. UASB, Quito-Ecuador, 2003

Monroy, Anameli. Pubertad, adolescencia y cultura. En la Salud del Adolescente y el Joven de las Américas. Washington D.C., OPS, 1985.

Salazar, Diego. Adolescencia, cultura y salud. En la Salud del Adolescente y del Joven. Washington D.C., OPS, 1995.

Tenorio, Rodrigo. Maternidad y Paternidad. En intimidad desnuda, sexualidad y cultura indígena. Quito-Ecuador, Abya- Yala, 2000

Uriza, Germán. Métodos Anticonceptivos. Anticoncepción en adolescentes. En Memorias del Tercer Congreso Colombiano de Sexualidad en Adolescencia. Bogotá-Colombia, UNFPA, 1999.

Velandia, Manuel. Identidad sexual y derechos sexuales. Tercer Congreso Colombiano de sexualidad en la adolescencia. Bogotá-Colombia, UNFPA, 1999.

## **Tesis**

Burbano. Sonia. El proceso de resiliencia en madres adolescentes. Quito-Ecuador. 2004

Genovese, Lorena. Causas más frecuentes que conllevan al embarazo en las adolescentes que asisten a la consulta en el Centro de Salud N°4 Chimbacalle y su repercusión en la familia durante el período Enero Marzo 2007. Quito- Ecuador, 2008.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1**

#### **ENTREVISTA A LA MADRE**

##### **Datos de la Madre**

Nombre y Apellido:

Edad:

Nivel de Instrucción:

Estado Civil:

Ocupación:

Dirección (Sector)

Número de hijos:

Edad del padre del niño/a:

La abuela del niño/a, ¿fue madre adolescente?

Si                      No

1. El embarazo fue:

Deseado                      No deseado

2. Causa del embarazo:

¿No se cuidó con anticonceptivos?

¿Deseaba tener un hijo/a?

¿Presión de su pareja (prueba de amor)?

¿Necesidad de compañía (Soledad)?

Otros... especifique

3. ¿Quién le apoyó en su embarazo?

Pareja

Familia

Otros...

4. ¿Cuál fue su reacción ante el embarazo?

Alegría

Tristeza

Preocupación

Depresión

Otros

5. ¿Recibió atención durante el embarazo?

Primeros tres meses

Del 3ero al 6to mes

Del 6to al 9no mes

6. ¿El parto fue?

Normal

Cesárea

7. ¿Tuvo complicaciones el niño al nacer?

Peso bajo

Asfixia

Infecciones

Otros

8. ¿De quién recibió apoyo en el primer año de vida de su hijo/a?

Pareja

Familia

Otros

9. ¿De quién depende económicamente usted y su hijo/a?

Pareja

Familia

Otros

10. ¿Quién le cuidó al niño en los primeros 2 años de vida?

11. ¿Con quién pasa el niño/a durante el día?

### **Datos del Niño/a**

12. Comportamiento a la hora de Comer:

- a) ¿Come solo?
- b) ¿Lo hace a una velocidad adecuada?
- c) ¿Disfruta del momento de la comida?
- d) ¿No quiere comer?

13. ¿Con quién come?

14. Comportamiento a la hora de dormir:

- a) ¿Duerme solo?
- b) ¿Concilia el sueño fácilmente?
- c) ¿Necesita de algún estímulo para dormir (cuento, juguete, alimento)?
- d) ¿Refleja algún temor o miedo al momento de dormir?

15. Control de Esfínteres:

¿Empieza a dormir toda la noche sin mojar la cama y durante el día atiende a sus necesidades de evacuación por sí solo?

16. Comportamiento a la hora de vestirse y al asearse:

- a) ¿Se viste solo, casi sin ayuda?
- b) ¿Escoge la ropa que va a usar?
- c) ¿Se preocupa por el aseo diario de su hijo/a?
- d) ¿Qué le dice a su hijo mientras lo ve vistiéndose?
- e) ¿Se lava las manos y se cepilla los dientes solo?

## **17. Comunicación**

- a) Verbaliza su interés por adaptarse a las normas preguntando: ¿Está bien así?
- b) Expresa sus deseos mediante el lenguaje: Quiero hacer esto.
- c) Verbaliza sus limitaciones ante alguna acción: No puedo.
- d) Expresa su negativa ante alguna acción con una frase: No quiero, no tengo ganas.
- e) Disfruta mucho de hablar consigo mismo.
- f) Se puede negociar con él. (arreglas los juguetes y nos vamos al parque)
- g) ¿Cuando se muestra molesto frente a una situación, recupera la calma fácilmente?
- h) ¿Ha experimentado ansiedad o celos frente a otro niño de su misma edad o por la llegada de un hermanito?

## **18. Actividades de Juego:**

- a) Al jugar dramatiza e imagina situaciones.
- b) Acepta esperar su turno
- c) Guarda los juguetes en su sitio bajo vigilancia del adulto.
- d) Disfruta del juego con los demás y también le gusta jugar solo o en paralelo.
- e) Le gusta compartir sus juguetes.
- f) ¿Al pelear con otros niños, prefiere recurrir al lenguaje que a la agresión física?
- g) ¿En los paseos, tiene definido el lugar al que va a llegar?
- h) ¿Al caminar prefiere ir de la mano del adulto o lo hace solo?

## ANEXO 2

### GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL NIÑO/A DE 3 A 4 AÑOS

Nombre y Apellido:

Edad:

#### 1. Comunicación

- a) Verbaliza su interés por adaptarse a las normas preguntando: ¿Está bien así?
- b) Expresa sus deseos mediante el lenguaje: Quiero hacer esto.
- c) Verbaliza sus limitaciones ante alguna acción: No puedo.
- d) Expresa su negativa ante alguna acción con una frase: No quiero, no tengo ganas.
- e) Puede adaptar su accionar al oír una palabra de orden y modificar su juego motor para seguir la palabra.
- f) Se puede negociar con él. (arreglas los juguetes y nos vamos al parque)
- g) Tiene mucho entusiasmo por agradar y puede mostrarse muy dócil esperando la aprobación del otro.
- h) Es capaz de realizar encargos teniendo en cuenta las instrucciones de precaución dadas por el adulto. (tráeme un vaso con agua sin derramar)
- i) ¿Cuando se muestra molesto frente a una situación, recupera la calma fácilmente?
- j) ¿Ha experimentado ansiedad o celos frente a otro niño de su misma edad o por la llegada de un hermanito?
- k) Capta los estados emocionales del otro.

#### 2. Actividades de Juego:

- a) Al jugar dramatiza e imagina situaciones.
- b) Combina juguetes como cubos y autos y crea una historia convirtiendo los juguetes simples en autopistas, garajes, puentes, etc.
- c) La actividad en cooperación reemplaza los contactos físicos.
- d) Acepta esperar su turno
- e) Guarda los juguetes en su sitio bajo vigilancia del adulto.
- f) Disfruta del juego con los demás y también le gusta jugar solo o en paralelo.
- g) Le gusta compartir sus juguetes.

- h) ¿Al pelear con otros niños, prefiere recurrir al lenguaje que a la agresión física?
- i) En los paseos, tiene definido el lugar al que va a llegar?
- j) ¿Al caminar prefiere ir de la mano del adulto o lo hace solo?

**3. Relación con la entrevistadora:**

- a) Me sonrío
- b) Se rie cuando le cuento algo chistoso
- c) Responde ante preguntas
- d) Muestra interés ante la actividad
- e) Se muestra tímido
- f) Se muestra seguro
- g) Es capaz de elegir

## **ANEXO 3**

### **ENTREVISTA A PEDIATRAS**

**Nombre:**

**Lugar de Trabajo:**

**Actividad que realiza en su lugar de trabajo:**

1. ¿Cuál es el tipo de parto más frecuente en madres adolescentes y cuáles son los factores que inciden para que el parto sea por cesárea?
2. ¿Qué complicaciones al momento del nacimiento ha encontrado en los niños/as hijos/as de madres adolescentes?
3. ¿Cómo mira la relación de apego de la madre hacia su hijo/a?
4. Las destrezas de la adolescente en el manejo de su hijo/a, ¿son adecuadas?
5. ¿Qué persona le acompaña a la consulta pediátrica de su hijo/a?
6. La maternidad ¿ha producido cambios en la adolescente? ¿cuáles?
7. ¿Cómo ve el crecimiento y desarrollo de esos niños?

## **ANEXO 4**

### **ENTREVISTA A PSICÓLOGA Y ADOLESCENTÓLOGA**

**Nombre:**

**Lugar de Trabajo:**

**Actividad que realiza en su lugar de trabajo:**

1. ¿Cuál es la reacción de la adolescente ante el embarazo?
2. ¿Cómo reaccionan los padres y la pareja de la adolescente ante el embarazo?
3. Las madres adolescentes, ¿reciben el apoyo emocional y económico de la pareja y familia desde el momento del embarazo?
4. ¿Cómo observa el vínculo madre/hijo/a durante la consulta?
5. ¿Qué persona le acompaña a la consulta médica/psicológica de su hijo/a?
6. La maternidad ¿ha producido cambios en la adolescente? ¿cuáles?

## **ANEXO 5**

### **ENTREVISTAS**

A continuación se resumirá lo sustancial de las entrevistas realizadas a distintas profesionales vinculadas al tema principal de la tesis que son las madres adolescentes y los niños y niñas.

#### **Dra. Dora Carrera (Pediatra del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora)**

En el Ecuador en los últimos 5 años se ha incrementado en forma considerable el embarazo en adolescentes menores de 14 años. El porcentaje de madres adolescentes que acuden al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora es aproximadamente del 28%.

En el 70% de las adolescentes, el tipo de parto es vaginal, el resto lo hacen por cesárea debido a complicaciones como cesárea anterior, desproporción corporal de la madre (cuerpo pequeño).

Las complicaciones más frecuentes de estos niños/as al momento de nacer son las siguientes: prematuridad y bajo peso.

Casi el 100% de los niños/as hijos de madres adolescentes no son planificados ni deseados, a pesar de este hecho, se evidencia un buen apego madre-hijo, especialmente cuando los controles de este binomio se han realizado en un centro médico y han contado con el apoyo del equipo interdisciplinario: psicólogo/a, trabajador/a social, pediatra y ginecólogo/a.

Además el apoyo familiar, de la pareja y del colegio constituyen un soporte emocional muy importante para fomentar el apego y el manejo adecuado del niño/a.

Todas las madres adolescentes atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora acuden al Banco de leche, donde reciben asesoría técnica sobre lactancia materna.

Muchas de las madres acuden a la consulta pediátrica solas, debido a que su pareja trabaja, aunque el apoyo de ellos se da en menos del 50% de los casos.

En ocasiones la adolescente acude con su madre y cuando lo hace con la hermana menor, a esta se le habla sobre salud sexual y reproductiva y la importancia de la prevención del embarazo adolescente y a la madre adolescente se le capacita sobre la prevención del embarazo subsecuente.

La maternidad precoz ha generado cambios importantes en las adolescentes, algunos son negativos porque ellas han tenido que dejar su proyecto de vida y otras se han separado de su pareja; aunque en la mayoría se ha visto que esta circunstancia les ha permitido madurar y tomar decisiones en relación a su vida futura.

En relación al crecimiento y desarrollo de los niños menores de un año se puede constatar que no hay mucha preocupación de la madre por estimular tempranamente a su hijo/a, por lo que se evidencia un retraso en el desarrollo psicomotriz. Estos niños y sus madres son remitidos al servicio de estimulación que brinda este Centro Hospitalario.

### **Dra. Cecilia Zurita (Psicóloga del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora)**

Algunas adolescentes debido a que enfrentan problemas familiares, huyen con su pareja y se embarazan. Otras buscan el embarazo para sentirse realizadas como mujeres. Para las indígenas la maternidad es su proyecto de vida, por lo que el embarazo en la adolescencia no es un problema.

Existen familias que son tolerantes ante el embarazo de su hija adolescente y creen que es normal debido a que en la familia este hecho se presenta con frecuencia.

En las adolescentes menores, el embarazo se da por violación o por consentimiento de ellas, pues intentan reproducir la conducta observada en su hogar. Además existe temor sobre el uso de métodos anticonceptivos.

En un inicio la reacción de la adolescente ante el embarazo es de susto, culpabilidad, sienten que han cometido un pecado. Algunas llegan a una depresión leve que se menciona con el término de trastorno de adaptación al embarazo. En pocas adolescentes en las que su embarazo fue producto de violación o incesto, se presenta depresión severa.

Muchas adolescentes ocultan el embarazo, no saben cómo comunicar esta noticia a los demás ni dónde acudir, por lo que en un 50% retardan el control prenatal al segundo o tercer trimestre de su embarazo. Esta situación en algunos casos ocurre por tener familias maltratantes, por temor a la reacción de su pareja, entre otros factores. La familia en ocasiones apoya a la madre, con la condición que ella abandone a su pareja.

En promedio, las madres adolescentes atendidas tienen un nivel de instrucción de cuarto, quinto y sexto curso, por lo que son madres escolarizadas, en ellas se evidencia que sí

cumplen adecuadamente su rol de madres. Aunque se debe plantear, ¿qué tipo de educación sexual se está impartiendo? y si va dirigida hacia el aspecto reproductivo únicamente o hacia el afectivo.

Se observa que las madres adolescentes menores (de 10 a 14 años) tienen un mal manejo de su hijo/a, pero mediante la asesoría de profesionales de la salud y el apoyo de su familia, aprenden.

La pareja adolescente no sabe qué rol asumir ante el embarazo y la llegada de su hijo/a. Muchos dejan de estudiar, para trabajar y aportar a su nuevo hogar. Existe un mayor porcentaje de parejas que son jóvenes adultos (20-25 años).

Cuando la pareja de la adolescente es adulta (30-40 años) ella ve en él una figura de protección y él asume el rol de padre.

La madre adolescente no considera importante el acompañamiento de su pareja a las consultas pediátricas, relegándolo al papel de proveedor económico.

La mayoría de las abuelas limitan el rol de la madre y se hacen cargo del niño, invisibilizando a su propia madre y padre. Sienten que deben ayudar y asumen el rol de la maternidad.

En relación al crecimiento de los hijos/as de madres adolescentes, menciona que en este Servicio de Salud se fomenta la nutrición a base de leche materna hasta los 6 meses, luego de este tiempo, algunas madres por descuido o negligencia generan en sus hijos desnutrición y peso bajo.

Algunas madres adolescentes después del embarazo tienen una reacción negativa, se ven limitadas a vivir su adolescencia y vuelcan su frustración mediante maltrato emocional hacia su hijo/a. Otras han visto el embarazo como un reto y lo han superado adecuadamente y les ha ayudado a mejorar su carácter y la relación con su familia. En la mayoría se ha visto que el embarazo ha suscitado en ellas cambios positivos.

#### **Dra. Diana Pérez (Pediatra del Centro de Salud N°4)**

En el Centro de Salud N°4, el embarazo adolescente se ha incrementado en los últimos años.

Las madres adolescentes en un 90% tienen parto de tipo vaginal y en las que se realiza cesárea es generalmente por pelvis estrecha.

Se observa peso bajo como complicación más frecuente en los niños, hijos de madres adolescentes.

En las madres adolescentes se evidencia que tienen un buen apego hacia su hijo/a. En las adolescentes menores de 15 años en un inicio existe dificultad en el manejo de su hijo/a, sobre todo en lo referente a la lactancia materna. Ellas sienten temor e inseguridad, pero tienen buena predisposición y actitud para aprender. El acompañamiento de su pareja o de algún familiar es importante como soporte emocional en esta situación.

Estas madres acuden a la consulta pediátrica de su hijo/a en su mayoría con un familiar que generalmente es su madre y/o pareja.

Luego del parto, las madres adolescentes presentan baja autoestima, se sienten inseguras, deprimidas. Una vez superada esta etapa de crisis emocional se recuperan, su apariencia mejora, se sienten más seguras y en las consultas posteriores prescinden del acompañamiento de algún familiar y acuden solas con su hijo/a.

#### **Dra. Sonia Burbano (Adolescentóloga del Centro de Salud N°4)**

La adolescente ante la noticia de un embarazo, que generalmente no ha sido planificado, acude a la consulta médica con su pareja, amigas o un familiar. Ellas sienten temor, ansiedad y culpa y solicitan ayuda en esta situación de crisis, especialmente para enfrentar a sus padres. En ese momento es importante el acompañamiento del personal de salud para brindarle soporte físico, emocional y social.

Los padres al enterarse del embarazo de su hija, en un inicio tienen sentimientos de ira, se sienten decepcionados y culpables, pero superada esta dificultad les brindan apoyo emocional y económico. La pareja reacciona en ocasiones con miedo a esta responsabilidad, pero constituye un gran apoyo, que no siempre se mantiene.

La mayoría de las madres adolescentes en la primera consulta médica de su hijo/a lo hacen acompañadas de un familiar cercano que generalmente es su madre, quien se encarga de tomar al niño/a en sus brazos, contestar a todas las preguntas que le realiza el médico, asumiendo el rol de madre y a la adolescente se le observa en una actitud pasiva con temor e inseguridad. Ellas presentan buen apego con su hijo/a, aunque algunas tienen dificultad en el amamantamiento, pero posteriormente aprenden técnicas de lactancia y demuestran un manejo adecuado de su hijo/a debido al apoyo significativo que reciben de su familia y/o pareja.

En su proceso de adaptación a esta realidad la mayoría de las madres reaccionan positivamente: acuden con sus niños a las citas médicas periódicas, retoman sus estudios, buscan trabajo, tiene un proyecto de vida ya que cuentan con el apoyo de su familia o pareja y logran independencia económica. Estas adolescentes se preocupan del estado de salud de su hijo/a dando prioridad al aspecto nutricional y del desarrollo principalmente en el primer año de vida. Posteriormente algunas acuden a los controles de su hijo/a de manera irregular.