



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“PERFIL DEL LACTANTE DE 4 MESES, HIJO DE MADRE ADOLESCENTE QUE AL NACER FUE HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA DURANTE EL AÑO 2005”**

Tesis presentada como parte  
de los requisitos para optar al  
Licenciado en Enfermería

PAOLA ANDREA SCHULZ NAVARRETE  
VALDIVIA- CHILE  
2007

Profesor Patrocinante:

Nombre : Sra. Gema Santander Manríquez.  
Profesión : Enfermera.  
Grados : Magíster en Salud Pública.  
  
Instituto : Enfermería.  
Facultad : Medicina.  
Firma :

Profesores Informantes:

- 1) - Nombre : Srta. Tatiana Victoriano Rivera.  
- Profesión : Enfermera.  
- Grados : Magíster en Desarrollo Humano ©  
  
- Instituto : Enfermería.  
- Facultad : Medicina.  
- Firma :
  
- 2) - Nombre : Sr. Fredy Seguel Palma.  
- Profesión : Enfermero.  
- Grados : Magíster en Salud Pública.  
  
- Instituto : Enfermería.  
- Facultad : Medicina.  
- Firma :

Fecha de Examen de Grado:

## **AGRADECIMIENTOS**

- Unidad de Neonatología H.C.R.V.: Enfermera Jefe Lorena Smith, Dr. Carlos Prieto.
- Servicio Obstetricia y Puericultura H.C.R.V.: Matrona Jefe Mirta Dorner.
- SOME H.C.R.V.
- Mi profesora patrocinante: Gema Santander.
- A todo el resto de personitas que estuvo ahí cuando necesite de su ayuda para que se concretara la finalización de está tesis: Mis papás (Helmuth y Patricia), mis Hermanos (Cristóbal y Gonzalo), y finalmente los incondicionales amigos: Ale, Carlita, Vivi, Patty, Vane, Ivo, Guille y Roberto.

## ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA	
RESUMEN	
SUMMARY	
1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- MARCO TEORICO	2
3.- OBJETIVOS	14
4.- MATERIAL Y METODO	15
5.- RESULTADOS	21
6.- DISCUSIÓN	41
7.- CONCLUSION	49
8.- BIBLIOGRAFÍA	51
9.- ANEXOS	54
ANEXO 1	
ANEXO 2	
ANEXO 3	

## RESUMEN

El presente estudio es de tipo Cuantitativo, Descriptivo y de corte Transversal, busca determinar el perfil del lactante de 4 meses, hijo de madre adolescente que requirió de hospitalización al nacer en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional Valdivia, año 2005, además pretende identificar factores del entorno del lactante que puedan influir positiva o negativamente en su crecimiento y desarrollo. El grupo estudio está comprendido por 22 lactantes, con residencia en la Ciudad de Valdivia. Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario que se aplicó personalmente, previo consentimiento informado a las madres.

Los resultados más importantes que se obtuvieron fueron; el promedio de edad de las madres de los lactantes es de 17.6 años, el 45% tenía educación media incompleta, el 59% de las madres es dueña de casa, el 18% continúa estudiando. La mayoría de las madres son solteras, representando el 54.6%. El 73% de los embarazos son inesperados. El 44% de los lactantes posee familias del tipo extensa, el 68.2% de las familias percibe un ingreso económico menor a \$160.000.- (trescientos dólares), en un 64% de los hogares hay presencia de contaminación ambiental. El 40% de los lactantes del estudio nace por parto normal, y el 48% por cesárea, de estos partos el 64% corresponde al sexo masculino y el 36% al sexo femenino. El 91% de ellos tuvo un Apgar mayor a 7 a los 5 minutos de vida, el 40.9% de los lactantes tuvo bajo peso de nacimiento, en promedio las semanas de gestación de los lactantes en estudio fueron de 36.5 semanas, la moda de hospitalización en la Unidad de Neonatología de este grupo estudio es el rango de 1 a 10, existiendo incluso casos con hospitalizaciones de hasta 60 días.

El 63% de los lactantes en estudio mantiene lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses, el 27% de los lactantes en estudio está con sobrepeso. Un 64% realizó consultas de salud adicional a sus controles habituales, con un promedio de 3.4 consultas. Un 59% de los lactantes requirió ser hospitalizado durante el periodo de seguimiento de 4 meses, la principal causa es de tipo respiratoria con un 45%, seguida por la hipoalimentación con un 22%.

## SUMMARY

This document has been designed with a quantitative, descriptive and transversal break out point of view, it's intended to reveal the profile of a four months old suckling baby from a teenager mother, in 2005 she required to be hospitalized in the Neonatology Unit of the Valdivia's Hospital Regional. This document is also meant to identify environmental factors that have some influence with the grow and develop of the child. The sample includes 22 babies that live in Valdivia City. In order to gather up the data, a personal survey was used after a validation from each mother.

The most important results obtained were: The average age of the mother is 17.6 years old, 45% of them didn't finish High School, 59% of the mothers are single home workers and 18% of all of them are continuing their studies. Most of the mothers are single house workers; this is 54.6% of the total. 73% of the pregnancies are unwanted. 44% of the babies are within a large family, 68.2% of the families have a income less than \$160.000.- (300 US\$). There is pollution presence in 64% of the homes. 40% of the child was born by normal birth, and 48% of the births are caesarean. From all the kids, 64% are male and 36% female. 91% had an Apgar higher than 7 at five minutes of living, 40.9% of the suckling babies had a low weight at their birth, the average gestation weeks were 36.6 and the hospitalization Moda in the Neonatology Unit of this study group is the rank 1 to 10, also there are hospitalisation cases over than 60 days or longer.

63% of the babies that were part of this study maintain an exclusive LM till four months old, 27% had overweight and 64% did an additional query over their habitual controls, with an average of 3.4 queries. 59% of the babies required to be hospitalized during the 4 month studding period , the main cause of this was of a breathing problem type (45%) followed by underweight (22%).

## 1. INTRODUCCIÓN

Los niños son seres que cambian y aprenden con mucha rapidez, sobre todo en su etapa de lactantes, es en esta época cuando le afecta para bien o para mal todo lo que le rodea, por lo que debemos considerarlo como un ser integral, enfatizando como un todo los aspectos físicos, psicológicos, familiares y del entorno social para proyectar sus posibilidades de desarrollo.

Durante el transcurso del internado en la unidad de Neonatología me pude dar cuenta de la cantidad de recién nacidos que se hospitalizaban, los cuales eran hijos de madres menores de 19 años. En el transcurso de la hospitalización pude apreciar los temores e inexperiencia de las madres, todo lo que rodea, el enfrentar a una nueva experiencia de vida como es traer un hijo al mundo, y por consiguiente su crianza y cuidado. Todo esto me incentivó a saber que ocurrirá al momento que estas niñas-madres lleven a sus hijos al hogar, como será la atención que les entreguen, la calidad de los cuidados, en todo sentido, partiendo por la alimentación y siguiendo por algo tan importante como lo es su estimulación, afectando directamente su desarrollo psicomotor, es por esto, y también por que el grupo elegido tiene un factor de riesgo ya que al nacer estuvo hospitalizado en una unidad de Neonatología que nace la inquietud de caracterizar a estos niños transcurrido un tiempo, 4 meses desde su nacimiento, para evaluar su estado en cuanto a su crecimiento y desarrollo, si existen factores ambientales o de la madre que lo afecten, dando por resultado alguna alteración en el estado de salud del lactante, como lo pueden ser por ejemplo hospitalizaciones, malnutrición, etc.

Otro de los motivos que sustentan mi investigación fue el conocer la realización del Proyecto DID<sup>17</sup> “Factores predictores de hospitalización en Recién nacidos de término y cercanos al término dentro de 3 meses post egreso hospitalario”, el cual tiene por propósito determinar la incidencia y motivos de hospitalización de neonatos egresados del servicio de maternidad de un hospital público en un periodo de tres meses y establecer su correlación o asociación con factores específicos. En consecuencia este estudio deja afuera a los neonatos que estuvieron hospitalizados en Neonatología, teniendo ellos un mayor riesgo de alteración en su crecimiento y desarrollo, por lo que me pareció importante incorporarlos a un estudio donde se identifiquen factores que puedan afectar en dicho crecimiento y desarrollo.

## 2. MARCO TEORICO

El Modelo de Enfermería que me podría ayudar a comprender o fundamentar mejor el estudio podría ser El “Modelo de interacción padres- hijos” de Kathryn E. Barnard, ya que esta relaciona al niño, al cuidador y el entorno, además de realizar estudios para valorar el crecimiento y desarrollo infantil.

...”Barnard siguió estudiando la relación materno infantil y analizando el rol de la enfermera en los casos de madres y niños de alto riesgo. El proyecto NCAP (Nursing Child Assessment Project) sirvió como bases para la teoría de interacción de Barnard sobre la valoración de la salud infantil. Se trataba de un estudio longitudinal elaborado para identificar los resultados deficientes en el desarrollo infantil antes de que se produzcan y examinar la variabilidad de las medidas de detección selectiva y valoración a lo largo del tiempo...”<sup>1</sup>

El modelo de Barnard esta constituido sobre tres conceptos principales:

Niño:

Para describir al niño ella “recurre a las características del comportamiento del recién nacido, patrones de sueño y alimentación. Aspecto físico, temperamento y capacidad para adaptarse a la persona que lo cuida y al entorno”.<sup>1</sup>

Madre:

“El termino *madre* se aplica tanto a la madre biológica del niño, como a la persona que lo cuida, junto con sus características más importantes. Entre estas características se incluyen los condicionamientos psicosociales de la madre, sus preocupaciones con respecto al niño, su propia salud, la magnitud del cambio que experimenta en su vida, las expectativas que despierta el niño en ella y, sobre todo, su estilo de maternidad y su capacidad de adaptación”.<sup>1</sup>

Entorno:

“El entorno incluye tanto el del niño como el de la madre. Las características de este entorno comprenden aspectos del entorno físico de la familia, la implicación del padre y el grado de acuerdo entre los padres con respecto a la educación del niño”.<sup>1</sup>

Barnard se basa en 10 afirmaciones para la valoración de la salud infantil, las que tuve en consideración al realizar mi estudio.



Las afirmaciones son las siguientes: <sup>1</sup>

- 1.- En la valoración del niño, el objetivo último consiste en identificar los problemas antes de que se desarrollen y cuando sea máxima la eficacia de la intervención.
- 2.- Los factores ambientales, tal y como han sido tipificados en el proceso de interacción padres-hijo, son importantes para determinar los resultados sobre la salud del niño.
- 3.- La interacción entre el bebe y la persona que lo cuida ofrece información que refleja la naturaleza del entorno actual del niño.
- 4.- El cuidador se comporta con arreglo a un estilo básico de conducta y con un nivel de habilidad que constituyen características duraderas: la capacidad adaptativa de esta persona se ve influenciada por las respuestas del bebe y por el apoyo que reciba de su entorno.
- 5.- En la interacción adaptativa padres-hijo se produce un proceso de modificación mutua en el que la conducta de los padres influye en la del bebe o niño, y a la inversa.
- 6.- El proceso adaptativo es más fácil de modificar que las características básicas del niño o de la madre; por tanto, las intervenciones de enfermería deben dirigirse más a fomentar la sensibilidad de la madre y sus capacidad de respuesta ante las señales que le transmite el niño, que a intentar cambiar sus estilos o características.
- 7.- Una cualidad importante del fenómeno de aprendizaje del niño consiste en permitir las conductas surgidas por iniciativa del niño y reforzar sus intentos emprendidos en este sentido.
- 8.- Una función importante de la profesión de enfermería consiste en apoyar a la persona que cuida al niño durante el primer año de vida de éste.
- 9.- La evaluación interactiva es importante en cualquier modelo global de asistencia sanitaria infantil.
- 10.- La valoración del entorno del niño es importante en cualquier modelo de valoración de la salud infantil.

Lo primero que hay que tener en cuenta al abordar el tema de investigación son las madres ya que éstas influirán directamente en el crecimiento y desarrollo de los recién nacidos, para esto hay que interiorizarse sobre la etapa que están viviendo, la Adolescencia.

De acuerdo con Luengo<sup>2</sup> la adolescencia fue considerada por largo tiempo solo como etapa de transito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor preocupación, ahora en el mundo moderno que estamos viviendo esta etapa adquiere cada vez más importancia; involucra un mayor numero de años en la vida de la persona y el porcentaje de la población que se encuentra en este grupo también es importante.

...”la adolescencia es la etapa de la vida en que se producen los procesos de maduración biológica, psíquica y social de un individuo, alcanzando así la edad adulta y culminando con su incorporación en forma plena a la sociedad.”<sup>2</sup>

Para mi investigación es necesario definir criterios que limiten al grupo etario adolescente, tal como dice Luengo<sup>2</sup> desde el punto de vista demográfico y utilizando la división tradicional de los grupos etéreos en quinquenios, muchos investigadores utilizan como delimitación del grupo, a la población entre 10 y 19 años, rango etario se que considera en este estudio.

“El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático. La OMS (Organización Mundial de la Salud) la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años; Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad, Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años, Adolescencia tardía de 19 a 24 años”.<sup>3</sup>

Por todo lo antes mencionado y todo lo investigado, me puedo dar cuenta que la etapa del ciclo vital por la que están cursando estas madres es una etapa de grandes cambios psíquicos, físicos, y también sociales en cuanto a lo que es asumirse como adolescente, e integrarse a la vida cotidiana como tal, teniendo en cuenta que es un ciclo entre la niñez y adultez el cual no esta aún bien comprendido, ni por el resto de la sociedad, ni por los adolescentes. Es por esto que hay que tener muy en cuenta como las adolescentes abordarán la crianza de sus hijos, y como los profesionales de la salud deberán abordar el tema al momento de atender a las madres y a los hijos de estas.

Luego de tener en claro los principales rasgos y características de la etapa por la que están cursando las madres de los recién nacidos, me introduciré en el evento; el embarazo adolescente, ya que al tener en conocimiento la incidencia, las principales causas por las que se da este hecho, entre otros, podré entender y abordar de mejor manera las etapas que lo suceden.

Hoy en día el embarazo adolescente es un fenómeno que se da en todos los grupos y clases sociales, tal como lo menciona Gonzáles<sup>4</sup>; sin embargo las características, causas y consecuencias difieren en cada grupo social. Es más probable que en los sectores altos dicho suceso se mantenga en el anonimato, y que su desenlace sea producto de decisiones tomadas dentro de la familia. Mientras que en los sectores más pobres las implicancias medicas y sociales pueden ser más agudas, he aquí donde radica la importancia del seguimiento de estas

madres adolescentes, ya que en Chile entre el 40 a 50% de la población pertenece a sectores pobres, donde estas familias están muy solas, sin mayor preparación para la alimentación de sus miembros, sin tener los elementos para hacerlo, deben entregar afecto sin saber como darlo, ni como guiar a sus adolescentes, fracasando en el intento.

A continuación se muestran datos numéricos extraídos del MINSAL<sup>5</sup>, para tener una visión más concreta de lo que es el embarazo en Chile y comparar las cifras arrojadas a nivel nacional versus las obtenidas para el lugar de mi población en estudio, que serían las que se muestran para el Servicio Salud Valdivia, y así tener una perspectiva más clara de la magnitud del suceso. Además se muestran otros indicadores de riesgo para la salud como lo son los nacidos vivos de madres menores de 15 años, y también los relacionados a lactancia materna exclusiva y desarrollo psicomotor estos últimos son datos abordados en forma general, no solo incluye a los hijos de madres adolescentes si no que a toda la población, pero de igual forma servirán para tener una noción de cómo se están dando estos factores protectores para los niños.

#### **Indicadores de riesgo para la salud en Chile.**

Proporción de embarazadas adolescentes en control (10 - 19 años) (%), Diciembre 2005	23,0
Nacidos vivos de madres menores de 15 años (%), 2004	0,4
Proporción de niños con resultado normal en el examen de desarrollo psicomotor a la edad de 18 meses (%), (2005)	95,0
Proporción de niños con lactancia natural exclusiva a la edad de 6 meses (%), (2005)	47,5

Fuente: MINSAL 2005

#### **Indicadores de riesgo para la salud Región de los Lagos.**

Proporción de embarazadas adolescentes en control (10 - 19 años) (%), Diciembre 2005	24,9
Nacidos vivos de madres menores de 15 años (%), 2004	0,7
Proporción de niños con resultado normal en el examen de desarrollo psicomotor a la edad de 18 meses (%), (2005)	91,5
Proporción de niños con lactancia natural exclusiva a la edad de 6 meses (%), (2005)	41,8

Fuente: MINSAL 2005

### **Indicadores de riesgo para la salud Región de los Lagos, Comuna de Valdivia.**

Proporción de embarazadas adolescentes en control (10 - 19 años) (%), Diciembre 2005	1.172,0
Nacidos vivos de madres menores de 15 años (%), 2004	0,3
Proporción de niños con resultado normal en el examen de desarrollo psicomotor a la edad de 18 meses (%), (2005)	85,2
Proporción de niños con lactancia natural exclusiva a la edad de 6 meses (%), (2005)	37,0

Fuente: MINSAL 2005

### **Indicadores de riesgo para la salud Servicio Salud Valdivia.**

Proporción de embarazadas adolescentes en control (10 - 19 años) (%), Diciembre 2005	38,6
Nacidos vivos de madres menores de 15 años (%), 2004	0,9
Proporción de niños con resultado normal en el examen de desarrollo psicomotor a la edad de 18 meses (%), (2005)	86,1
Proporción de niños con lactancia natural exclusiva a la edad de 6 meses (%), (2005)	40,7

Fuente: MINSAL 2005

De los datos entregados por el MINSAL<sup>5</sup> me puedo dar cuenta que la proporción de embarazadas adolescentes en control comprendidas para el Servicio de Salud Valdivia está sobre el porcentaje de adolescentes embarazadas a nivel Nacional y a nivel Regional, tomando en cuenta que esta proporción se refiere a las adolescentes en control, sin embargo la cifra esta bajo la proporción a nivel Comunal, por lo que puedo percibir que la proporción de adolescentes embarazadas para el Servicio de Salud Valdivia, es una cifra importante sobre el total de embarazadas en control .La proporción de niños con resultado normal en el examen de desarrollo psicomotor a los 18 meses de edad y la proporción de niños en control que a los 6 meses de edad se mantienen con lactancia natural exclusiva en los indicadores para Servicio Salud Valdivia, están bajo las proporciones Nacionales y Regionales, y sobre las proporciones a nivel Comunal, no siendo cifras extremadamente inferiores y proporciones de resultado de desarrollo psicomotor normal, sobre el 85% de los lactantes, hay que poner hincapié en investigar e interesarse ya que están bajo las cifras nacionales y regionales, además me entrega una visión global de los resultados de los niños a los 18 meses, para realizar una futura comparación con los hijos de madre adolescente a los 4 meses de vida, la proporción de niños con lactancia materna exclusiva a los seis meses es una proporción baja, que no supera el 50%

de los lactantes, por lo que es un indicador que conviene revisar a los 4 meses, ya que es predictivo para su estado de salud nutricional actual y futuro.

Sabemos que hoy en día prevalece mucho el sobrepeso en los niños, pero existen pocos datos y estudios del sobrepeso en los lactantes, que sería condicionante para el sobrepeso de la niñez, las únicas cifras que encontré fueron las del estudio “Índice de riesgo nutricional (IRN) en lactantes: aplicación y comparación de un instrumento de evaluación” que no tiene como objetivo el sobrepeso en lactantes, sin embargo, dentro de los datos obtenidos aparece una cifra, donde el 12.5% de los lactantes de la muestra presenta sobrepeso.<sup>6</sup>

Como en estos tiempos el embarazo adolescente en Chile va en aumento, quise incluir un estudio latinoamericano, para tener una visión de la repercusión biosocial que tiene este. Se estudiaron 110 embarazadas de 12 a 19 años de edad y un grupo control con igual número de embarazadas mayores de 19 años, en 30 consultorios del Policlínico Comunitario "René Vallejo Ortiz" de la ciudad de Bayamo, provincia Granma, desde el 1 de septiembre de 1991 hasta el 31 de agosto de 1992. Se utilizó un formulario que incluía diferentes variables y se encontró que el 50,9 % de las adolescentes eran menores de 18 años y el 17,3 % de sus hijos resultaron ser de bajo peso al nacer; las causas de hospitalización más frecuentes en los niños fueron la enfermedad diarreica aguda, enfermedad respiratoria aguda y el bajo peso. El destete precoz, la desnutrición y las mayores dificultades para el destete y la higiene del niño se hallaron en las adolescentes.<sup>7</sup>

Incluiré otro estudio de seguimiento parecido al anteriormente descrito. Teniendo los dos el mismo propósito; hacer una comparación entre los hijos de madres adolescentes y los que no lo son, e identificar riesgos y problemas comunes que se pueden dar en los recién nacidos hijos de madres adolescentes. Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo entre 2 grupos poblacionales: el grupo A, integrado por todas las madres adolescentes y sus hijos, y el B representado por 506 madres mayores de 20 años, atendidas todas en el año 2001 en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa. Se identificaron algunas variables perinatológicas y otras obtenidas en la consulta de seguimiento al grupo riesgo. Se realizó el procesamiento estadístico para variables cualitativas y cuantitativas y se midió la probabilidad asociada. Se encontró un índice de bajo peso al nacer de un 12,2 %, con un 9,1 % de recién nacidos pretérmino y el 13,8 % de partos instrumentados. Predominó el normopeso en consultas de seguimiento, y los ingresos hospitalarios fueron bajos, y se demostró la importancia de esta consulta en la orientación profiláctica del rol de la familia y la madre adolescente hacia su descendencia, para lograr así una salud positiva en el entorno psicosocial del niño.<sup>8</sup>

A continuación se muestra un estudio de tipo observacional, descriptivo, de prevalencia, realizado de manera retrospectiva. La unidad de análisis de este estudio es la ficha clínica de las embarazadas primigestas de 10 a 19 años y de 20 a 29 años, constituyendo así, el grupo de estudio y de control. El universo de esta investigación está formado por todas las embarazadas de 10 a 19 años que tuvieron su parto en el período de enero a diciembre del año 2000 en el Hospital Salvador. Durante el año 2000; acontecieron 7.004 partos, de los cuales el 16% (1.132 pacientes) fueron partos de embarazadas adolescentes. La muestra de este trabajo se seleccionó de manera aleatoria sistemática. El tamaño de la muestra es de 158 embarazadas adolescentes, constituyendo éste el grupo de estudio. El grupo control está formado por 158 embarazadas de 20 a 29 años.<sup>9</sup>

**DIFERENCIAS EN CUANTO A RESULTADOS OBTENIDOS ENTRE LAS  
ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS Y EL GRUPO CONTROL**

	<i>Grupo estudio</i>	<i>Grupo control</i>	<i>p</i>
Anemia	49,36%	43,67%	0,31
ITU	13,29%	6,96	0,062
SHE	10,75%	10,75%	
DM gestacional	1,26%	2,53%	0,68
RPM	14,55%	20,25%	1,78
DPPNI	1,26%	1,26%	
RCIU	12,02%	5,69%	0,047
T. de parto prolongado	9,49%	5,69%	0,2
Parto vaginal normal	81,64%	63,92%	0,0006
Cesárea	10,12%	25,94%	
Parto instrumentalizado	8,22%	10,12%	
Parto prematuro	8,86%	4,43%	0,11
RN PEG	12,02%	6,96%	0,12
RN AEG	82,91%	86,70%	0,34
RN GEG	5,06%	6,32%	0,63
RN bajo peso nacimiento	6,32%	3,16%	0,18
Puntaje Apgar < 7	6,32%	6,32%	

En los tres estudios anteriormente presentados han coincidido en que los hijos de madres adolescentes son de menor peso al nacer y predominan los recién nacidos pretérmino en comparación a las madres de edad adulta, de las variables analizadas con respecto a la crianza de los niños, en el ámbito alimentación, y cuidados, los cuales se pueden ver representados en la incidencia de hospitalizaciones, se ve que en hijos de madre adolescente existe un mayor porcentaje de destete precoz, y las incidencias de hospitalización son mayores que en los hijos de madres no adolescentes, siendo las patologías más frecuentes las respiratorias y digestivas (diarreas agudas), con respecto a los resultados de los exámenes de desarrollo psicomotor no existen diferencias de los recién nacidos hijos de adolescentes con respecto a los que no lo son. También existe en la mayoría de los estudios un denominador común que las madres de los niños, en su mayoría pertenecen a grupos de niveles socioeconómicos bajos.

“El hijo de madre adolescente es sin duda un niño que causa preocupación, ya que se trata de un ser cuyo desarrollo se realiza bajo la supervisión de otro ser que aún no ha completado su propio desarrollo. Los resultados a corto plazo son favorables al estudiar los indicadores de características biológicas del hijo de madre adolescente que ha sido controlado en un modelo de atención integral. Al relacionarse factores sociales y afectivos que pueden influir en los cuidados o en la duración de la lactancia, la situación ya es más compleja”.<sup>10</sup>

“Los hijos de madre adolescentes tienen una importante desventaja con respecto a la calidad de la crianza recibida. El medio ambiente de crianza es generalmente inseguro, con carencia de estímulos positivos, las personas encargadas de su cuidado, madre adolescente, abuela, tías u otros familiares, a menudo no tienen los conocimientos adecuados acerca del cuidado y desarrollo normal del niño. Los frecuentes cambios de lugar y de personas que los cuidan a que se ven expuestos estos niños, afecta el desarrollo infantil adecuado. En general están más expuestos a descuido, abuso de todo tipo por parte de sus cuidadores o de otros cercanos”.<sup>10</sup>

Para el niño, las consecuencias del ser hijo de una adolescente, debido a todos los factores anteriormente mencionados, traen por consecuencia una dificultosa entrega de estímulos que contribuyan a su desarrollo temprano, riesgo de agresión física, rechazo social y/o familiar, alteración de los patrones de identificación con el sexo masculino por falta de figura paterna, restricción en calidad de estímulos, riesgo conductual, deficiencia en aprendizaje, desventaja en el coeficiente intelectual, riesgo en su estado nutricional, mortalidad en el hogar, abandono y problemas de salud infantil, entre otros.

Las consecuencias determinadas por la OPS (1992)<sup>11</sup> son las siguientes:

Consecuencias para la madre adolescente:

- \* Aumento de mortalidad materna.
- \* Mayor riesgo de anemia y toxemia del embarazo.
- \* Riesgo de deserción escolar y baja escolaridad.
- \* Desempleo frecuente, ingreso económico reducido.
- \* Riesgo de separación, divorcio y abandono.
- \* Mayor número de hijos.

Consecuencias para el hijo de madre adolescente:

- \* Mayor riesgo de muerte.
- \* Riesgo de bajo peso al nacer.
- \* Capacidad mental probablemente inferior.
- \* Alto riesgo de abuso físico, negligencia en los cuidados de salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.
- \* Alta proporción de hijos ilegítimos, que limita sus derechos legales y el acceso a la salud (actualmente en Chile no existen los hijos ilegítimos).

Consecuencias para el padre adolescente:

- \* Mayor frecuencia de deserción escolar.
- \* Trabajo e ingresos de menor nivel que sus pares.
- \* Tasa más alta de divorcio.
- \* Aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales por una reacción negativa del medio que lo rodea.

Tal como plantea Molina<sup>12</sup> la mortalidad infantil se concentra en los hijos de madres adolescentes, lo cual se explica por los menores cuidados que una madre inexperta le da a sus hijos, sin embargo, el hijo no esperado, que luego se transforma en no deseado tiene un mayor riesgo de enfermar y morir. Por lo que se concluye que el embarazo adolescente como problema emergente tiene su impacto en los gruesos indicadores de salud, como son la mortalidad materna y la infantil.

Nos podemos dar cuenta que los hijos de madre adolescente tienen mayores riesgos de sufrir alteraciones en su crecimiento y desarrollo, por variados factores que los rodean partiendo por las características de sus madres, seguido por el medio que los rodea, y en las condiciones en que se desarrollara su crianza, teniendo en cuenta que estos recién nacidos son un grupo de riesgo por todas las características que poseen, es necesario que tengamos claro cuales son los eventos y/o factores que favorecerán o desfavorecerán el desarrollo de estos niños.



No se debe olvidar que el crecimiento y desarrollo de las personas no solo involucra la alimentación, controles de salud, etc. Sino que involucra todos los aspectos ambientales, sociales y psicológicos que rodean al ser humano, y con mayor importancia al de un recién nacido que esta recibiendo todos los estímulos del medio en el que vive.

Como plantea Meneghelo<sup>13</sup> junto con la programación genética, la influencia del medio ambiente, definido como el conjunto de factores externos al genotipo, es decisiva en el crecimiento y desarrollo de un individuo. El ambiente puede retardar el crecimiento y, de esta manera, junto a la orden genética contribuye a plasmar como será el individuo en la etapa adulta.

Meneghelo<sup>13</sup> define dos tipos de medio ambiente, el físico que esta determinado por factores climáticos y por altura, y el sociocultural que esta determinado por el ingreso familiar, la educación de los padres y la composición de la familia como aspectos primarios. De estos aspectos primarios deriva una constelación de aspectos secundarios, como la nutrición o el riesgo de contraer enfermedades que son los efectos reales del medio ambiente en el crecimiento. A esos factores ambientales habría que agregarle el ambiente materno durante la época de crecimiento prenatal. La influencia de factores ambientales queda de manifiesto en las comparaciones del crecimiento de niños pertenecientes a grupos de ingresos diversos dentro del mismo país.

Dentro del medio ambiente físico sabemos que se encuentra el nivel socioeconómico al que pertenece la familia del lactante, que influirá de manera considerable en su desarrollo, ya que dependiendo de este los niños tendrán ciertas ventajas o desventajas con respecto a sus pares, dependiendo si sus familias cuentan o no con bienes materiales, poder adquisitivo, nivel educacional, etc. En Chile la clasificación de los NSE (Niveles Socioeconómicos) se realiza en base a dos aspectos, como lo son el nivel de educación jefe de hogar y la tenencia de un conjunto de bienes, estas variables se relacionan directamente con los ingresos, con el nivel cultural y con la riqueza acumulada por el grupo familiar. O sea corresponden al concepto tradicional de nivel socioeconómico.

Según estas variables y con base de datos del censo del año 2002 se realizo la definición de los NSE en Chile, que son los siguientes, con sus características: <sup>14</sup>

**ABC1:**

- Representa el 7,2% de la población total del país, en Chile hay 296.980 hogares. La educación de los jefes de hogar alcanza a 16,2 años promedio a nivel nacional, siendo ésta típicamente Universitaria Completa, de un máximo de 10 bienes este segmento tiene 9,2 en promedio, los hogares de este NSE tienen un rango de ingresos entre \$1.700.000 a \$3.500.000 o más. <sup>14</sup>

**C2:**

- Representa el 15,4% de la población total del país, en Chile hay 636.965 hogares. La educación de los jefes de hogar alcanza a 14,0 años promedio a nivel nacional, siendo ésta típicamente Técnica Completa o Universitaria Incompleta. De un máximo de 10 bienes este segmento tiene 7,2 en promedio. Los hogares de este N.S.E. tienen un rango de ingresos entre \$600.000 a \$1.200.000.<sup>14</sup>

**C3:**

- Representa el 22,4% de la población total del país. De este N.S.E. en Chile hay 926.180 hogares. La educación de los jefes de hogar alcanza a 11,6 años promedio a nivel nacional, siendo ésta típicamente Media Completa. De un máximo de 10 bienes este segmento tiene 5,7 en promedio. Los hogares de este N.S.E. tienen un rango de ingresos entre \$400.000 a \$500.000.<sup>14</sup>

**D:**

- Representa el 34,8% de la población total del país. De este N.S.E. en Chile hay 1.442.228 hogares. La educación de los jefes de hogar alcanza a 7,7 años promedio a nivel nacional, siendo ésta típicamente Media Incompleta. De un máximo de 10 bienes este segmento tiene 4,4 en promedio. Los hogares de este N.S.E. tienen un rango de ingresos entre \$200.000 a \$300.000.<sup>14</sup>

**E:**

- Representa el 20,3% de la población total del país. De este N.S.E. en Chile hay 839.074 hogares. La educación de los jefes de hogar alcanza a 3,7 años promedio a nivel nacional, siendo ésta típicamente Básica Incompleta. De un máximo de 10 bienes este segmento tiene 2,3 en promedio. Los hogares de este N.S.E. tienen un rango de ingresos igual o menores a \$160.000.<sup>14</sup>

Para clasificar los hogares en el estudio, utilizaré solo según los ingresos mensuales.

Dentro del ambiente que rodea al lactante debemos considerar un factor muy importante como lo es la familia, definida por el Instituto Interamericano del Niño como “Un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar.

Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad”.<sup>15</sup>

Es por esto, la vital importancia de la existencia de programas de salud, como lo es el Programa de Salud del Niño en el que pueden participar todos los menores de 10 años que sean beneficiarios del Sistema Público de Salud que tiene como finalidad contribuir con estrategias de promoción al desarrollo integral y armónico del niño (a) menor de 10 años, a través de actividades de fomento, protección, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación del daño, que permitan la plena expresión de su potencial genético y una mejor calidad de vida.

Los objetivos generales de este programa, son los siguientes:

- \* Contribuir a mejorar la calidad de vida del niño.
- \* Identificar y disminuir el impacto que tienen sobre la salud del niño los principales factores de riesgo biológicos, ambientales, psicológicos y sociales.
- \* Mejorar la calidad de la atención de salud del niño y de la niña, en todos los niveles de atención.
- \* Contribuir a la permanente satisfacción del usuario en las distintas actividades del programa.
- \* Mantener la tendencia a la disminución de la mortalidad infantil.
- \* Disminuir la mortalidad del niño de 1 a 9 años”.<sup>16</sup>

Dentro de este programa se encuentra el Control de Niño Sano, que busca cumplir con los objetivos anteriores. El control de niño sano, instituido hace 40 años en el sistema público de salud en Chile, es una herramienta disponible para influir en los nuevos patrones conductuales, por lo que la asistencia a ellos y la adhesividad que se logre a las recomendaciones entregadas es fundamental, esta actividad ha estado bajo la responsabilidad de Enfermería, y es de gran utilidad para los menores cuando las madres son responsables en la asistencia a estos controles y llevan a cabo las instrucciones que se les dan cuando reciben la atención Médica o por Enfermera(o). De este control es de donde se sacaran datos importantes para el estudio referentes a estado nutricional, desarrollo sicomotor, etc.

De acuerdo con Meneghello<sup>13</sup> hay una estrecha relación entre la normalidad del crecimiento y el estado de salud del niño, es por esto que la evaluación del crecimiento y del desarrollo físico constituyen uno de los aspectos más importantes en el examen físico pediátrico, este se realiza en dos etapas: medición de valores y comparación de los valores observados con una norma.

### 3. OBJETIVOS

Objetivo General:

I.- Determinar el perfil del lactante de 4 meses, hijo de madre adolescente que requirió de hospitalización al nacer en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional Valdivia, año 2005.

II.- Identificar factores del entorno del lactante que puedan influir positiva o negativamente en su crecimiento y desarrollo.

Objetivos Específicos:

- Identificar características generales de la madre del grupo en estudio según: edad, escolaridad, paridad, factores de riesgo del embarazo, patologías durante el embarazo, estado civil, tipo de embarazo.
- Identificar constitución del grupo familiar.
- Identificar la ocupación del padre, de la madre y el nivel socioeconómico de los niños en estudio.
- Identificar las condiciones de la vivienda, presencia de mascotas y contaminantes ambientales en las que habita el lactante de 4 meses hijo de madre adolescente.
- Caracterizar a la población en estudio según: tipo de parto, sexo, Apgar, peso, talla, circunferencia craneana, edad gestacional de los lactantes en estudio.
- Identificar el uso de medidas especiales, fármacos y días de hospitalización, de los lactantes cuando estuvieron en la Unidad de Neonatología.
- Conocer el nivel de desarrollo psicomotor, el tiempo de mantención de lactancia materna, consultas a control de niño sano, antecedentes de hospitalización posterior a la de recién nacido, patologías y estado nutricional a los 4 meses de vida de los lactantes en estudio.

## **4. MATERIAL Y METODO**

### **4.1. TIPO DE ESTUDIO:**

Se realizo un estudio del tipo Cuantitativo, Descriptivo y de corte Transversal, que identifica y describe las características del lactante de cuatro meses, hijo de madre adolescente que requirió hospitalización al nacer en la Unidad de Neonatología.

### **4.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO:**

El grupo estudio corresponde a Lactantes de 4 meses, que en su periodo de recién nacido, durante el año 2005, se debieron hospitalizar en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional Valdivia, y que además son hijos(as) de madre adolescente.

El grupo estudio corresponde a 22 lactantes que cumplieron con los criterios de inclusión especificados.

### **4.3. CRITERIOS APLICADOS PARA LA MUESTRA EN ESTUDIO:**

Criterios de Inclusión:

- Todos los lactantes de 4 meses, hijos de madre adolescente, que hayan estado hospitalizados en la Unidad de Neonatología al momento de nacer, durante el año 2005.
- Que tengan domicilio actual en la ciudad de Valdivia.

Criterios de Exclusión:

- Los lactantes cuyas madres no estén ubicables telefónicamente o en su domicilio especificado en los datos del recién nacido.
- Los lactantes cuyas madres no acepten participar voluntariamente en el estudio, para lo cual se utiliza el consentimiento informado, previa llamada telefónica (en el caso que haya número telefónico), para la planificación de la visita domiciliaria.

#### 4.4. PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA LA INVESTIGACIÓN:

Para la recolección de información se comenzó por revisar el libro de registros de ingresos de la Unidad de Puericultura, para determinar el grupo de madres adolescentes, las cuales sumaban 74, junto con esto se extrajeron los datos de las madres que sus hijos debieron hospitalizarse, con lo cual el grupo estudio se redujo a 28 recién nacidos, con estos datos que son apellido materno, fecha de nacimiento y patología por la que se hospitaliza el recién nacido, se buscó en el libro de ingreso y egreso de la Unidad de Neonatología la dirección y/o teléfono de los lactantes, además del número de ficha clínica, con esto se solicitaron las fichas clínicas de los recién nacidos, de donde se extrajeron los antecedentes neonatales y algunos de los maternos (obstétricos), también de las fichas clínicas se obtuvieron los teléfonos y/o direcciones que no se obtuvieron del libro de ingreso y egreso de la Unidad de Neonatología.

Para la recolección de la información sobre el estado del lactante en el control de niño sano de los cuatro meses se utilizó un instrumento que corresponde a un protocolo que se aplicó por medio de visita domiciliaria, las que se realizaron en el periodo comprendido entre el 07/11/2006 y el 04/12/2006, previo contacto telefónico con la madre en los casos que fue posible (entiéndase por esto, que la madre poseía teléfono), en los casos que no existió teléfono se acudió directamente al domicilio, para aplicar el instrumento, los datos fueron verificados con el carné de Niño Sano de los menores. El cuestionario utilizado fue confeccionado para investigación de Estudio DID de la Universidad Austral de Chile, de autores Barría, Santander y Victoriano, y modificado por la investigadora (ANEXO 1).

La encuesta se aplicó por la investigadora, en forma personal. Previo a la aplicación del cuestionario se explicó el nombre, objetivo, y metodología del estudio a realizar, además de la inexistencia de riesgos para la madre adolescente, su hijo o su familia, los cuales se expresaban en el acta de consentimiento informado (ANEXO 2).

En el periodo de estudio se realizó un total de 22 encuestas, 2 de los lactantes viven en la actualidad fuera de Valdivia, 3 de los lactantes habían cambiado de domicilio y no se poseía información de su paradero actual, 1 lactante había fallecido. La población estimada en el estudio fue de 28 lactantes, por lo que el grupo estudio alcanza el 78.6%.

#### 4.5. DEFINICION NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

<b>Variable</b>	<b>Definición Nominal</b>	<b>Definición Operacional</b>
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día del parto.	Edad en años para la madre. Edad en meses para el lactante.
Escolaridad	Nivel de Estudio que tiene la madre adolescente	Básica: Incompleta/Completa Media: Incompleta/Completa Técnico o universitario: Incompleta/Completa Sin nivel de estudio
Estado Civil	Tipo de relación con la pareja en la que se encuentra actualmente la madre adolescente.	Soltera. Casada. Viuda. Separada. Conviviente
Paridad Actual	Número de partos que ha tenido la adolescente a la fecha.	Número
Patología del Embarazo	Enfermedades durante el embarazo	Si No Cual ?
Factores de riesgo en el embarazo	Factores que son de riesgo para el desarrollo del embarazo	Alcohol Tabaco Embarazo no deseado Drogas Otros – Cual?
Sexo	Genero del lactante	Femenino Masculino
Tipo Embarazo	Como se dio el acontecimiento del embarazo.	Programado. Inesperado.
Apgar	Test que permite la primera valoración del estado general del bebe. Al minuto y a los 5 minutos de vida.	En números del 1 al 10. Al minuto de vida. A los 5 minutos de vida.

Edad gestacional	Tiempo de gestación	Edad en semanas
Días de hospitalización en Neonatología	Tiempo que estuvo hospitalizado en neonatología	Tiempo en días
Edad al alta	Edad del neonato al momento de egresar de Neonatología.	Edad en días o meses
Peso	Peso del niño al nacimiento y a los 4 meses.	Peso en gramos
Talla	Estatura o altura de las personas.	Talla en centímetros
Perímetro craneal	Circunferencia de la cabeza	Perímetro en cms.
Relación peso/edad gestacional	Relación que existe entre el peso de nacimiento y las semanas de gestación	PEG AEG GEG
Diagnostico medico	Motivo por el que el RN ingreso a la Unidad de Neonatología	Nombre de la patología.
Uso de fármacos.	Utilización de fármacos durante la hospitalización	Si No
Uso de ATB	Utilización de antibióticos durante la hospitalización	Si No
Nº grupo familiar	Cantidad de personas que viven en el hogar	Numero
Convivientes	Personas con las que vive el menor.	Padres(ambos) Abuelos Madre Padre Otros.
Condiciones de la vivienda	Estado en el que se encuentra la vivienda que habita el lactante y su familia.	Tipo Numero de habitaciones Numero de dormitorios. Filtraciones(agua/aire): Si- No Baño completo.
Servicio básico	Mínimas condiciones de vivienda	Luz Agua Alcantarillado Retiro basura
Mascotas	Si hay presencia de animales domésticos en el hogar, y donde se encuentran	Si: Perro Gato Conejo Hamster No



		Ingreso al hogar: Permanente Ocasional Nunca
Contaminantes	Agentes que son nocivos para el ambiente donde se encuentra el lactante	Humo tabaco Humedad Contaminación externa
Calefacción	Recurso con el que temperan el hogar.	Leña Carbón Gas Parafina Eléctrica
Ocupación de la madre	Tipo de actividad que desempeña la madre del lactante.	Dueña de casa. Estudiante. Cesante. Otro. ¿Cual?
Ocupación del padre	Tipo de actividad que desempeña el padre del lactante.	Estudiante Cesante. Otro. ¿Cual?
Ingreso familiar	Cantidad de dinero del que dispone el grupo familiar mensualmente.	Ingreso en pesos.
Mantiene Lactancia materna	Forma de alimentación que le entrega la madre al lactante de 4 meses, que consta de leche materna	Si No
Duración LM exclusiva	Tiempo que la madre dio solo leche materna al lactante	Duración en días o meses.
Inicio Lactancia artificial	Si el lactante esta recibiendo formulas lácteas como alimentación.	Si No
Estado nutricional	Condición nutricional del lactante.	Bajo peso Normal Sobrepeso Obeso
DSM	Desarrollo sensitivo y motor del lactante	Adecuado Deficiente
Nº CNS	Controles de niño sano a los que ha asistido el lactante	Numero
Consultas adicionales	Asistencia del lactante a	Si Motivo

	consultas extra a los controles de salud que le corresponden	No	
Hospitalizaciones	Si el lactante ha tenido que hospitalizarse luego de su egreso de Neonatología.	Si No	Motivo

#### 4.6. METODICA PARA EL ANALISIS DE RESULTADOS:

La entrada y procesamiento de los datos obtenidos se realizo con programa MS Excel de Office XP (Microsoft<sup>®</sup>, USA 2002).

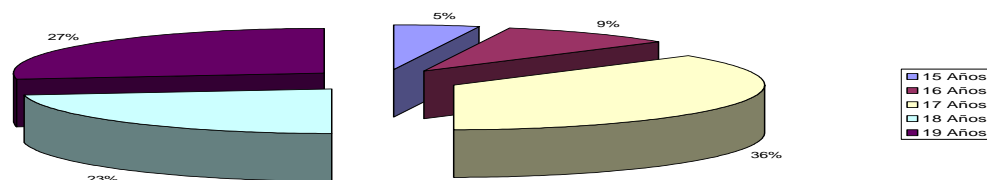
Los resultados se presentan con medidas de tendencia central, gráficos y/o tablas.

## 5. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan están en relación y orden a la presentación de los objetivos planteados. Utilizando como única fuente el instrumento de recolección de información diseñado para el presente estudio.

### 5.1 ANTECEDENTES MATERNOS:

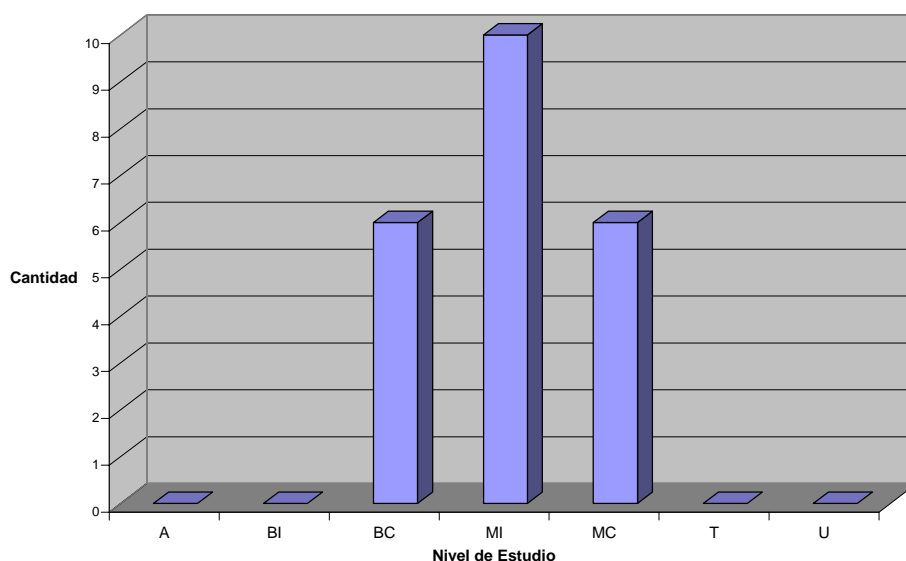
**Gráfico 1.** Distribución porcentual de la población en estudio según edad materna al momento de estar embarazada.



Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

Del gráfico se desprende que un 35% de las madres tiene 17 años, seguido por un 23% que tiene 18 años y el mismo porcentaje de madres tiene 20 años, el 9 % tiene 16 años, un 5% de las adolescentes tiene 15 años y el mismo porcentaje tiene la edad de 19 años.

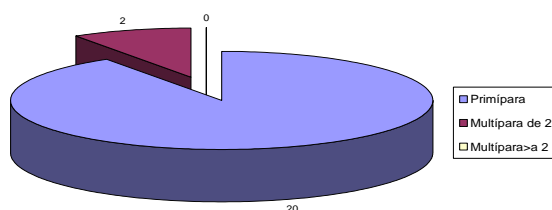
**Gráfico 2.** Distribución numérica de la población en estudio, según escolaridad de las madres.



Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

En el gráfico se puede observar que el número más alto de madres, con un total de diez, posee educación Media incompleta, seguida en igual cantidad de madres, seis, que poseen educación Básica incompleta o Media completa, el resto de niveles de escolaridad como los son Analfabetismo, Básico incompleto, Técnico y Universitario no tienen representación en la muestra.

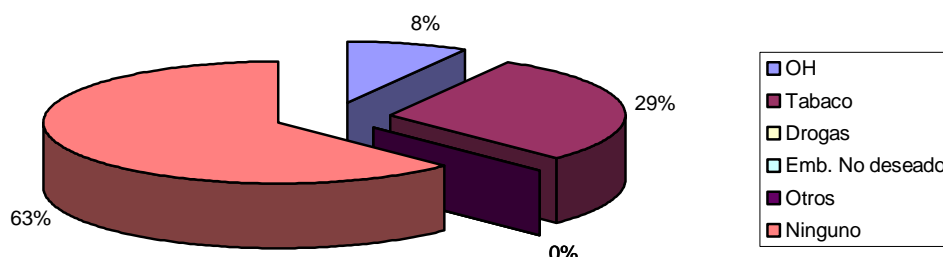
**Gráfico 3.** Distribución numérica de la población en estudio, según paridad actual de las madres.



Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

Del gráfico se desprende que la gran mayoría (20) de las madres adolescentes solo tiene un hijo, seguido por las que actualmente tienen dos hijos, las que son dos, nadie del grupo estudio posee más de dos hijos.

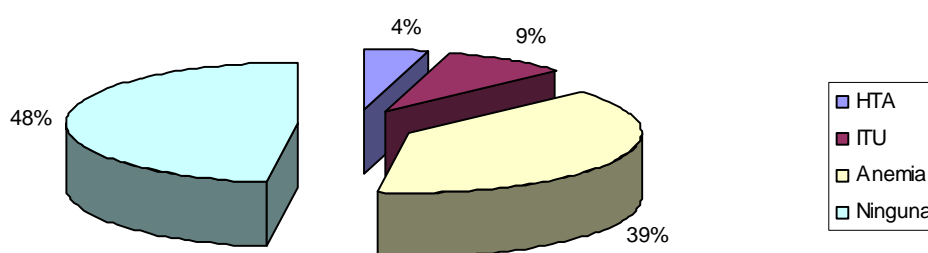
**Gráfico 4.** Distribución porcentual de la población en estudio, según factores de riesgo del embarazo de las madres.



Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

Se puede observar en el gráfico que el 63% de las madres adolescentes no tenía factores de riesgo durante su embarazo, el 29% consumía tabaco, seguido por el 8% que consumía bebidas alcohólicas, cabe destacar que dentro de estos porcentajes algunas eran consumidoras de ambos, ninguna de ellas consumía drogas, tenía un embarazo no deseado o tenía algún otro factor de riesgo.

**Gráfico 5.** Distribución porcentual de la población en estudio, según patología durante el embarazo de las madres.



Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

Se puede observar en el gráfico que el 48% de las madres no presento ninguna patología del embarazo, el 39% tuvo Anemia, seguido por el 9% que desarrolló una ITU, y el 4% tuvo Hipertensión del embarazo.

**Tabla 1.** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según estado civil y tipo de embarazo de las madres.

Estado Civil					Total	
	Programado		Inesperado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Casada	1	4,55%	1	4,55%	2	9,09%
Soltera	3	13,64%	9	40,91%	12	54,55%
Convive	2	9,09%	6	27,27%	8	36,36%
Total	6	27,27%	16	72,73%	22	100,00%

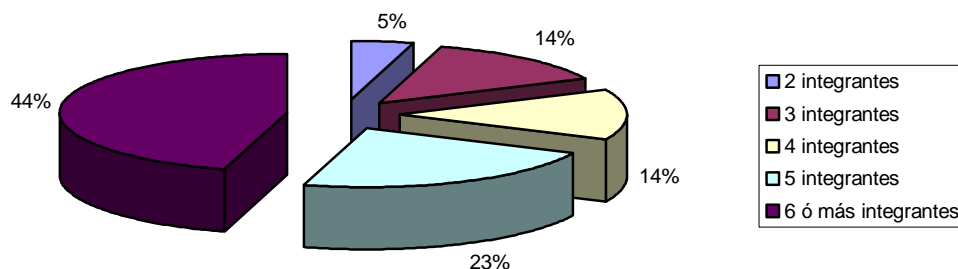
Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

De la tabla se desprende que la mayoría de las madres son solteras representado por el 54.55%, seguido por las que conviven (36.36%), y las casadas que ocupan el (9.09%), no se incluyeron las separadas y viudas por que no tenían representación en la muestra (0%).

De las madres casadas, que suman dos, una tuvo un embarazo programado y la otra inesperado. De las madres solteras, las cuales suman 12, 9 tuvieron embarazos inesperados, y 3 de ellas lo programaron. De las madres adolescentes que conviven con sus parejas, las cuales son 8, 2 de ellas programaron su embarazo, y 6 tuvieron un embarazo inesperado.

## 5.2. ANTECEDENTES FAMILIARES, DEL HOGAR Y AMBIENTALES.

**Gráfico 6.** Distribución porcentual de la población en estudio, según numero de integrantes del grupo familiar.

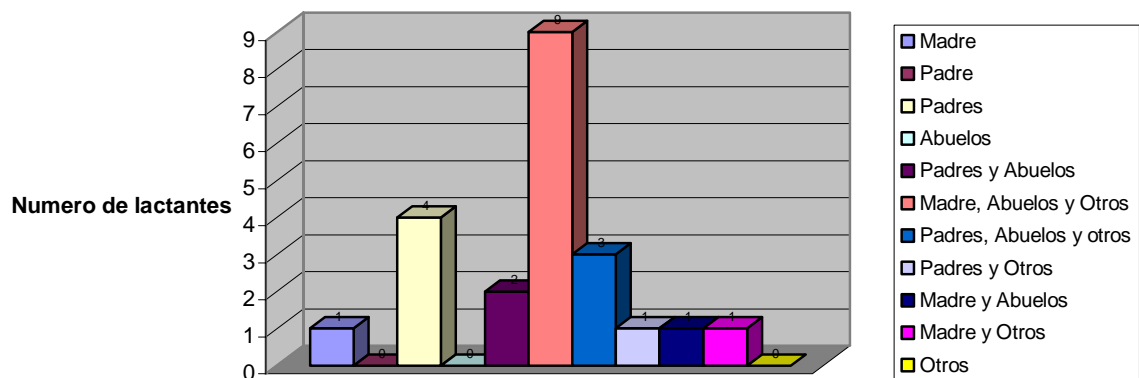


Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

\* Dentro del total de integrantes del grupo familiar está incluido el lactante.

En el gráfico se puede observar que el 44% de los grupos familiares esta constituido por más de 6 personas, seguido por un 23% con 5 integrantes, el 14% corresponde a los grupos familiares integrados por 3 y 4 personas, y solo un 5% esta formado por dos personas.

**Gráfico 7.** Distribución numérica de la población en estudio, según personas con las que convive.

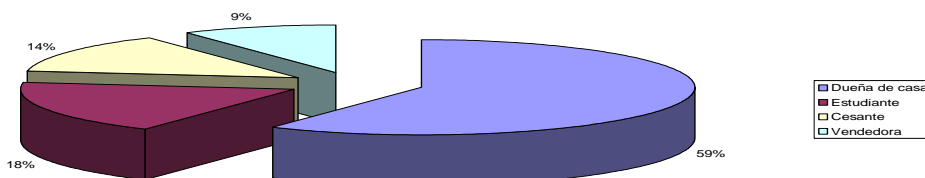


Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

\* Otros: Incluye Tíos (as), Hermanos (as), Bisabuelos (as), Primos(as)

Del gráfico se desprende que 9 de los lactantes viven con su madre, abuelos y otras personas en el hogar, siendo el grupo más numeroso, 4 de los lactantes viven con ambos padres, 3 viven con ambos padres, abuelos y otras personas, 2 lactantes viven con su madre y abuelos, En las categorías Madre, Padres y Otros, Madre y Abuelos y Madre y Otros, solo hay un lactante por categoría, dentro de las categorías de los lactantes que conviven solo con el padre, solo con los abuelos o solo con otras personas no hay representantes.

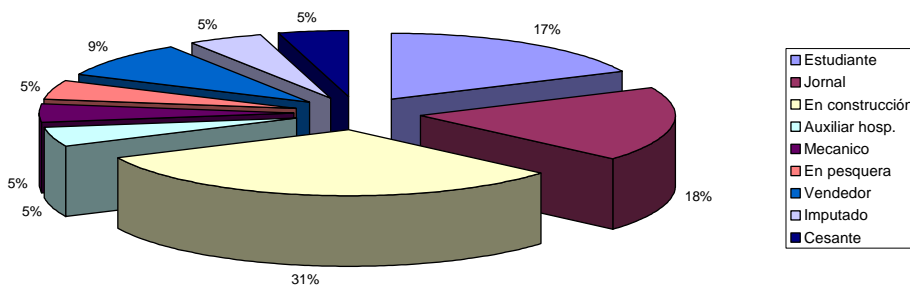
**Gráfico 8.** Distribución porcentual de la población en estudio, según ocupación actual de la madre.



Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

En el gráfico se puede apreciar que el 59% de las madres de los lactantes son dueñas de casa, el 18% es estudiante, un 14% están cesante, y el 9% de ellas desempeña labores de vendedora.

**Gráfico 9.** Distribución porcentual de la población en estudio, según ocupación actual del padre.

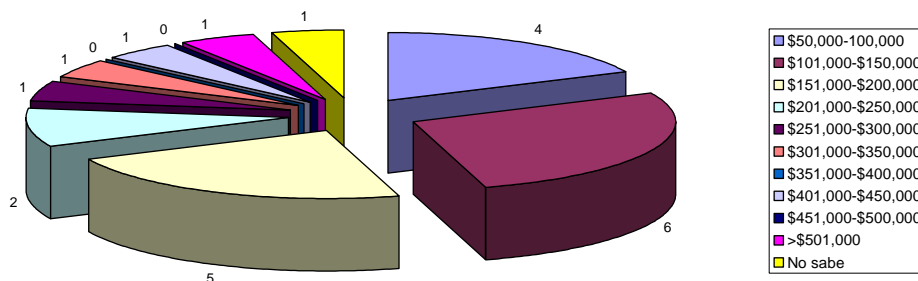


Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)



En el gráfico se observa que el 31% de los padres de los lactantes se dedica al trabajo en la construcción, seguido por el 18% que es jornal (recibe remuneraciones diarias, por jornada), el 17% es estudiante, un 9% se desempeña como vendedor, y el resto de las ocupaciones que se encontraron en el grupo estudio, como lo son, trabajo en pesquera, mecánico y auxiliar de servicio del hospital ocupan un 5% cada una, al igual que el ser cesantes o imputado.

**Grafico 10.** Distribución numérica de la población en estudio, según ingreso económico mensual a sus hogares.



Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

En el gráfico se puede ver que en el hogar de 6 de los lactantes los ingresos mensuales están en el rango de \$101.000-\$150.000, le sigue el rango de los \$151.000-\$200.000 que es ocupado por 5 de los hogares, entre los ingresos de los \$50.000 a los \$100.000 se encuentran 4 de los hogares, 2 de los hogares tienen ingresos en el rango de los \$201.000-\$250.000, el resto de los rangos es ocupado cada uno por un solo hogar(5%) excepto los rangos \$301.000-\$350.000 y \$401.000-\$450.000, que no albergan a nadie del grupo estudio.

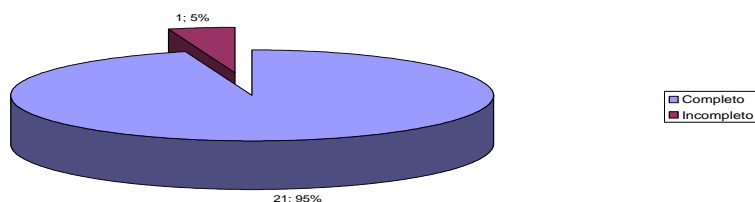
**Tabla 2.** Distribución numérica de la población en estudio, según tipo de vivienda, número de habitaciones y número de dormitorios de los inmuebles.

Tipo de vivienda			Número de habitaciones						Número de dormitorios						
Pareada	Media Agua	Individual	1	2	3	4	5	6 ó más	0	1	2	3	4	5	6 ó más
13	2	7	1	2	1	5	2	11	1	4	5	7	4	0	1

Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

La mayoría de las viviendas de los lactantes son de tipo pareada (13), seguido por las de tipo Individual, y solo 2 son media agua. El número de habitaciones promedio que tienen las viviendas es de 4 habitaciones aprox. (3.9), siendo el mínimo 1 habitación y el máximo 12. Los dormitorios por vivienda son en promedio, 3 dormitorios aprox. (2.6) por vivienda, habiendo un inmueble que no contaba con ninguno, y la vivienda con la mayor cantidad contaba con 6 dormitorios.

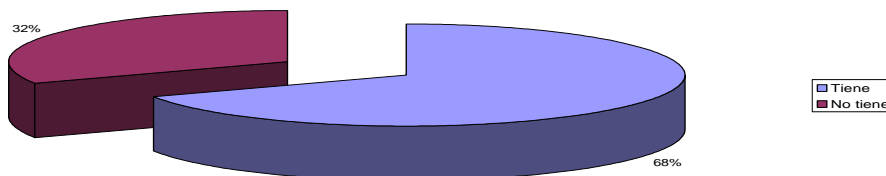
**Gráfico 11.** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según el tipo de saneamiento básico con el que cuentan en sus hogares.



Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

El 95% de los hogares de los lactantes poseen saneamiento básico completo, y solo el 5% no posee, lo que corresponde a una vivienda, la cual no contaba con agua potable y alcantarillado.

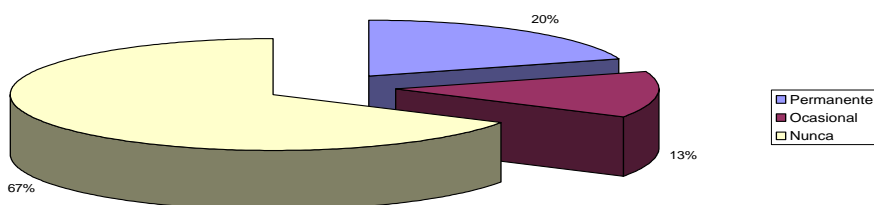
**Gráfico 12.** Distribución porcentual de la población en estudio, según tenencia de mascotas.



Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

El 68% de los lactantes posee mascota en sus hogares, y el 32% restante no posee.

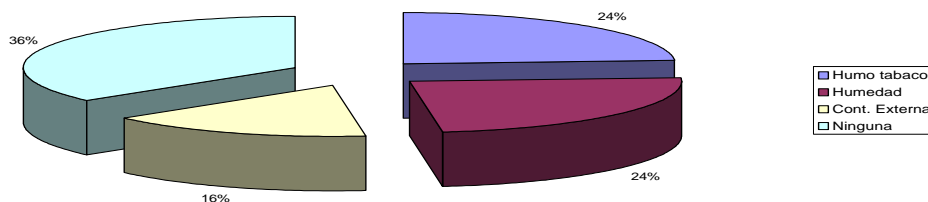
**Gráfico 13.** Distribución porcentual de la población en estudio, según ingreso de las mascotas al hogar.



Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

En el gráfico se puede apreciar que de los hogares donde existen mascotas, en el 67% de ellos estas no ingresan a la vivienda, el 13% ingresa ocasionalmente, y un 20% de las mascotas esta permanentemente al interior del inmueble.

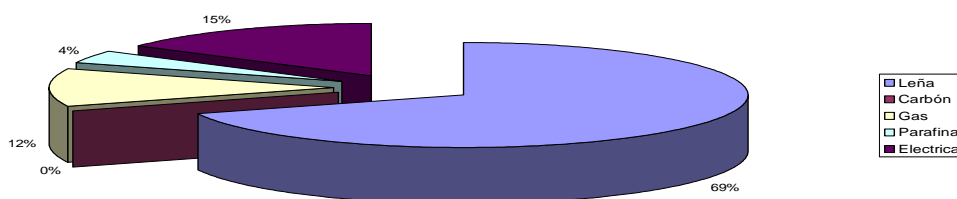
**Gráfico 14.** Distribución porcentual de la población en estudio, según contaminantes que presenten en el hogar.



Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

En el 36% de los hogares no existe ningún tipo de contaminante, el humo de tabaco y la humedad están presentes en un 24% de los hogares, respectivamente, la contaminación externa afecta al 16% de los hogares, la que consiste en polvo y basura.

**Gráfico 15.** Distribución porcentual de la población en estudio, según tipo de calefacción que cuenta en su hogar.

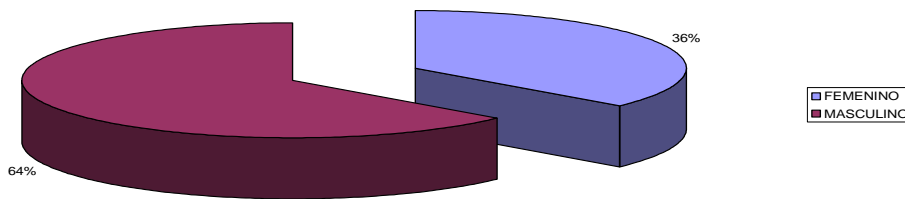


Fuente: Cuestionario aplicado (Anexo 1)

Del gráfico se desprende que el 69% (18) de los hogares posee calefacción a leña, el 15%, que corresponde a 4 casas utiliza calefacción del tipo eléctrica, le sigue la utilización de gas con un 12% (3), y finalmente, con un 4%, que corresponde a una vivienda utiliza de parafina para caleccionarse, en ninguno de los hogares se ocupaba carbón.

### 5.3. ANTECEDENTES NEONATALES:

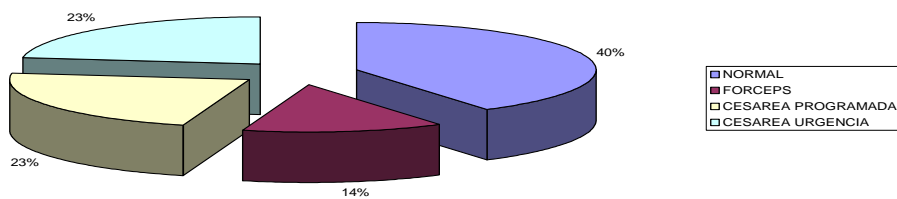
**Gráfico 16.** Distribución porcentual de la población en estudio, según sexo.



Fuente: Ficha Clínica.

Se puede apreciar que el 64% de los lactantes en estudio son de sexo masculino, y el 36% son de sexo femenino.

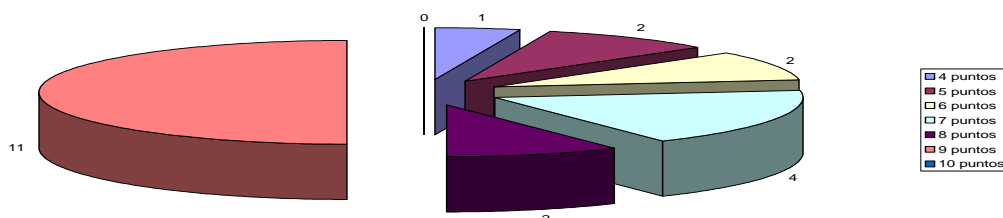
**Gráfico 17.** Distribución porcentual de la población en estudio, según tipo de parto.



Fuente: Ficha Clínica.

El mayor porcentaje de los nacimientos es por cesárea (46%) siendo la mitad de urgencia y la otra mitad programada, el 40% es parte normal, finalmente el 14% de los lactantes nació mediante la utilización de fórceps.

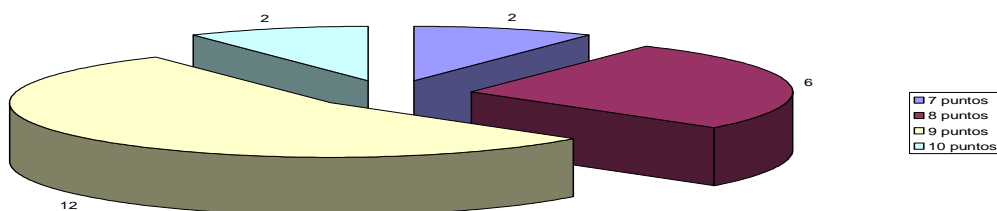
**Grafico 18.** Distribución porcentual de la población en estudio, según valor de test apgar al minuto de vida.



Fuente: Ficha Clínica.

Se desprende del grafico que la mitad de los lactantes (11) tuvo un apagar de 9 al minuto de vida, 4 lactantes tuvieron 7 puntos, los puntajes de 1,5 puntos y 6 puntos, fueron obtenidos por 2 lactantes cada uno, solo 1 lactante obtuvo 4 puntos en el Apgar del minuto de vida.

**Grafico 19.** Distribución porcentual de la población en estudio, según valor de Test Apgar a los cinco minutos de vida.



Fuente: Ficha Clínica.

El 55%(12) de los lactantes obtuvieron 9 pts, en el apgar de los 5 minutos, el 27% obtuvo 8 puntos, seguido por los que obtuvieron 7 y 10 puntos, con un 9% cada uno, el resto de los puntajes no tuvieron representación en el grupo estudio.

**Tabla 3.** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según peso de nacimiento y peso al alta.

	1001-1500 grs		1501-2000 grs.		2001-2500 grs		2501-3000 grs.		3001-3500 grs		3501-4000 grs.		4001 grs y más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Peso de Nacimiento	2	9,1%	3	13,6%	4	18,2%	3	13,6%	5	22,7%	4	18,2%	1	4,65%
Peso al Alta	0	0,0%	0	0%	8	36,4%	5	22,7%	3	13,6%	4	18,2%	2	9,1%

Fuente: Ficha Clínica.

Se puede observar en la tabla que el 22.73% de los lactantes pesaron entre 3001-3500 gramos, seguido por un 18.18% que pesó entre 2001-2500 grs., y el mismo porcentaje lo obtuvieron los del rango entre los 3501-4000 grs., los que pesaron entre 1501-2000 grs. y 2501-3000 grs. representan el 13.64%, el 9.09% pesaron entre 1001-1500 grs., finalmente solo uno (4.55%) de los lactantes peso al nacer más de 4001 grs. Al alta el mayor porcentaje, 36.36% peso entre 2001-2500 grs., seguido por 22.73% que peso entre 2501-3000 grs., el 18.18% peso entre 3501-4000 grs., el 13.64% peso entre 3001-3500 grs., finalmente dos de los lactantes (9.09%) pesaron a su egreso hospitalario más de 4001 gramos.

**Tabla 4.** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según talla de nacimiento y talla al alta.

	36-40 cm.		41-45 cm.		46-50 cm.		51-55 cm.		56-60 cm.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Talla de nacimiento	1	4,55%	7	31,82%	11	50,00%	3	13,64%	0	0,00%
Talla al alta	3	13,64%	0	0,00%	13	59,09%	5	22,73%	1	4,55%

Fuente: Ficha Clínica.

En la tabla se aprecia que la mitad (11) de los lactantes midieron a la nacer entre 46-50 cm., seguido por el 31.38% (7) que midieron entre 41-45 cm., el 13.64% (3) midieron entre 51-55 cm., solo uno de ellos (4.55%) midió entre 36-40 cm. Al alta el 59.09% tenía una talla entre 46-50 cm., el 22.73% medía entre 51-55 cm., en el rango de los 36-40 cm. Se encuentra el 13.64%, y entre los 56-60 cm. de talla se encuentra 1 de los lactantes que corresponde al 4.55%

\* Estos datos son poco confiables debido a los cambios de personal entre un Servicio y otro (Partos- Neonatología), y los del mismo servicio respecto al ingreso y al alta.

**Tabla 5.** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según perímetro craneal de nacimiento y al alta.

	25-30 cm.		31-35 cm.		36-40 cm.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PC de nacimiento	4	18,18%	15	68,18%	3	13,64%
PC al alta	1	4,55%	17	77,27%	4	18,18%

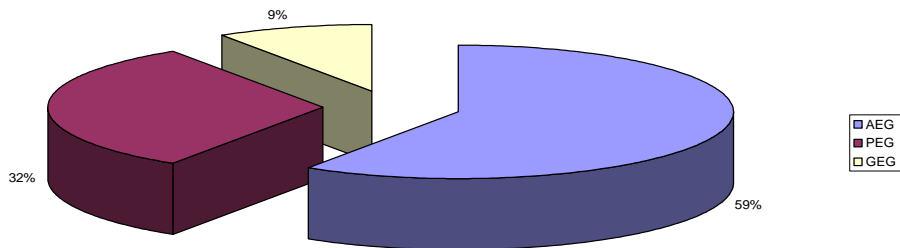
Fuente: Ficha Clínica.

\* PC: Perímetro craneal.

El 68.18% de los lactantes tenía al nacimiento un PC entre los 31-35 cm., al alta en este rango se encontraba el 77.27%, entre los 25-30cm. de PC al nacimiento se encontraba el 18.18%, y al alta en este rango se encontraba el 4.55%, finalmente en el rango de los 36-40 cm de PC de nacimiento existe un 13.64% de los lactantes, y al alta en este mismo rango se encuentra un 18.18% de los menores.



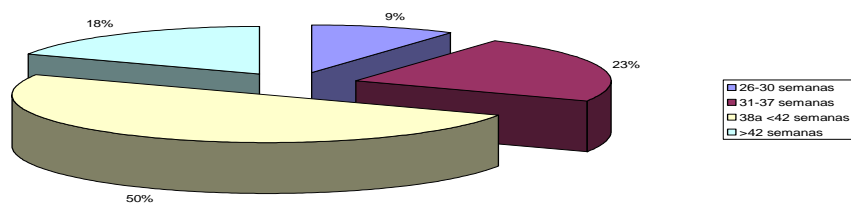
**Grafico 20.** . Distribución porcentual de la población en estudio, según relación Peso/Edad gestacional al momento de nacer.



Fuente: Ficha Clínica.

Del grafico se desprende que el 59% de los lactantes en estudio fueron AEG (Adecuado para la edad gestacional), el 32% fue PEG (Pequeño para la edad gestacional), y el 9% restante fue GEG (Grande para la edad gestacional).

**Grafico 21.**Distribución porcentual de la población en estudio, según Edad gestacional en semanas al momento de nacer.



Fuente: Ficha Clínica.

En el grafico se observa que la mitad 50%, de los lactantes tuvo una edad gestacional (EG) entre las 38 y las 42 semanas, seguido por el 23% que su EG estuvo entre las 31-37 semanas, el 18% tuvo más de 42 semanas de gestación, y el 9% entre 26-30 semanas.

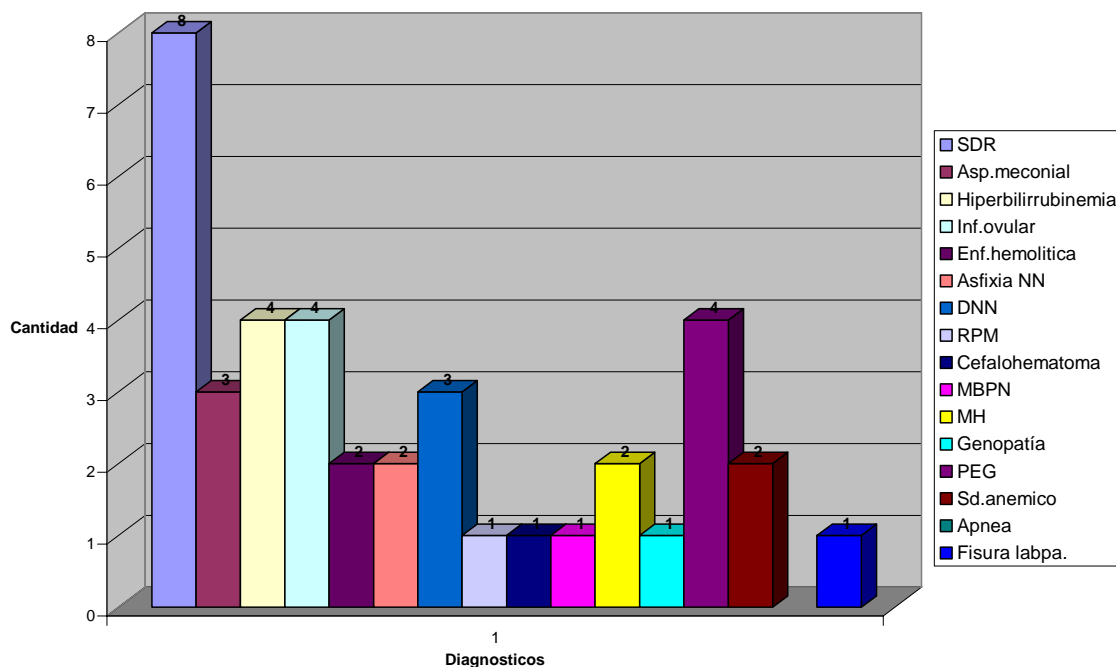
**Tabla 6.** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según requerimiento de Oxígeno y RCP en sala de partos, y uso de Antibióticos (ATB) u otros fármacos durante su hospitalización.

	Requerimientos							
	Oxígeno		RCP		ATB		Otros fármacos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	9	40,91%	6	27,27%	10	45,45%	9	40,91%
No	13	59,09%	16	72,73%	12	54,55%	13	59,09%

Fuente: Ficha Clínica.

En la tabla se observa que el 40.91% de los lactantes requirió Oxígeno, el 59.09% no lo necesitó, el 27.27% de ellos necesitó de RCP en sala de partos y el 72.73% restante no requirió de maniobras, el uso de Antibióticos corresponde al 45.45% de los menores, el otro 54.55% no hizo uso de estos, finalmente un 59.09% no requirió de ningún fármaco durante su estadía en Neonatología, y al 40.91% de los lactantes se les administro algún fármaco durante la hospitalización.

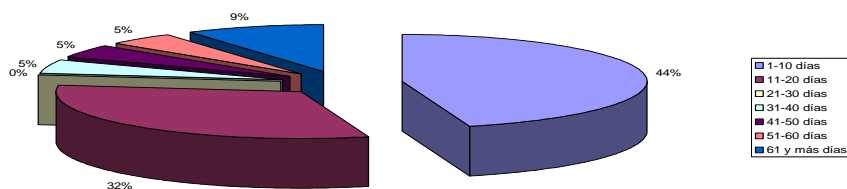
**Grafico 22.** Distribución numérica de la población en estudio, según motivo de hospitalización.



Fuente: Ficha Clínica.

En el grafico se puede apreciar que 8 de los lactantes que se hospitalizó al nacimiento fue por SDR (Síndrome Distres Respiratorio), las causas que le siguen con 4 representantes cada una son Hiperbilirrubinemia, Infección ovular y PEG, luego se encuentra la Aspiración Meconial y la DNN (Depresión Neonatal) con 3 representantes cada una, con 2 representantes por causa están la Enfermedad hemolítica, Asfixia Neonatal, Membrana Hialina y Síndrome anémico, por ultimo las causas de hospitalización menos frecuentes fueron, con un representante cada una son; RPM (Rotura prematura de membranas), Céfaloma hematoma, RN MBPN( Muy bajo peso de nacimiento), Genopatía y Fisura labio palatina.

**Grafico 23.** Distribución porcentual de la población en estudio, según días de hospitalización.



Fuente: Ficha Clínica.

En el grafico se observa que el 44% de los lactantes estuvo hospitalizado entre 1-10 días, por ende su edad al alta también figura dentro de este rango, le sigue el 32% que esta en el rango de los 11-20 días de hospitalización, el 9% permaneció en la Unidad más de 61 días, estando su edad dentro del mismo limite, los rangos entre 31-40 días, 41-50 días y 51-60 días representan el 5% cada uno, el rango entre los 21-30 días de hospitalización no figura nadie.

**5.4. LACTANCIA MATERNA- ESTADO NUTRICIONAL - CONSULTAS Y HOSPITALIZACIONES:**

**Tabla 7.** Distribución numérica y porcentual de la población en estudio, según duración de la Lactancia materna, Desarrollo sicomotor adecuado, consultas adicionales al CNS y hospitalizaciones como antecedente a los 4 meses de vida del lactante.

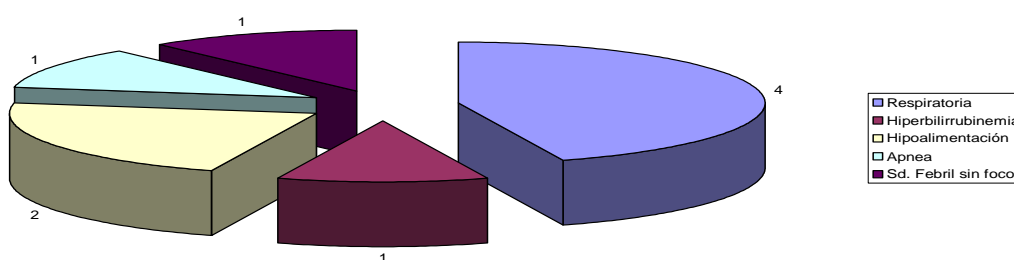
	Mantiene LM		DSM adecuado		Consultas adicionales		Hospitalizaciones	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	16	73%	21	95.5%	14	64%	9	41%
No	6	27%	1	4.5%	8	36%	13	59%

Fuente: Carne Niño Sano y Cuestionario aplicado (Anexo 1)

Se aprecia que la mayoría (73%), mantiene LM a los 4 meses, el DSM es adecuado en un 95.5%, las consultas adicionales a los CNS son en un 64%, el 41% requirió hospitalizarse alguna vez.

- El 86.4% asistió a todos (6 controles) los controles de niño sano, solo tres de los lactantes no acudieron a todos, 1 fue a 5 y 2 asistieron solo a tres.

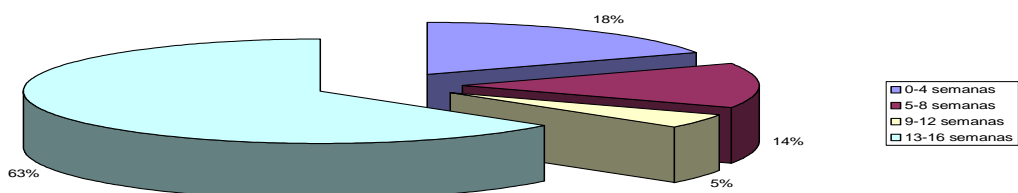
**Grafico 24.** Distribución numérica de la población en estudio, según causa de hospitalizaciones.



Fuente: Carne Niño Sano y Cuestionario aplicado (Anexo 1)

En el gráfico se puede observar que en 4 lactantes (45%) la causa de hospitalización fue la Respiratoria, le sigue la Hipoalimentación, que se presentó en 2 de los lactantes (22%), la Hiperbilirrubinemia, Apnea y Síndrome febril se manifiestan cada una en 1 lactante (11%).

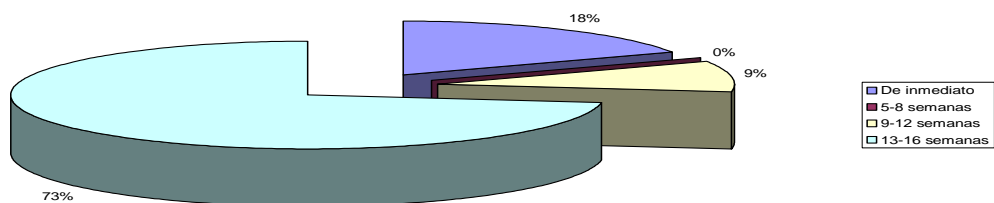
**Grafico 25.**Distribución porcentual de la población en estudio, según tiempo que recibieron lactancia materna exclusiva.



Fuente: Carne Niño Sano y Cuestionario aplicado (Anexo 1)

Se desprende del gráfico que el 63% de los lactantes recibió lactancia materna exclusiva durante las 13-16 semanas, entre las 0-4 semanas recibió LM exclusiva el 18%, el 14% de los lactantes tuvo LM exclusiva entre 5-8 semanas, y el 5% restante recibió LM exclusiva entre 9-12 semanas.

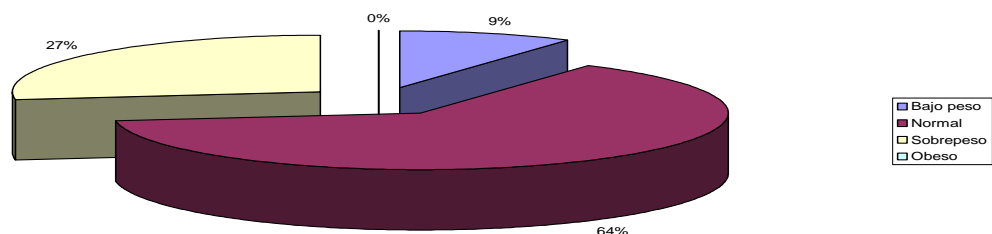
**Grafico 26.**Distribución porcentual de la población en estudio, según inicio de lactancia artificial.



Fuente: Carne Niño Sano y Cuestionario aplicado (Anexo 1)

El 73% de los lactantes inicio su lactancia artificial después de las 16 semanas, le sigue el 18% que la inicio de inmediato, el inicio entre las 9-12 semanas es representado por un 9% de los lactantes, y finalmente con un 5% se encuentra la iniciación de la lactancia entre las 13-16 semanas de vida.

**Grafico 27.** Distribución porcentual de la población en estudio, según estado nutricional a los 4 meses de vida del lactante.



Fuente: Carne Niño Sano y Cuestionario aplicado (Anexo 1)

Se observa en el gráfico que el 64% de los lactantes a los 4 meses está con un estado nutricional Normal, el 27% de ellos está Sobrepeso, y el 9% está Bajo peso, no hay ninguno de los lactantes que se encuentre obeso.

## 6. DISCUSIÓN

El crecimiento y desarrollo en los lactantes es uno de los aspectos más importantes en el que debe enfocarse la atención del profesional de la Salud, ya que es esta la etapa que condicionará muchas de sus características en su futuro como niños, adolescentes y luego vida adulta, como lo plantea Meneghello<sup>13</sup> hay una estrecha relación entre la normalidad del crecimiento y el estado de salud del niño.

Hay muchos factores que inciden de forma positiva en el desarrollo de los lactantes, así como los que inciden negativamente en su crecimiento y desarrollo, el ser hijo de madre adolescente es un factor importante a considerar, teniendo en cuenta todo lo que implica esto. “El medio ambiente de crianza es generalmente inseguro, con carencia de estímulos positivos, las personas encargadas de su cuidado, madre adolescente, abuela, tías u otros familiares, a menudo no tienen los conocimientos adecuados acerca del cuidado y desarrollo normal del niño. Los frecuentes cambios de lugar y de personas que los cuidan a que se ven expuestos estos niños, afecta el desarrollo infantil adecuado. En general están más expuestos a descuido, abuso de todo tipo por parte de sus cuidadores o de otros cercanos.”<sup>10</sup>

Sin embargo se ha demostrado en estudios que al tener un buen manejo de estos lactantes y sus madres con programas de salud adecuados y pertinentes, se logra un muy buen desarrollo futuro.

Debemos considerar que en Chile el embarazo adolescente ha ido en aumento, en los últimos años, según estadísticas del INE el 2003 <sup>18</sup>, el 14.4% de los embarazos pertenecían a niñas entre 15 a 19 años, y para el año 2005 el 23% de las embarazadas en control eran adolescentes (MINSAL 2005), jugando en contra la etapa de la vida que están viviendo estas madres con respecto a la crianza de sus hijos, cuando digo etapa me refiero a la edad, nivel educacional, actividad, etc. Debemos considerar también que Valdivia posee el porcentaje más alto de embarazos adolescentes de la X región, ocupando el 2.8%.<sup>16</sup>

Marriner- Raile<sup>1</sup> define a la madre como: “termino que se aplica tanto a la madre biológica del niño, como a la persona que lo cuida, junto con sus características más importantes. Entre estas características se incluyen los condicionamientos psicosociales de la madre, sus preocupaciones con respecto al niño, su propia salud, la magnitud del cambio que experimenta en su vida, las expectativas que despierta el niño en ella y, sobre todo, su estilo de maternidad y su capacidad de adaptación.”<sup>1</sup> La Madre, pilar fundamental de la familia y más aun de la crianza de los hijos, y que en este caso tiene un factor agregado que es la etapa de vida por la cual está pasando. Es por esto que hay que considerar todos los factores que rodean a esta madre adolescente, que tendrán finalmente una gran influencia sobre el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

En este estudio la mitad (50%) de las madres eran menores de edad al momento de embarazarse, el 14% tenía entre 15 y 16 años, por lo que el promedio de edad de embarazo es de 17.6 años, la cual no es una edad de embarazo extremadamente baja, siendo un factor protector, ya que por consiguiente la mayoría de las niñas cuenta con gran parte de la educación media cursada, y es un promedio de edad donde ya han adquirido una madurez física, psíquica y emocional, al encontrarse en una etapa avanzada de la Adolescencia, no dejando de ser aun adolescentes.

Es también en esta etapa del ciclo vital que los jóvenes están muy expuestos y son vulnerables a caer, e iniciarse en el consumo de tabaco, alcohol, drogas, etc, que son a su vez factores de riesgo para el embarazo, el 69% de la madres adolescentes de los lactantes en estudio no tenía ningún factor de riesgo durante su embarazo, el 29% consumió tabaco durante algún periodo del embarazo (rango: primer día-3 meses de embarazo aprox.), con una cantidad de cigarros que fluctuaba entre los 1 a 3 cigarros diarios, el consumo de alcohol se presentó en el 8% de las madres, dentro del primer mes de embarazo, con consumo ocasional de este.

Respecto a la escolaridad de las madres adolescentes, la cual influirá directamente en la preparación, educación y manejo que tengan éstas frente a diferentes temas y ámbitos de la vida cotidiana que ira a favor del cuidado de sus hijos, cuando la preparación con la que cuenten sea significativa (años de estudio). Del grupo estudio 10 de las madres adolescentes (45 %) poseía una escolaridad media incompleta, 6 de las adolescentes poseía escolaridad básica completa, y 6 (27.3%) habían completado su educación media, ninguna de las madres de la muestra continuó estudios superiores, técnico o universitario, debido a que tenían que dedicar el tiempo a la crianza de sus hijos, o trabajar para cubrir los gastos de los lactantes.

El tiempo que las madres dedican a sus hijos se ve disminuido por diferentes motivos, como lo mencionaba anteriormente, muchas de ellas trabajan o asisten al colegio, en algunos casos el tiempo que le destinan a sus hijos deben compartirlo, por que han sido madres nuevamente, aunque ocurre en la minoría de los casos, 2 de las madres tenía otro hijo. El 59% de las madres es dueña de casa, ya sea por que dejó sus estudios o porque terminó la educación media, destinando tiempo completo al lactante, pero a la vez dejando de lado su crecimiento académico, le siguen las estudiantes, con el 18%, un 14% de las jóvenes esta cesante y un 9% trabaja. En los padres de los menores se da otra realidad, ellos están más dedicados al sustento del lactante que a su cuidado, el 61% trabaja, un porcentaje similar al de las madres sigue estudiando (17%), y un 5% esta cesante.

Uno de los beneficios que las madres sean jóvenes es que las patologías del embarazo son menos frecuentes, a diferencia de los embarazos de mujeres más adultas, además que el estado físico de las niñas esta en mejores condiciones, esta claro, esto cuando las condiciones de las niñas son normales y adecuadas, teniendo un buen estado nutricional, inmunológico, etc. y que la edad de embarazo no sea muy baja, como es el caso de las adolescentes de la muestra. En



ellas un 48% no padeció ninguna enfermedad durante el embarazo, y la enfermedad más recurrente fue la Anemia, con un 39%, se manifestó también la HTA y la ITU.

Al igual que en el estudio hecho por Riedemann (2004)<sup>19</sup>, la mayoría de las madres adolescentes son solteras, representando el 54.6%, el 36.4% conviven y solo el 9.1% están casadas. Puedo agregar también, que la mayor cantidad de los embarazos son Inesperados (72.7%), y se da con mayor frecuencia en las madres solteras (40.9%), el embarazo Programado se dio en 6 de las madres en estudio (27,3%). También se puede apreciar que el estado civil de las madres no tiene mayor relevancia en si el embarazo se programo o no, pudiendo creerse que se producirían más embarazos programados en las adolescentes casadas, al tener estas un marido y por lo tanto más, estabilidad emocional y económica.

La familia es el principal sostenedor, es el pilar para la formación del individuo, y esta cobra vital importancia en los primeros meses de vida de los lactantes, además de ser la principal red de apoyo que tiene la madre adolescente para el cuidado y crianza de su hijo. La mayoría de los lactantes posee familias del tipo Extensa donde comparten más de dos generaciones consanguíneas, además de existir más de un núcleo familiar, el 44% de los hogares esta formado por más de seis integrantes y solo el 21% esta formado por una familia Nuclear compuesta por 3 ó 4 miembros, donde los padres adolescentes se hacen cargo por si solos de sus hijos. ¿Estos valores serán perjudiciales o favorables para la crianza de los niños?, por una parte el que la madre viva con más gente, que por lo general son sus padres, es beneficioso para la madre y el lactante ya que este recibe atención experimentada (respecto a edad) de parte de sus abuelos, pero que la mayoría de las veces no tienen una base de conocimientos certeros, tal como lo plantea Meneghello<sup>13</sup>, la adolescente tiene más libertades para desarrollar sus actividades propias de la edad, como lo es asistir al colegio, pero muchas veces que el menor sea prácticamente criado por sus abuelos o sea cuidado por un sin fin de personas diferentes y en diferentes lugares, no es bueno para ninguna de las dos partes (padres-lactante) ya que a futuro crea carencias y dificultades emocionales.

Dentro de los factores ambientales, aparte de la familia, que inciden en el crecimiento y desarrollo de los lactantes, juega un rol importante el nivel socioeconómico (NSE) que tenga la familia, en Chile la mayoría (34.8%) de las familias pertenece al NSE “D”(Censo 2002), el cual es uno de los niveles más bajos, donde la educación media de los jefes de hogar no es completa, y los ingresos mensuales no son extremadamente bajos, pero se deben repartir en varios miembros de la familia, dejando de lado muchas veces por falta de dinero o instrucción cosas esenciales para el desarrollo del lactante, como lo es salud, estimulación, etc. Según los ingresos económicos 3 de las familias de los lactantes entrarían en esta clasificación, donde los ingresos mensuales van entre los \$200.000 y \$300.000, siendo la gran mayoría de las familias del NSE “D”, el más bajo abarcando a 15 familias que representan el 68.2%, en donde sus ingresos mensuales no superan los \$160.000, los segmentos C3 y C2 están representados cada uno por una familia, y el NSE ABC1 no tiene representación en el grupo estudio, recordando que solo tome la variable “ingreso mensual para la clasificación”.<sup>14</sup>

La mayoría de las viviendas de los lactantes son de tipo pareada (13), seguido por las de tipo singular (7) y solo 2 son media agua. El número de habitaciones promedio que tienen las viviendas es de 4 habitaciones aprox. (3.9), siendo el mínimo 1 habitación y el máximo 12. Los dormitorios por vivienda son en promedio, 3 dormitorios aprox. (2.6) por vivienda, habiendo un inmueble que no contaba con ninguno, y la vivienda con la mayor cantidad contaba con 6 dormitorios. Respecto al saneamiento básico de los inmuebles se ve cada día una preocupación de parte de la gente y autoridades por contar con los servicios básicos, los cuales van de la mano con la prevención y en su ausencia con la transmisión de enfermedades e infecciones, el 95% de las viviendas contaba con el saneamiento básico completo.

Siguiendo con el tema de la transmisión de enfermedades, y sobretodo en el periodo de lactantes menores, en los cuales aun esta madurando su sistema inmunológico, la tenencia responsable de mascotas no es un tema menor, además de estar ligadas a los accidentes que han habido en el ultimo tiempo, según datos del Minsal<sup>20</sup> de los afectados por mordeduras que llegan a los Servicios de Urgencia 3 de cada 4 son niños. En el 68% de los hogares de los lactantes hay mascotas, que en su mayoría son perros, lo tranquilizante es que en la mayoría 67% no ingresan al inmueble, solo el 20% permanece siempre dentro de la casa y el 13% entra ocasionalmente.

En un 64% de los hogares existe la presencia de algún contaminante, lo que es una cifra considerable, pero irrefutablemente la ubicación geográfica nos juega una mala pasada con respecto a la humedad en los hogares presentes en el 24% de ellos, influyendo sobretodo en el desarrollo de patologías respiratorias, que son las que predominan en las consultas medicas y de Urgencia, se agrega a esto que en el 24% de los hogares existe presencia de humo de tabaco, solo en un 36% de los hogares no existe presencia alguna de contaminantes. Por la ubicación geográfica de la ciudad de Valdivia, es más predominante el uso de calefacción a leña en un 63% de los hogares, siendo este tipo el más eficiente para combatir la humedad junto con la calefacción a electricidad que se utiliza en el 15% de las casas, solo un 12% y 4%, utiliza calefacción a gas y parafina respectivamente, siendo estas las más perjudiciales para la salud de los Lactantes.

Según un estudio hecho en la ciudad de Concepción (2004-2005)<sup>21</sup> que abarca a mujeres de todas las edades, la mayoría de los partos (66%) efectuados en el sistema Publico de Salud fueron del tipo Normal, lo cual no coincide con el grupo en estudio, en esta solo el 40% nace por parto Normal, y el 46% nace por cesárea, dividiéndose este porcentaje en iguales partes, 23% para Cesárea de Urgencia, y 23% para Cesárea Programada, el Fórceps se da en un menor porcentaje(14%) de los casos, coincidiendo con el estudio anteriormente nombrado. Que la incidencia de partos instrumentalizados sea mayor en el grupo de estudio, puede deberse a las características de las madres, autores se refieren a que las mayores complicaciones del parto se deben a la inmadurez anatómica (pelvis) de las adolescentes, pudiendo ser este el caso de los partos del estudio. Por otro lado existen estudios donde la

mayoría de los partos en adolescentes son normales, dándose en mayor proporción los partos instrumentalizados en mujeres adultas (20-29 años)<sup>9</sup>. De estos partos el 64% de los recién nacidos son de sexo masculino y el 36% son de sexo femenino, en Chile también predomina el sexo masculino con un 51%, y los nacimientos de mujeres ocupan el 49%.<sup>20</sup>

Como se ha nombrado anteriormente la incidencia de partos instrumentalizados es mayor a la de los partos normales, lo que puede traer por consecuencia trabajos de parto prolongado y expulsivos dificultosos, lo cual tendría repercusiones inmediatas en el recién nacido, reflejándose por ejemplo en valores de Apgar bajos y mayor incidencia de depresiones respiratorias. “Sin embargo, algunos estudios revelan altas cifras de recién nacidos con puntaje de Apgar mayor de 7 a los cinco minutos, lo cual implica una baja proporción de depresión respiratoria y asfixia al nacer en hijos de madres adolescentes”<sup>9</sup>, lo descrito se da en los lactantes en estudio, el 91% de ellos tuvo un Apgar mayor a 7 a los 5 minutos de vida, los resultados en el Apgar del minuto también fueron buenos, un 72.3% obtuvo Apgar mayor a 7, y de estos el 55% fue de 9 puntos, y solo el 37.7% lo tuvo menor a 7 puntos.

La mayoría de los estudios hechos a hijos de madre adolescente<sup>7-8-9-22</sup>, muestran que en los recién nacidos las alteraciones se dan principalmente en el peso, edad gestacional, relación peso/edad gestacional. El 59% de los lactantes pesó al nacer más de 2.500 gramos, estando así el 40.9% de los lactantes bajo peso (menos de 2.500 gramos), y el 9.1% fue MBPN (Muy Bajo Peso de Nacimiento, inferior a 1.500 gramos), coincidiendo con otros estudios analizados la mayor cantidad de los recién nacidos tienen un normo peso de nacimiento, sin embargo existe un alto porcentaje, más de un tercio de la muestra presentando un bajo peso de nacimiento, al alta obviamente los pesos aumentaron siendo solo el 36.4% dentro del rango de los 2001-2500 gramos, siendo este el rango de los pesos más bajos. El grupo de estudio se encuentra muy distante de los indicadores nacionales, ya que de los hijos de madres entre 15-19 años el 6% son de peso inferior a los 2.500 gramos (INE 2003)<sup>18</sup>.

La talla por si sola, la realidad es que no entrega mucha información y no es tan relevante, el 50% de los lactantes al nacer midió entre 46-50 cm., estando la mayoría (64%) dentro del rango de normalidad que son entre 50-52 cm. aprox., al alta las medidas fueron muy variadas, no siendo datos fidedignos para el estudio, por lo cual no haré alusión a estos. El perímetro craneal puede variar en presencia de alguna anomalía (lo que no es el caso del grupo estudiado) como Hidrocefalia, Microcefalia, etc. o por algún traumatismo del parto, produciéndose deformidades plásticas en los neonatos, el perímetro craneal normal va entre los 31-35 cm. aproximadamente, el 68.2% del grupo de estudio se encontraba dentro de estos rangos, aumentando al alta al 77.2%, el 18.2% se encontraban el rango de los 25-30 cm. pero el principal motivo es que eran RN pequeños.

Me puedo dar cuenta que varias de las características de los recién nacidos hijos de madre adolescente van de la mano, y tienen como punto de inicio la edad de sus madres. Numerosos estudios<sup>9</sup>, plantean que a menor edad de la madre, mayor será el riesgo de parto prematuro, por lo que la edad gestacional de estos RN será inferior, que a su vez dará por resultado niños pequeños, con bajo peso de nacimiento, esto se equipararía en madres adolescentes entre los 16 a 19 años no teniendo mayor diferencia con los hijos de madres adultas, características que representan a las madres del grupo en estudio. Veamos entonces cuales son las características de RN de los lactantes que se están estudiando, de acuerdo a su edad gestación y relación peso/EG. Obtuve que el 59% de los lactantes fue AEG, el 32% fue PEG, y solo un 9% fue GEG, resultados que coinciden con los obtenidos en un Estudio realizado en la ciudad de Concepción el año 2002<sup>9</sup>. Las semanas de gestación en estos lactantes fueron en un 50% entre las 38-41 semanas, lo que corresponde a RNT (recién nacidos de término), a nivel nacional los RNT ocupan el 93%, el 31% de los lactantes fue de Pretermino, o sea inferior a las 37 semanas de gestación, esto según la Academia Americana de Pediatría, y a nivel Nacional los RN Pretermino ocupan el 6.3%, estando el grupo en estudio muy sobre este porcentaje, de los RN Post Termino (> a las 42 semanas de gestación) encontramos a nivel Nacional según datos del INE 2003, solo un 0.3%, porcentaje más elevado encontramos en los lactantes del estudio que ocupan un 18%.

En promedio las semanas de gestación de los lactantes en estudio fueron de 36.5 semanas, los cuales están bajo el rango de normalidad (38 a < 42 semanas), sin embargo, la diferencia no es tan grande. Me adhiero entonces a lo anteriormente mencionado por otros estudios, diciendo que en madres adolescentes sobre los 16 años la Edad gestacional de los RN no se encuentra tan lejos de los rangos de normalidad, y en consecuencia los RN son en su mayoría AEG.

Como he mencionado anteriormente durante el parto se pueden dar una serie de complicaciones, que ya fueron explicadas, pero es a raíz de estas complicaciones que los RN puede que necesiten medidas de apoyo, como lo son Oxígeno, RCP, uso de Antibióticos u otros fármacos, el uso o no de alguno de estos tratamientos o medidas de apoyo puede condicionar el desarrollo futuro de los lactantes, dependiendo si fueron entregadas a tiempo y en la forma correcta. El 59.1% de los lactantes no requirió de Oxígeno durante sus hospitalización, porcentaje que nos muestra un buen pronóstico en la evolución de los bebés, ya que la utilización de Oxígeno, tiene diversas contraindicaciones y su uso se debe a que existe alguna falla o patología que no permite que la oxigenación de la sangre sea la óptima, teniendo consecuencias directas a futuro sobre el desarrollo psicomotor de los lactantes. Reanimación Cardiopulmonar requirió el 27.3% de los lactantes, junto con los resultados de los Apgar nos muestra que existió una buena recuperación de los lactantes. El uso de Antibióticos durante la hospitalización de los lactantes fue de un 45.1%, porcentaje que puede parecer alto, pero puede estar asociado al antecedente de rotura prematura de membranas como motivo de hospitalización, además de tener un sistema inmunológico aún inmaduro estando vulnerables a cualquier infección por mínima que sea. Un 59.9% no utilizó otro tipo de fármacos durante la hospitalización.

Los motivos de hospitalización al momento de nacer son variados, pero los que se repiten más, se pueden relacionar a las complicaciones que pudiesen haber existido en el parto. El 36.4% correspondió a Síndrome de Distress Respiratorio, luego le seguían causas como Hiperbilirrubinemia, PEG e Infección ovular, con un 18.2% cada una, el resto de las causas estaba en porcentajes muy bajos y divididos, entre otras estaba; Aspiración Meconial y la Depresión Neonatal, que también se deben a complicaciones del parto. El tiempo que los lactantes estuvieron hospitalizados, influye sobre la familia, la madre y el lactante, mientras más largas sean los tiempos de hospitalización secuelas pueden quedar en el lactante y su familia afectando la estimulación, el apego y los temores que la madre pueda desarrollar, lo que puede afectar en su desarrollo futuro, además de todos los procedimientos a los que están sometidos durante su estadía en las Unidades Hospitalarias, el 44% estuvo hospitalizado entre 1-10 días, los lactantes que estuvieron menos tiempo fue de 1 día y lo máximo fue de 77 días, la mayoría de las causas de hospitalización eran rápida evolución, los bebés que permanecen más tiempo son los PEG y los MBPN, que deben alcanzar pesos de alta dentro de los rangos normales.

Todos los antecedentes presentados hasta el momento son en cierta forma, y claro esta, junto a otros factores también, condicionantes para el estado de salud que tengan los lactantes a los 4 meses de edad.

Es sabido por todos la vital importancia de la lactancia materna en los primeros meses de vida, en cuanto a diferentes aspectos como lo es la parte nutricional, inmunológica, apego materno, que además esta relacionado con la estimulación del lactante. En Chile existen programas a nivel de atención Primaria que hacen hincapié a la importancia y las ventajas de amamantar a los lactantes hasta los 6 meses de edad como mínimo y además refuerzan las técnicas de amamantamiento, por ejemplo en Chile el año 2005 el 48% tenía LM exclusiva hasta los 6 meses de edad (MINSAL 2005)<sup>16</sup>, cifra que se ve aumentada en nuestra población en estudio ya que los lactantes son dos meses menores, pero también nos da alguna estimación y visión cuando estos tengan 6 meses de edad, el 63% de los lactantes en estudio mantiene LM exclusiva, y el 73% ha recibido hasta el rango entre la 13-16 semanas de vida LM, el 18% de los lactantes recibió LM exclusiva solo entre 0-4 semanas de vida, esto se debe principalmente a la hospitalización, ya que las madres no pueden acudir o no se les permite amamantarlos por diferentes razones, lo que trae por consecuencia que disminuya su producción de leche, que trae como resultado un inicio precoz de la lactancia artificial, la que en algunos casos es necesaria, como en los bebés Prematuros. El 18% de los lactantes debió iniciar su lactancia artificial de inmediato, que puede traer como consecuencia en un futuro próximo una alteración nutricional en ellos, si no son manejados nutricionalmente en forma correcta. A lo 4 meses el 64% de los lactantes se encuentra con un peso normal, lo que nos indica que el tipo y la técnica de alimentación son las adecuadas en la mayoría de los casos, el 27% está con sobrepeso, porcentaje alto si lo comparo con el obtenido en un estudio realizado el año 2002 <sup>6</sup> donde un 12.5% de los lactantes estudiados estaban con sobrepeso. El 9% se encuentra Bajo peso, cifras que en general nada tiene que ver con el Peso de nacimiento ni con

el Nivel educacional de las madres, ya que no había relación alguna de estos factores con los lactantes que no estaban en los rangos de normalidad.

El Desarrollo Sicomotor es otro de los aspectos en el que pone mucho énfasis el Programa de Salud del Niño, ya que según esto se va conociendo el desarrollo cerebral del lactante, y se pueden pesquisar a tiempo patologías. El Desarrollo Sicomotor se ve afectado por muchos factores, principalmente los ambientales, que se han presentado con anterioridad en la discusión, ya que este Desarrollo sicomotor depende mucho de la estimulación que se le da al lactante, esta muchas veces va asociada al NSE, a la educación de la madre, entre otros factores. El grupo en estudio presenta en un 95.5% un DSM adecuado a la edad de los lactantes, solo el 4.5% no cumple con las conductas esperadas para un lactante de 4 meses. En Chile las cifras que existen son la de los lactantes a los 18 meses donde el 95% (MINSAL 2005)<sup>16</sup> tiene un DSM adecuado, cifra que en Valdivia desciende al 86.1% (MINSAL 2005)<sup>16</sup>, estas cifras nos deben poner en alerta, ya que nuestro grupo de estudio la mayoría de los lactantes tiene un DSM adecuado a los 4 meses de edad, pero que por diferentes causas puede verse disminuida en el futuro, es ahí donde los Profesionales de la Salud deben poner todas sus herramientas para prevenir un descenso de estas cifras.

Respecto al estado de salud general de los Lactantes, se va conociendo periódicamente con el Control de Niño Sano (CNS), a los 4 meses de vida los lactantes deberían tener 6 controles de salud obligatorio, de la muestra en estudio un 86.4% asistió a todos los controles, cifra que es muy buena ya que así se tiene la evolución y estado de la mayoría de los lactantes. Los lactantes que consultaron adicionalmente a sus controles de rutina fueron un 64%, con 3.4 consultas promedio, cifras altas ya que recordemos que los lactantes tienen solo 4 meses, las principales causa de consulta fueron del tipo Respiratoria, estas altas cifras de consulta de más de la mitad de los lactantes se puede deber a la inexperiencia de las madres adolescentes en el cuidado de sus hijos, sumado a las características del Recién nacido.

Un 59% de los lactantes requirió ser hospitalizado en este periodo de seguimiento de los 4 meses, la principal causa es la respiratoria con un 45%, seguida por hipo alimentación con un 22%, causas que nos hacen pensar que pudieran ser por falta de cuidados del lactante o que los cuidados que se les están entregando no son los adecuados, influyendo también factores ambientales como los son características de la vivienda, contaminantes, nivel educacional de la madre, etc.

## 7. CONCLUSIÓN

La identificación objetiva del perfil de los lactantes en estudio, permitirá un actuar más acertado al realizar la atención de Enfermería, por ejemplo en el Control de Niño Sano de este grupo etareo, haciendo hincapié en los factores que pueden alterar el curso normal del desarrollo de estos lactantes.

El perfil del lactante de 4 meses hijo de madre adolescente que al nacer fue hospitalizado en la Unidad de Neonatología, corresponde a:

Lactante en su mayoría de sexo masculino, nacido por cesárea, con buenos puntajes de Apgar, Peso, Talla y Perímetro craneal dentro de rangos normales, en su mayoría recién nacidos AEG, y de término, se hospitaliza al nacer por un Síndrome de distress respiratorio con menos de 10 días de hospitalización. A los 4 meses de vida se encuentra recibiendo Lactancia materna, con un buen Desarrollo Sicomotor, ha requerido de consultas de salud adicionales al Control de Niño Sano. Son hijos de madres adolescentes de 17.6 años promedio con escolaridad Media incompleta, con un Nivel socioeconómico bajo. Forma parte de un grupo familiar con más de 6 integrantes, familia extensa, en su hogar existen contaminantes ambientales como humo de tabaco y humedad, con presencia de mascotas que no ingresan al hogar y utilizan leña como método de calefacción.

El conocer los factores sociobiodeográficos que afectan el crecimiento y desarrollo de estos lactantes permitirá al profesional de Enfermería, junto a un equipo multidisciplinario, eliminar parcial o totalmente los factores que les afecten en forma negativa, como lo es por ejemplo, que la mayoría de los menores posea familias extensas y que más del 68% pertenezca al NSE "D", donde los ingresos no superan los \$160.000, o que en la mayoría de los hogares exista presencia de contaminantes facilitando el desarrollo de enfermedades sobre todo del tipo Respiratorias.

De igual forma se debe fortalecer y aprovechar los factores protectores del Crecimiento y Desarrollo identificados, como lo son la Lactancia Materna exclusiva, el promedio de edad de las madres de la muestra que es de 17.6 años, el que la mayoría de ellas tienen gran parte de la Educación Media cursada y que el 59% de estas es dueña de casa dedicándose tiempo completo a la crianza de sus hijos.

Además con las características anteriormente expuestas, junto a otras como lo es que más del 86% de los lactantes asistió a todos sus controles de Salud, se ve facilitado el desarrollo de programas educativos y de atención dirigidos a las madres adolescentes, los que deben enfocarse a apoyarlas y guiarlas en la crianza de sus hijos, con el fin de potencializar el crecimiento y desarrollo de los niños en sus futuras etapas. Teniendo en cuenta las áreas más afectadas, como es el antecedente del 27% de los lactantes este con Sobrepeso a los 4 meses

de vida, que el 64% consulta adicionalmente a sus controles habituales de Salud, y que el 59% ha requerido de hospitalización.

Tras conocer concretamente las características de la población en estudio, se podrá entregar una atención de calidad y ser un real aporte para el cuidado y atención de los niños de madres adolescentes, por lo que también sería muy provechoso el difundir los resultados a los respectivos centros de Atención de los menores.

Sería de gran importancia incentivar a los profesionales de Enfermería en el rol que les compete, en la enseñanza y asesoría de la población para que los padres en este caso adolescentes, dentro de sus opciones, planifiquen la formación de su familia, debemos tener en cuenta que el 73% de los embarazos de la muestra fueron Inesperados.

El publicar o presentar el estudio en eventos científicos o congresos del área de la Salud en general, permitirá difundir los resultados obtenidos, lo que traerá por consecuencia que el profesional de Enfermería amplíe su visión, motivándose a realizar investigación respecto al tema, y profundizar más el estudio, ya que son muchos los aspectos que quedan de lado y sería muy interesante indagar más en ellos para complementarlos con estudios ya existentes sacando mejor provecho de los resultados obtenidos.



## 8. BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> FINE, J. ; J.K. BAKER; D. BORCHERS; K. KALTOFEN; N. OTCUH; J. PEACOCK; E. GODFREY; C. WESOLOWSKY; L. YAEGER. 1999. Modelo interacción padres-hijo Katryn Barnard. En: MARRINER T., A; M. RAILE. Modelos y teorías de Enfermería. 4 ed. España. Mosby. Pp 425-428.
- <sup>2</sup> LUENGO, X. 2003.”Características de la adolescencia normal”. En: MOLINA, R.; J. SANDOVAL; E. GONZALEZ. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Santiago, Chile. Mediterraneo. Pp 16-17.
- <sup>3</sup> ROS, R.; T. MORANDI; E. COZZETTI; C. LEWINTAL; J. CORNELLÀ; J. SURÍS.2003. Manual de salud reproductiva en el adolescente. (Disponible en <http://www.sec.es/saludreproductiva.htm>. Consultado el: 9 de septiembre del 2006).
- <sup>4</sup> GONZALEZ, E. 2003. “Aspectos sociales en la adolescente embarazada”. En: MOLINA, R.; J. SANDOVAL; E. GONZALEZ. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Santiago, Chile. Mediterraneo. Pp 500-507.
- <sup>5</sup> MINSAL (CHILE). 2006. Indicadores en salud 2005. (Disponible en <http://minsal/departamentodeestadisticaeinformacionen salud/indicadoresdesalud/algunosindicadoresensalud/indicadoreselsalud2005.htm>. Consultado el 30 de agosto 2006).
- <sup>6</sup> RIVERA C., Rocio, GUARDIA, Silvia, CORNEJO E., Verónica *et al.* INDICE DE RIESGO NUTRICIONAL (IRN) EN LACTANTES: APLICACIÓN Y COMPARACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN. *Rev. chil. nutr.* [online]. ago. 2002, vol.29, no.2 [citado 20 Marzo 2007], p.126-136. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182002000200008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000200008&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-7518. Consultado el 20 de Marzo del 2007.
- <sup>7</sup> VAZQUEZ, A.; A. ALMIRALL; F. DE LA CRUZ;. Embarazo en la adolescencia: repercusión biosocial durante el primer año de vida. *Rev Cubana Pediatr.* [online]. Mayo-ago. 1997, vol.69, no.2. (Disponible en la World Wide Web: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75311997000200002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311997000200002&lng=es&nrm=iso)>. Consultado el: 10 Septiembre 2006).
- <sup>8</sup> ALONSO, R.; A. CAMPO; A. GONZALEZ; B. RODRIGUEZ; L. MEDINA. Seguimiento al hijo de madre adolescente. (Disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21\\_5-6\\_05/mgi115-605.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi115-605.htm). Consultado el 4 de septiembre 2006).

- <sup>9</sup> DIAZ, Angélica, SANHUEZA R, Pablo y YAKSIC B, Nicole. RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2002, vol.67, no.6 [citado 11 Marzo 2007], p.481-487. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262002000600009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-7526. Consultado el 10 de Marzo del 2007.
- <sup>10</sup> LUENGO, X.; E. GONZALEZ.2003. “Hijos de madre adolescente”. En: MOLINA, R.; J. SANDOVAL; E. GONZALEZ. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Santiago, Chile. Mediterraneo. Pp 525-531.
- <sup>11</sup> OPS. 1992. “Manual de Medicina de la Adolescencia”. Washington D. C., Estados Unidos. pp 473-518.
- <sup>12</sup> MOLINA, R. 2003. “Adolescencia y embarazo: un problema emergente en salud publica”. En: MOLINA, R.; J. SANDOVAL; E. GONZALEZ. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Santiago, Chile. Mediterraneo. Pp 448.
- <sup>13</sup> MENEGHELLO R. Julio; E. FANTA; E. PARIS; T. PUGA. 1997. *Pediatría*. Buenos Aires. Panamericana.
- <sup>14</sup> “Mapa socioeconómico de Chile”  
[http://www.adimark.com/medios/estudios/Mapa\\_Socioeconomico\\_de\\_Chile.pdf](http://www.adimark.com/medios/estudios/Mapa_Socioeconomico_de_Chile.pdf). Consultado el 25 de Diciembre del 2006.
- <sup>15</sup> “La Familia”.[http://www.iin.oea.org/Cursos\\_a\\_distancia/Lectura%2012\\_UT\\_1.PDF](http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF). Consultado el 25 de Diciembre del 2006.
- <sup>16</sup> “Salud del Niño”.<http://www.minsal.cl/salud> del niño. Consultado el 25 de Diciembre del 2006.
- <sup>17</sup> BARRIA. M.; G. SANTANDER; T. VICTORIANO.2005. Estudio Proyecto DID U.A.Ch. S-2005-43 “Factores predictores de hospitalización en menores de 3 meses de vida”.
- <sup>18</sup> “Estadísticas”.[http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/estadisticas\\_vitales/estadisticas\\_vitales.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/estadisticas_vitales.php). Consultado el 11 de Marzo del 2007.

- <sup>19</sup> RIEDEMANN, K. 2004. Perfil de las madres adolescentes atendidas y sus necesidades en relación con el cuidado de su hijo, unidad de puerperio, Hospital Clínico Regional Valdivia. Tesis Lic. en Enf. Valdivia, Universidad Austral de Chile, Escuela de Enfermería.
- <sup>20</sup> “Departamento de estadísticas e información en salud”. <http://deis.minsal.cl/deis/ev/en>. Consultado el 10 de Marzo del 2007.
- <sup>21</sup> CABRERA D, Jorge, CRUZ B, Germán, CABRERA F, Clemencia *et al.* CARACTERÍSTICAS DEL PESO, EDAD GESTACIONAL Y TIPO DE PARTO DE RECIÉN NACIDOS EN EL SISTEMA PÚBLICO Y PRIVADO. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2006, vol.71, no.2 [citado 11 Marzo 2007], p.92-97. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262006000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000200004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-7526.
- <sup>22</sup> ARCOS. E.; C. MOLINA; M. UARAC; M. ALBERDI.1997. Estudio Proyecto DID U.A.Ch S 93-05 “Maternidad en adolescentes: desarrollo psicomotor del preescolar”. Cuad. méd.-soc. (Santiago de Chile); 38(4):58-66, dic. ilus, tab. (Original no consultado, resumen en: LILACS “EMBARAZO en adolescencia[Descriptor de asunto] and “DESARROLLO INFANTIL” [Descriptor de asunto])
- URIBE, P. 1992. Redacción de referencias bibliograficas en educación. Valdivia, Chile. Universidad Austral de Chile.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1 CUESTIONARIO

Contacto \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Fono: \_\_\_\_\_  
 Consultorio: \_\_\_\_\_

Ficha Cl.  N° Encuesta  Fecha egreso hospitalario  Fecha aplicación cuestionario

Antecedentes Maternos									
Edad	<input type="text"/>	Escolaridad	<input type="text"/> A	<input type="text"/> BI	<input type="text"/> BC	<input type="text"/> MI	<input type="text"/> MC	<input type="text"/> T	<input type="text"/> U
Estado Civil	<input type="text"/> Solt	<input type="text"/> Casada	<input type="text"/> Convive	<input type="text"/> Sep	<input type="text"/> Viuda				
Paridad Actual	<input type="text"/>								
Patología del Embarazo	<input type="text"/>								
FR Embarazo	<input type="text"/> OH	<input type="text"/> Tabaco	<input type="text"/> Emb. ND	<input type="text"/> Drogas	<input type="text"/> Otros				
Emb	<input type="text"/> Programado	<input type="text"/> Inesperado							

Antecedentes Neonatales							
Fecha nacimiento	<input type="text"/>	Parto	<input type="text"/> N	<input type="text"/> F	<input type="text"/> CP	<input type="text"/> CU	
Sexo	<input type="text"/> F	<input type="text"/> M	Apgar 1'/5'	<input type="text"/>	At. en SP	<input type="text"/> O <sub>2</sub>	<input type="text"/> RCP
Edad Gestacional	<input type="text"/>	Rel. P/EG	<input type="text"/> AEG	<input type="text"/> PEG	<input type="text"/> GEG		
Peso al nacer	<input type="text"/>	Talla al nacer	<input type="text"/>				
Peso al alta	<input type="text"/>	Talla al alta	<input type="text"/>				
PC al nacer	<input type="text"/>						
PC al alta	<input type="text"/>						
Dg. al nacer	<input type="text"/>						
Uso ATB	<input type="text"/> Si	<input type="text"/> No	Edad al	<input type="text"/>			

Antecedentes Familiares y del Hogar					
N° Grupo Familiar	<input type="text"/>				
Convivientes	<input type="text"/> Padres	<input type="text"/> Abuelos	<input type="text"/> Madre	<input type="text"/> Padre	<input type="text"/> Otros
Activ. Madre	<input type="text"/>	Activ. Padre	<input type="text"/>		
Ingreso Familiar Aprox.	\$ <input type="text"/>				
Vivienda	<input type="text"/> Tipo	<input type="text"/> N° hab.	<input type="text"/> N° dormit.	<input type="text"/> Filtración	<input type="text"/> Baño completo Int.

Antecedentes Ambientales							
Servicio Básico	<input type="text"/> Luz	<input type="text"/> Agua	<input type="text"/> Alcantarillado	<input type="text"/> Retiro basura			
Mascota	<input type="text"/> Gato	<input type="text"/> Perro	Ingreso al hogar				
	<input type="text"/> Si	<input type="text"/> No	<input type="text"/> Conejo	<input type="text"/> Hamster	<input type="text"/> No	<input type="text"/> Ocasional	<input type="text"/> Permanente
Contaminantes	<input type="text"/> Humo tabaco	Humedad		<input type="text"/> Contam. Externa	<input type="text"/>		
Calefacción	<input type="text"/> Leña	<input type="text"/> Carbón	<input type="text"/> Gas	<input type="text"/> Parafina	<input type="text"/> Eléctrica		

**Lactancia Materna – Estado Nutricional – Consultas y Hospitalizaciones**

Mantiene LM?	Si	No	Tiempo LM Excl.	<input type="text"/>	Inicio Lact. Artificial	<input type="text"/>	Estado Nutricional	BP	N	SP	O
DSM Adecuado	Si	No									

Nº CNS	<input type="text"/>	Consultas Adicionales	Si	No	Nº	<input type="text"/>	Motivo	<input type="text"/>
--------	----------------------	-----------------------	----	----	----	----------------------	--------	----------------------

Hospitalización	Si	No	Motivo	<input type="text"/>
-----------------	----	----	--------	----------------------

## ANEXO 2

### ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

*Estudio:* “.Perfil del lactante de 4 meses, hijo de madre adolescente que al nacer fue hospitalizado en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional Valdivia”.

*Tesista:* Paola A. Schulz N.

---

Se me ha informado que se está ejecutando un estudio para caracterizar a los lactantes de 4 meses hijos de madres adolescentes que estuvieron hospitalizados en la Unidad de Neonatología del Hospital Clínico Regional de Valdivia. Este trabajo se realiza para conocer, entre otras cosas, si existen factores dentro del entorno del lactante que puedan afectar su crecimiento y desarrollo.

Dado que mi hijo(a) cumple con las características y requisitos para participar de este estudio, se me ha solicitado mi aprobación y consentimiento para su incorporación.

Se me ha explicado que la incorporación de mi hijo(a) al estudio no implica riesgos ni costo adicional.

Si decido aceptar el ingreso de mi hijo(a) al estudio, se me ha asegurado que toda la información obtenida de datos y resultados de las evaluaciones de mi hijo(a) serán manejados con reserva sólo por las personas involucradas en el trabajo.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Además, se me ha asegurado la voluntad de retirar a mi hijo(a) del estudio en cualquier momento sin que ello implique poner en riesgo la atención médica que a futuro necesite.

Yo, \_\_\_\_\_ **consiento que**  
(Nombre madre del recién nacido)

**se incorpore a mi hijo(a)** \_\_\_\_\_ **en este estudio.**  
(Apellidos del Lactante)

Yo, \_\_\_\_\_, he aplicado el presente formulario de  
consentimiento informado y he aclarado las dudas de quien consiente.

\_\_\_\_\_  
(Firma Tesista)

Fecha:

### ANEXO 3

#### RESULTADOS NUMERICOS

GRAFICO 1

15 Años	16 Años	17 Años	18 Años	19 Años
1	2	8	5	6

GRAFICO 2

A	BI	BC	MI	MC	T	U
0	0	6	10	6	0	0

GRAFICO 3

Primípara	Múltipara de 2	Múltipara >a 2
20	2	0

GRAFICO 4

OH	Tabaco	Drogas	Emb. No deseado	Otros	Ninguno
2	7	0	0	0	15

GRAFICO 5

HTA	ITU	Anemia	Ninguna
1	2	9	11

TABLA 1

Estado Civil					Total	
	Programado		Inesperado			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casada	1	4,55%	1	4,55%	2	9,09%
Soltera	3	13,64%	9	40,91%	12	54,55%
Convive	2	9,09%	6	27,27%	8	36,36%
Total	6	27,27%	16	72,73%	22	100,00%

GRAFICO 6

2 integrantes	3 integrantes	4 integrantes	5 integrantes	6 ó más integrantes
1	3	3	5	10

GRAFICO 7

Madre	Padre	Padres	Abuelos	Padres y Abuelos	Madre, Abuelos y Otros	Padres, Abuelos y otros	Padres y Otros	Madre y Abuelos	Madre y Otros
	0	4	0	2	9	3	1	1	1



GRAFICO 8

Dueña de casa	Estudiante	Cesante	Vendedora
13	4	3	2

GRAFICO 9

Estudiante	Jornal	En construcción	Auxiliar hosp.	Mecanico	En pesquera	Vendedor	Cesante	Imputado
4	4	7	1	1	1	2	1	1

GRAFICO 10

\$50,000-100,000	\$101,000-150,000	\$151,000-200,000	\$201,000-250,000	\$251,000-300,000	\$301,000-350,000	\$401,000-450,000	>\$501,000	No sabe
4	6	5	2	1	1	1	1	1

TABLA 2

Tipo de vivienda			Número de habitaciones						Número de dormitorios						
Pareada	Media Agua	Singular	1	2	3	4	5	6 ó más	0	1	2	3	4	5	6 ó más
13	2	7	1	2	1	5	2	11	1	4	5	7	4	0	1

GRAFICO 11

Completo	Incompleto
21	1

GRAFICO 12

Tiene	No tiene
15	7

GRAFICO 13

Permanente	Ocasional	Nunca
3	2	10

GRAFICO 14

Humo tabaco	Humedad	Cont. Externa	Ninguna
6	6	4	9

GRAFICO 15

Leña	Carbón	Gas	Parafina	Electrica	Ninguna
18	0	3	1	4	0

GRAFICO 16

NORMAL	FORCEPS	CESAREA PROGRAMADA	CESAREA URGENCIA
9	3	5	5

GRAFICO 17

FEMENINO	MASCULINO
8	14

GRAFICO 18

4 puntos	5 puntos	6 puntos	7 puntos	8 puntos	9 puntos	10 puntos
1	2	2	4	2	11	0

GRAFICO 19

7 puntos	8 puntos	9 puntos	10 puntos
2	6	12	2

TABLA 3

	1001-1500 grs		1501-2000 grs.		2001-2500 grs		2501-3000 grs.		3001-3500 grs		3501-4000 grs.		4001 grs y más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Peso de Nacimiento	2	9,1%	3	13,6%	4	18,2%	3	13,6%	5	22,7%	4	18,2%	1	4,65%
Peso al Alta	0	0,0%	0	0%	8	36,4%	5	22,7%	3	13,6%	4	18,2%	2	9,1%

TABLA 4

	36-40 cm.		41-45 cm.		46-50 cm.		51-55 cm.		56-60 cm.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Talla de nacimiento	1	4,55%	7	31,82%	11	50,00%	3	13,64%	0	0,00%
Talla al alta	3	13,64%	0	0,00%	13	59,09%	5	22,73%	1	4,55%

TABLA 5

	25-30 cm.		31-35 cm.		36-40 cm.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PC de nacimiento	4	18,18%	15	68,18%	3	13,64%
PC al alta	1	4,55%	17	77,27%	4	18,18%

GRAFICO 20

AEG	PEG	GEG
13	7	2

GRAFICO 21

26-30 semanas	31-37 semanas	38a <42 semanas	>42 semanas
2	5	11	4

TABLA 6

Requerimientos								
	Oxigeno		RCP		ATB		Otros fármacos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	9	40,91%	6	27,27%	10	45,45%	9	40,91%
No	13	59,09%	16	72,73%	12	54,55%	13	59,09%

GRAFICO 22

SDR	Asp.meconial	Hiperbilirrubinemia	Inf.ovular	Enf.hemolitica	Asfixia NN	DNN	FLP
8	3	4	4	2	2	3	1
RPM	Cefalohematoma	MBPN	MH	Genopatía	PEG	Sd.anemico	Apnea
1	1	1	2	1	4	2	0

GRAFICO 23

1-10 días	11-20 días	21-30 días	31-40 días	41-50 días	51-60 días	61 y más días
10	7	0	1	1	1	2

	Mantiene LM		DSM adecuado		Consultas adicionales		Hospitalizaciones	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	16	73%	21	95.5%	14	64%	9	41%
No	6	27%	1	4.5%	8	36%	13	59%

TABLA 7

GRAFICO 24

0-4 semanas	5-8 semanas	9-12 semanas	13-16 semanas
4	3	1	14

GRAFICO 25

De inmediato	5-8 semanas	9-12 semanas	13-16 semanas
4	0	2	16

GRAFICO 26

Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obeso
2	14	6	0

GRAFICO 27

Si	No
9	13

GRAFICO 28

Respiratoria	Hiperbilirrubinemia	Hipoalimentación	Apnea	Sd. Febril sin foco
4	1	2	1	1