



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**VI SEMINARIO DE GRADUACIÓN**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

**“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA RÍO NEGRO DEL ÁREA N° 4 EN EL CANTÓN BAÑOS DE LA PROVINCIA TUNGURAHUA EN EL PERÍODO DEL 23 DE JUNIO A 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”**

Requisito previo para optar por el título de Licenciada en Enfermería

**AUTORA:** Arias Morales, Diana Carolina

**TUTORA:** Lcda. Constante Arias, Maristela Guadalupe

**Ambato- Ecuador**

**JULIO, 2013**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA RÍO NEGRO DEL ÁREA N° 4 EN EL CANTÓN BAÑOS DE LA PROVINCIA TUNGURAHUA EN EL PERÍODO DEL 23 DE JUNIO A 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”**, de

Diana Carolina Arias Morales, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo del 2013

**LA TUTORA**

-----

LCDA. GUADALUPE CONSTANTE

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA RÍO NEGRO DEL ÁREA N° 4 EN EL CANTÓN BAÑOS DE LA PROVINCIA TUNGURAHUA EN EL PERÍODO DEL 23 DE JUNIO A 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Mayo del 2013

### **LA AUTORA**

-----

**DIANA CAROLINAARIAS MORALES**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Mayo del 2013

## **LA AUTORA**

-----  
DIANA CAROLINA ARIAS MORALES

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema de **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA RÍO NEGRO DEL ÁREA N° 4 EN EL CANTÓN BAÑOS DE LA PROVINCIA TUNGURAHUA EN EL PERÍODO DEL 23 DE JUNIO A 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”**, de Diana Carolina Arias Morales, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Julio del 2013

Para constancia firman:

.....  
PRESIDENTA

.....  
1er VOCAL

.....  
2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico a mis padres quienes fueron el pilar fundamental para alcanzar una de las metas trazadas en mi vida, además de su apoyo incondicional que día a día me brindaron sin esperar intereses posteriores, por su tiempo dedicado a mi persona con amor y respeto, quienes me formaron bajo valores.

A mis familiares y amigos quienes me ayudaron a que en cada momento no me detenga antes las adversidades que se presentaban en cada paso, a guiarme en el camino correcto y sobre todo por no dejarme sola en los momentos más difíciles para poder cumplir mi meta.

Por eso y mucho más mi trabajo investigativo va dedicado con todo el cariño.

**Diana Arias**

## **AGRADECIMIENTO**

Mis más sincero agradecimiento primero a Dios ser todo poderoso quien gracias a él he obtenidosabiduría, amor, respeto, confianza y responsabilidad, ya que no hubiese llegado al final de cada etapa y por guiarme hacia el camino correcto.

También agradezco a mis docentes quienes impartieron sus conocimientos y valores durante mi aprendizaje, con el fin de ser cada día mejor tanto personalmente como profesional; y en especial a mi tutora de tesis Lic. Maristela Constante quien estuvo presente en los últimos pasos de mi preparación académica y por poderme brindar la oportunidad de guiarme en este proyecto.

De todo corazón a todos ustedes gracias.

**Diana Arias**

## ÍNDICE

PORTADA.....	i
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE .....	viii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY .....	xvi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	3
1. Tema .....	3
1.2 Planteamiento del problema .....	3
1.2.1 Contextualización .....	3
1.2.2 Análisis crítico .....	6
1.2.3 Prognosis .....	7
1.2.4 Formulación del problema .....	7
1.2.5 Preguntas directrices .....	7
1.2.6 Delimitación del problema.....	8
1.3 Justificación.....	9
1.4 Objetivo .....	10



1.4.1 Objetivo General.....	10
1.4.2 Objetivos Específicos .....	11
CAPITULO II .....	12
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 Investigaciones Previas .....	12
2.2 Fundamentación Filosófica: .....	15
2.3 Fundamentación Legal: .....	16
2.5 Categorías Fundamentales .....	18
Categorías Fundamentales de la Variable Independiente.....	19
2.5.1 Madres Adolescentes .....	19
2.5.2 Embarazo en la Adolescencia.....	19
2.5.3 Sexualidad y Educación Sexual en las Adolescentes .....	28
2.5.4 Adolescencia.....	32
Categorías Fundamentales de la Variable Dependiente .....	35
2.5.5 Crecimiento y Desarrollo del Niño.....	35
2.5.6 Salud Infantil.....	36
2.5.7 Control del Niño .....	38
2.5.8 Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del Niño.....	59
2.6.- Hipótesis:.....	62
2.7.- Señalamiento Variables.....	62
Variable Independiente:.....	62
Variable Dependiente: .....	62
CAPITULO III.....	63
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	63

3.1. Enfoque.....	63
3.2. Modalidad básica de la Investigación.....	63
3.3. Nivel o Tipo de Investigación. ....	64
3.4 Población y Muestra .....	64
3.4.1 Población .....	64
3.4.2 Muestra .....	65
3.5 Operacionalización de Variables.....	66
3.5.1 Variable Independiente: Madres Adolescentes.....	66
3.5.2 Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del Niño de 0 a 2 años, 6 meses de edad. ....	67
3.6 Técnicas e Instrumentos. ....	69
3.7 Plan de recolección de información .....	69
3.8.- Procesamiento de la Información:.....	70
CAPÍTULO IV .....	71
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	71
4.1. Análisis de Aspectos Cuantitativos .....	71
4.2 Madre Adolescente .....	71
4.2.1 Niños .....	82
4.3. Comprobación de Hipótesis .....	89
4.3.1 Estadístico T-Student.....	91
4.3.1.1 Peso.....	91
4.3.2 Talla .....	92
4.3.3 Perímetro Cefálico .....	93
CAPÍTULO V .....	95

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	95
Conlusiones.....	95
Recomendaciones.....	96
CAPÍTULO VI.....	97
PROPUESTA.....	97
6.1 Datos Informativos .....	97
6.1.1 Título.....	97
6.1.2 Institución Ejecutora.....	97
6.1.3 Beneficiarios .....	97
6.1.4 Ubicación:.....	98
6.1.5 Tiempo estimado para la Ejecución:.....	98
6.1.6 Inicio: 02 Diciembre del 2012 Fin-02 de Febrero del 2013.....	98
6.1.7 Equipo Técnico Responsable:.....	98
6.1.7 Costos: .....	98
6.2 Antecedentes de la Propuesta .....	99
6.3 Justificación.....	99
6.4 Objetivos.....	100
6.5 Análisis de Factibilidad .....	100
6.5.1.- Factibilidad Operativa .....	100
6.5.2.- Factibilidad Política.....	101
6.5.3.- Factibilidad Socio Cultural.....	101
6.5.4.- Factibilidad Económica .....	101
6.5.5.- Factibilidad Legal.....	101
6.6 Fundamentación Científica.....	102

6.7 Modelo operativo.....	123
6.8 Administración de la Propuesta.....	126
6.8.1 Unidad Operativa .....	126
6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta .....	126
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	128
1.- Bibliografía .....	128
2.- Linkografía.....	129
3. Citas Bibliográficas-Base de Datos U.T.A .....	130
ANEXOS.....	131

### **INDICE DE TABLAS**

TABLA N° 1.....	72
TABLA N°2.....	73
TABLA N°3.....	74
TABLA N°4.....	75
TABLA N°5.....	76
TABLA N°6.....	77
TABLA N°7.....	78
TABLA N°8.....	79
TABLA N°9.....	80
TABLA N° 10.....	81
TABLA N° 11.....	82
TABLA N° 12.....	83
TABLA N° 13.....	84

TABLA N° 14.....	85
TABLA N° 15.....	86
TABLA N° 16.....	87
TABLA N° 17.....	88

### **INDICE DE GRÁFICOS**

GRÁFICO N° 1.....	72
GRÁFICO N°2.....	73
GRÁFICO N°3.....	74
GRÁFICO N°4.....	75
GRÁFICO N°5.....	76
GRÁFICO N°6.....	77
GRÁFICO N°7.....	78
GRÁFICO N°8.....	79
GRÁFICO N°9.....	80
GRÁFICO N° 10.....	81
GRÁFICO N° 11.....	82
GRÁFICO N° 12.....	83
GRÁFICO N° 13.....	84
GRÁFICO N° 14.....	85
GRÁFICO N° 15.....	86
GRÁFICO N° 16.....	87
GRÁFICO N° 17.....	88

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA

**TEMA: “MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL  
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES  
DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA RÍO  
NEGRO DEL ÁREA N° 4 EN EL CANTÓN BAÑOS DE LA PROVINCIA  
TUNGURAHUA EN EL PERÍODO DEL 23 DE JUNIO A 23 DE  
NOVIEMBRE DEL 2012”**

**Autor:** Arias Morales, Diana Carolina

**Tutor:** Lcda. Constante Arias, Maristela Guadalupe

**Fecha:** Mayo, 2013

**RESUMEN**

En Ecuador, dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años, son madres o están embarazadas por primera vez. En total son 122 mil jóvenes que ya tienen un hijo. La investigación tiene gran impacto en la sociedad, tanto a nivel local, nacional e internacional, ya que existe un gran porcentaje de madres adolescentes, por la misma razón son quienes influyen en el crecimiento y desarrollo del niño, no tan solo por la mala nutrición en el embarazo, los escasos controles prenatales y el cuidado específico del recién nacido, sino también por la morfofisiología del desarrollo de la adolescente, principalmente en su aparato reproductor, puesto que es el nido en donde absorbe los nutrientes necesarios para su óptimo crecimiento.

En cuanto a lo investigado los resultados que se pudieron obtener fueron específicos y primordiales como son los escasos controles prenatales, su primera evaluación, al segundo y tercer trimestres del embarazo. En el desarrollo y crecimiento del niño/a basadas en las fichas o carnet de vacunación y de las historias clínicas comparando los resultados mediante la AIEPI, se encuentran en percentiles normales como es la talla, peso, perímetro cefálico; mientras que en el

desarrollo del infante los resultados en el tiempo que fueron evaluados nos dan un test del 100% negativo por lo que limita la información adecuada ya que deben ser evaluados hasta los seis años de edad.

**PALABRAS CLAVES:** MADRES\_ADOLESCENTES, PRENATAL, MORFOFISIOLOGÍA, PERÍMETRO\_CEFÁLICO.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
NURSING CAREER

**TOPIC: "ADOLESCENT MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS OLD IN SUBCENTRE HEALTH OF THE PARISH BLACK RIVER AREA # 4 ON THE CANTON BATHS OF THE PROVINCE TUNGURAHUA IN THE PERIOD FROM 23 JUNE TO 23 NOVEMBER 2012"**

**Author:** Morales Arias, Diana Carolina

**Guardian:** Lcda. Constante Arias Maristela Guadalupe

**Date:** May, 2013

**SUMMARY**

**SUMMARY:** In Ecuador 2 out of tree feemale teenagers among 15 to 19 years old are mothers or are pregnant for the first time. As a total there are 122 thousand youths that have already children. This research has great impact on society both locally nationally and internationally, because there is a large percentage of teenage mothers which influence the growth and development of children, not only because of poor nutrition in pregnancy, scarce prenatal care and specific care of the newborn, but also by the morphophysiology of adolescent development in the female reproductive mainly where the fetus develops, since it is the nest where it absorbs the nutrients needed for optimal growth.

As far investigated the results could be obtained were specific and primary and prenatal care are scarce, their first assessment, the second and third trimesters of pregnancy, as we talk about the development and growth of the child / a thanks to the tabs or Inoculation of medical records and comparing the results using IMCI, are in normal percentiles as height, weight, head circumference in infant



development outcomes that were evaluated time give us a 100% test negative, that because the adequate information is restricted since they have been evaluated until the 6 years old.

**KEY WORDS:** ADOLESCENT\_MOTHERS, PRENATAL, MORPHOPHYSIOLOGY, HEAD\_CIRCUMFERENCE.

## INTRODUCCIÓN

Sabemos que el ser Madre Adolescente involucra gran diversidad de factores por lo que esta investigación está dirigida para evaluar la relación estrecha que ocasiona directamente con las alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño

Es conveniente que en el hogar se forje mayor comunicación entre padres e hijos y dejar a un lado el tabú que aún no se desaparece por completo al hablar de sexualidad, como conocemos no podemos prohibir a una persona a las relaciones sexuales pero si se puede educar para evitar problemas, a su vez causas de cada acción cometida, como por ejemplo enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado.

La aparición temprana de la menarquía y el inicio precoz de relaciones sexuales sin protección son unas de las causas que han agudizado la problemática social y más en la actualidad donde se mira un gran porcentaje de la misma por lo que hay que tomar en cuenta que una madre adolescente aún no está preparadas física, biológica y psicológicamente para albergar a un ser, ya que son causas principales para que exista inadecuado cuidado en la alimentación, salud y afecto en el futuro niño.

En cuestión a la inmadurez biológica que una madre adolescente presenta, durante su embarazo que se lleva durante 9 meses, su organismo y su útero deben estar preparados ya que es el lugar en donde se va a desarrollar el nuevo ser, por lo que esto genera un crecimiento y desarrollo con probabilidades bajas en que un niño al nacer mantenga una inmunidad adecuada para evitar enfermedades y alteraciones que puedan aparecen en ciertas edades.

El hijo de una madre adolescente puede presentar alteraciones durante el embarazo, complicaciones al momento del parto llegando incluso a la muerte del niño, durante su nacimiento puede aparecer bajo peso, talla, perímetro cefálico no acorde a la edad, su desarrollo y crecimiento retrasado, debido en sí por la mala alimentación durante la gestación, los controles médicos inadecuados, al mismo tiempo por la falta de asistencia médica en control del niño, las vacunas acorde a

la edad y sobre todo la alimentación en los primeros meses de vida exclusivamente la leche materna.

Existen puntos claros de los cuales como madre adolescente se debe cumplir porque la vida de un hijo es lo más importante, teniendo ahora programas específicos para la salud del niño, como puede ser centros de salud, subcentros de salud, hospitales entre otros, en donde se brinda una atención adecuada de calidad y profesional, ayudando a resolver problemas que se estén presentando o que se puedan presentar a futuro.

## CAPÍTULO I

### 1. Tema

“Madres Adolescentes y su relación con el Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Subcentro de Salud de la Parroquia Río Negro del Área N° 4 en el cantón Baños de la Provincia Tungurahua en el período del 23 de junio a 23 de noviembre del 2012”

### 1.2 Planteamiento del problema

#### 1.2.1 Contextualización

A nivel **mundial** aumentado el inicio de la vida sexual activa a edades tempranas entre los 15 y 18 años de edad, formando de esta manera un cambio en la calidad de vida de la madre y su familia. Tenemos que en Latinoamérica abarca un gran índice de madres adolescentes, mencionando que también existe alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño cubriendo alrededor del 11.1%

Además se comprueba que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales es de 14.9 años en varones y 15.7 años para mujeres. Las adolescentes representan un grupo particularmente numeroso en los países de desarrollo y la frecuencia de embarazos es alta, existiendo de esta manera mayor complicaciones tanto para la madre como para el niño. [Htt://suite 101.net/article/madres-adolescentes-en-ecuador](http://suite.101.net/article/madres-adolescentes-en-ecuador).

En el **Ecuador** una de cada 5 adolescentes están casadas, unidas o mantienen relaciones sexuales dijo Tania Laurini en el diario HOY; además la edad promedio de la mujer en el nacimiento de su primer hijo es de 18 años, el Ecuador junto con México tiene una de las más altas cifras de Latinoamérica con respecto a la maternidad en las adolescentes.

Según las investigaciones del Eco. José Ordóñez Sotomayor, Dr. Nelson G. Oviedo V. publican en CEPAR, que existe problema no solo por los riesgos biológicos y las repercusiones psicológicas de la maternidad sino por la implicación social que esta conlleva. Por lo que en los últimos años se ha registrado 300.000 embarazos anuales en el país y de ese número el 20% (2 de cada 10) pertenece a adolescentes; el último estudio al país en el año 2007 indica que el 71.2% de los embarazos adolescentes no tenían ningún tipo de instrucción y el 22% cursaba los estudios secundarios. De igual manera según un estudio de la comisión de Equidad Social y Género del Municipio de Quito, 1 de cada 5 embarazos corresponde a adolescentes que han iniciado su vida sexual antes de los 15 años.

De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda realizado el 2010 en el país hay 346.700 niñas de los cuales 2.080 ya han sido madres en efecto de 705.163 adolescentes censadas, 121.288 jóvenes es decir el 17.2% ha sido madres. Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes.

Una alta proporción de embarazos adolescentes son no deseados originándose en situaciones de abuso de menores y la falta de responsabilidad de los progenitores masculinos. Así como en la provincia de **Tungurahua**, el embarazo en adolescentes permanece en un 8% de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la dirección provincial de salud; otro fundamento importante tenemos que existe niños y niñas con retardo en talla y desnutrición la cual pertenece al 32.109 de niños en la provincia que representa el 35% encontrado en INEC censo de población 2010.

Cuando una adolescente está embarazada se limita al desarrollo fisiológico adecuado, lo que puede causar que se detenga el crecimiento uterino por lo que existen trastornos psicológicos para la futura madre, de igual manera aumento de la tasa de mortalidad postnatal debido a que algunos fetos no se forman adecuadamente, apareciendo descalcificación temprana, desarrollo de anemias, nacimientos prematuros y trastornos neurológicos, afecciones en su crecimiento.

En lo referente al cantón **Baños** de Agua Santa en la provincia de Tungurahua tiene una población con 18.000 habitantes en lo cual se ha podido identificar a mujeres de 15 años que representan el 7% y niñas de 12 a 17 años que no asisten a la secundaria que es el 26%. Y de 12 a 17 años que trabajan y no estudian representando el 16% de los mismos.

En la parroquia de Río Negro que está ubicada a 30 km del cantón Baños de Agua Santa, se ha identificado que no existe ninguna información sobre las madres adolescentes de la misma manera no existe índices establecidos sobre el crecimiento y desarrollo del niño por lo que este tema a investigar será de gran utilidad.

### 1.2.2 Análisis crítico

Las madres adolescentes acarrear consecuencias debidas a causas ilimitadas existentes en la realidad, por lo que se ha convertido en seria preocupación por la mayor incidencia de resultados desfavorables y las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Cuando una adolescente es madre inicia un proceso complejo de toma de decisiones ocurrido especialmente por la falta de comunicación, esta sea familiar o social, debido a que alrededor del individuo existe diversidad de influencias como son los medios sexistas y exhibicionistas, en donde tenemos la publicidad incoherente, influencias equívocas, por lo que los adolescentes se inclinan hacia la realidad del medio como un factor facilista hacia la diversión.

Las madres adolescentes se relacionan directamente con la desintegración familiar por la ausencia de la comunicación, apareciendo de tal forma la violencia sexual o el abuso de menores, ya que también se puede presentar violencia intrafamiliar los mismos que no imparten su cariño y afecto ante sus hijos, por lo que en la actualidad se ha ido perdiendo valores éticos y morales del individuo.

La madre adolescente influye en la relación con su hijo en cuanto a su crecimiento y desarrollo del niño, puesto que uno de los puntos importantes es la pobreza, la misma que desencadena una menor educación ante el cuidado prioritario del infante; otro de los aspectos que se debe mencionar es la familia numerosa que contribuye aún más hacia bajos recursos económicos e inclusive la irresponsabilidad de los miembros del hogar, que favorecen a la complicación para el desarrollo óptimo y favorable del niño por lo que aparece una mala alimentación.

Las madres adolescentes por el hecho de iniciar a temprana edad la obligación de cuidar a su niño; sus padres toman decisiones por ellas, en que existen ocasiones que por encima de su voluntad, hacen que se comprometan con su pareja iniciando de esta manera un hogar sin responsabilidad y afecto atribuyendo el

abandono, protección y cuidado al niño enfocándose a un aspecto psicosocial alterado.

Pueden existir trastornos tanto en las madres adolescentes como en sus hijos ya que a temprana edad no hay el debido conocimiento en el control del niño como podemos mencionar la falta de información nutricional, su peso, su talla ideal según su edad, vacunas y el buen desarrollo psicomotriz del mismo; debido a que son padres adolescentes existe desinterés del bienestar del niño lo cual provoca repercusiones en la evaluación normal del infante.

### **1.2.3 Prognosis**

Un infante hijo de madre adolescente al tener un inadecuado control provocará desnutrición infantil, al mismo tiempo que se producirá morbimortalidad del niño lo que manifestará consecuencias como retraso psicomotriz, alteraciones biopsicosociales, carga emocional ineficaz, alteraciones de medidas antropométricas. De esta manera afectará en su calidad, estilo de vida, en el crecimiento y desarrollo del niño.

### **1.2.4 Formulación del problema**

¿De qué manera influye el ser madre adolescente con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el subcentro de salud de Río Negro en el cantón Baños?

### **1.2.5 Preguntas directrices**

¿Cuántas madres adolescentes de entre 10 y 19 años han sido atendidas por embarazo y/o parto en el Subcentro de salud de Río Negro en el cantón Baños de la Provincia de Tungurahua?



¿Qué alteraciones existe y cómo afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento antropométrico y el desarrollo del test de Denver y el incumplimiento del esquema de vacunación?

¿Qué actividad se puede desarrollar en el área de trabajo para promover y potenciar los controles prenatales, cuidados del recién nacido y contrarrestar en parte las alteraciones en el crecimiento y desarrollo psicomotriz?

### **1.2.6 Delimitación del problema**

**Campo:** Enfermería

**Área:** Salud Pública

**Aspecto:** Madre Adolescente y la relación con el crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz.

#### **Delimitación Temporal**

La investigación comprenderá desde el 23 de Junio 2012 a 23 de Noviembre 2012.

#### **Delimitación Espacial**

Subcentro de la Parroquia Río Negro del área 4 del MSP del cantón Baños de la provincia Tungurahua.

### 1.3 Justificación

La familia constituye el núcleo de amor y bienestar conjuntamente con aspectos sociales, económicos y ambientales de ahí en donde la adolescente transmite una situación social de desarrollo y responsabilidad en cuanto a sus decisiones, además la prolongación de la dependencia de los padres para poder asumir la posición de adulto.

El **interés** por investigar es para poder disminuir el índice elevado sobre la problemática que involucra a cada una independientemente de credo, raza, género, ideología ya que afecta a la salud tanto de la madre como el del hijo, por lo que al existir este aspecto toma énfasis de mayor responsabilidad para evitar el incremento de cambios biospiciosociales en la madre y el infante.

Puesto que ser madre adolescente interfiere no tan solo en un cambio social sino que involucra aspectos físicos, psicológicos, económicos, familiares y personales. Tiene suma relación como el niño que se enfoca a ciertas alteraciones en su crecimiento y desarrollo, principalmente porque este depende de la evolución completa de su madre para que ella transmita las necesidades tanto biológicas como fisiológicas que el infante necesita.

El tema es **importante** ya que se desea desartar el problema en cuanto se podrá lograr tomar conciencia de vivir y culminar la etapa de ser joven con nuevas experiencias y metas, por lo que incluye los efectos beneficiosos como biológicos, nutricionales, inmunológicos y psicológicos, especialmente introducirnos en comunidades que disponen de menos recursos ya que la falta de preparación materna interfiere en el cuidado óptimo y necesario del niño.

Debido a que existe en el país altas tasas de madres adolescentes por lo que dentro del vínculo social toma punto referencial como aspecto de espanto y asombro, al ver como una joven que recién empieza a saber vivir y a defenderse se ha obstaculizado sus proyectos y anhelos al tomar ya un papel importante y de responsabilidad como es el ser madre.

La **novedad** que se basa esta investigación es lograr la limitación del incremento de madres adolescentes y las alteraciones que puede provocarse en el infante realizando campañas de consejería además de talleres con jóvenes adolescentes e incluyendo a sus padres para que sean capacitados y asuman el rol que a cada uno les pertenece e inclusive se podrá enfatizar a un aprendizaje adecuado sobre el control específico del niño para su crecimiento y desarrollo garantizado.

Es de gran **utilidad** para la sociedad puesto que no solo se realizará para las madres adolescentes sino que será presentado hacia la comunidad incluyendo a aquellos lugares donde no tienen el fácil acceso para la información adecuada sobre el tema. El contenido a tratar servirá para aclarar puntos exactos en donde se permitirá el obtener respuesta para mejorar la calidad de vida de esta población.

El **impacto** que tendrá el tema es que las madres adolescentes disminuyan las alteraciones que pueden provocarse en el infante puesto que se establecerá indicadores adecuados para el óptimo cumplimiento del control correcto para el crecimiento y desarrollo del niño, mejorando de esta manera la calidad y estilo de vida del mismo.

El presente trabajo investigativo tiene gran **factibilidad** en el lugar de campo a indagar ya que para ejecutarse se tiene el permiso para el ingreso hacia el Subcentro de Salud del MSP de la provincia de Tungurahua, así mismo con la aceptación en la comunidad, por lo que se realizará la investigación con las madres adolescentes y sus hijos sin ningún obstáculo.

## **1.4 Objetivo**

### **1.4.1 Objetivo General**

Indagar la relación que existe entre ser madre adolescente con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses en el Subcentro de Salud de Río Negro en el cantón Baños.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

Identificar el número de adolescentes entre 10 y 19 años que han sido atendidas por embarazo y/o parto en el Subcentro de Salud de Río Negro del MSP en el cantón Baños en la Provincia de Tungurahua.

Determinar qué alteraciones existe en las medidas antropométricas, el test de Denver y en el incumplimiento del esquema de vacunación en el hijo de una madre adolescente.

Desarrollar un manual en el área de trabajo para promover y potenciar los controles prenatales, cuidados del recién nacido y contrarrestar en parte las alteraciones en el crecimiento y desarrollo psicomotriz.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Investigaciones Previas

CADENA Edith. (2007), de la Universidad Técnica de Ambato con el tema “Crecimiento y Desarrollo del neonato en relación con la actitud familiar frente al embarazo y parto de la Madre Adolescente del Hospital Provincial Docente Ambato en el primer semestre del año 2008”.

*“El embarazo en la adolescencia puede ocurrir durante los dos años siguientes a la menarquía y cuando la adolescente en la mayoría de familias está bajo su dependencia social y económica. El cuerpo de la adolescente no es aún apto para el embarazo ni el parto, porque a traviesa una etapa de crecimiento acelerado es decir, físicamente presenta inmadurez en muchos de sus órganos y con frecuencia suelen presentarse riesgos y complicaciones en la madre y el niño pero sobre todo el embarazo y la maternidad rompen para siempre el proceso de la adolescencia con todo lo que ello significa en la maduración de la mujer.”*

El análisis que se realiza sobre este tema toma énfasis en la importancia del crecimiento y desarrollo del niño, fundamental para tomar interés sobre las alteraciones que se pueden presentar en niños de madres adolescentes ya que engloba varios factores que intervienen tanto en la madre como en el niño por lo que esta investigación es de gran aporte para la sociedad y la salud del individuo de la misma manera se centra en el trabajo investigativo que se realiza.

SISA Melida. (2007), con el tema “Relación entre el embarazo precoz y las complicaciones obstétricas en las Madres Adolescentes que acuden a la atención

en el subcentro de salud de la Parroquia de Santa Rosa del cantón Ambato en el periodo 2007.”

*“El aparato reproductor femenino es quizás el lugar más sagrado de la especie humana, allí se producirá la fecundación y el desarrollo del nuevo ser. La adolescencia por lo tanto es la transición entre la infancia y la edad adulta. Es una crisis que se sobre impone a la dificultad de la adolescencia y que presenta características diferentes según la etapa de desarrollo.*

*Aparece complicaciones principalmente en madres adolescentes de 14 años en donde la maduración del sistema reproductivo y la atención de la talla adulta no indica que se ha completado el crecimiento del canal de parto por lo que puede presentar complicaciones obstétricas, deficiente atención médica durante el embarazo, toxemias, parto prematuro, anemia, desproporción céfalo pélvica, parto prolongado y difícil”.*

Este trabajo investigativo nos da a conocer las consecuencias que la madre adolescente debe atravesar hasta dar el nacimiento de un nuevo ser y como se altera fisiológicamente su aparato reproductor, con la aparición de secuelas hacia el niño por lo que toma gran importancia el obtener conocimiento sobre la inmadurez del sistema reproductor que aún está en edades tempranas, por lo que se asemeja hacia el trabajo a investigar en donde enfocará puntos específicos orientados hacia el tema.

BARRAZUETA Rosario. (2007), presenta el siguiente tema “Desarrollo Motor en niños prematuros observados en el Instituto de Desarrollo Integral Psicopedagógico IDIPS Ambato durante el periodo mayo – septiembre 2007”

*“Para la sociedad, el niño prematuro representa un reto que no ha sido suficientemente asumido. Son los padres quienes buscan con desesperación ayuda, pues las secuelas a veces son inhabilitantes, especialmente las debidas al deficiente desarrollo motor.*

*La carencia de programas oportunos para el tratamiento de las secuelas en los niños prematuros obliga a los progenitores a abandonar a su suerte a sus hijos cuando los tratamientos no tienen resultados inmediatos o cuando se desconoce su pronóstico. Sobre ello la falta de comunicación acerca de los riesgos durante el embarazo y el parto, especialmente en madres primerizas”*

El problema que se presenta en el trabajo es uno de los cuales en la sociedad se incrementa puesto que el descuido de los padres al afrontar esta situación agravan al desarrollo eficaz del hijo principalmente en los primeros meses de vida, en donde deben recibir la ayuda profesional y capacitada para cada evento, por lo que determina de gran importancia hacia la investigación ya que se puede apreciar las alteraciones que se presentan en los niños por la falta de conocimiento hacia el tratamiento adecuado.

HERRERA Graciela (2007) presenta el siguiente tema “Elaboración de un manual de Estimulación Temprana vinculada al Desarrollo Cognitivo para niños de 0 a 2 años dirigido a padres y/o tutores”.

*“El desarrollo motor no está divorciado de las otras esferas por ello cognitivamente se desarrollan las operaciones sensorio – motoras, lo cual implica una inteligencia práctica. De esta manera, el niño pasa a través de las experiencias con los (objetos) motores, por las conductas reflejas, percepción de objetos, la atención y relación con los objetos y personas.*

*Pese a la ausencia de pensamiento y afectividad ligada a representaciones que le permitan evocar personas y objetos ausentes el niño elabora subestructuras cognoscitivas que le sirva de punto de partida para desarrollar destrezas perceptivas e intelectuales posteriores, así como cierto número de reacciones afectivas elementales que determinarán la afectividad subsiguiente.*

*Al año y medio o dos el niño puede representar algo por medio de un significante diferenciado y que sólo sirve para esa representación, lenguaje, imagen mental, gesto simbólico”.*

El desarrollo del niño se relaciona específicamente con la afectividad y desenvolvimiento que los padres transmitan hacia él, igual es de importancia señalar que el desarrollo cognitivo y motor se reflejan inmediatamente después del nacimiento por lo que se determina las destrezas perceptivas e intelectuales que son representadas mediante su maduración, por lo que servirá para el adelanto de la investigación que se realiza.

## **2.2 Fundamentación Filosófica:**

Según Kuhn (1962). La investigación se enmarca dentro del paradigma Crítico-Propositivo. Crítico porque los problemas parten de situaciones reales y tiene por objeto transformar esa realidad en pro del mejoramiento de los grupos o individuos implicados en ella. Por tanto, los problemas de Investigación arrancan de la acción. En este caso se analizará la realidad de la madre adolescente y las alteraciones del niño en proceso de crecimiento y desarrollo en su contexto y Propositivo porque no se define en la investigación sino que busca plantear soluciones al problema investigado que beneficie a los afectados por dicho problema.

La investigación está influida por los valores, pues, el investigador parte involucrada en el contexto y sujeto de investigación, contribuirá en este proceso, quien no se conformará con saber, sino que, asumirá el compromiso de cambio, tomando en cuenta el contexto socio-cultural en el que se desarrolla el problema, respetando valores religiosos, morales, éticos y políticos de todos quienes conforman la institución. Por lo que se debe dar una formación integral y a la vez cultivando en la paciente valores óptimos y garantizados para el cuidado adecuado de su hijo y de su persona.



### **2.3 Fundamentación Legal:**

#### **DERECHOS DE LAS PERSONAS Y GRUPOS DE ACCIÓN PRIORITARIA**

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

#### **CONGRESO NACIONAL**

#### **CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

#### **LIBRO PRIMERO**

#### **LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE DERECHOS**

#### **TITULO III**

#### **DERECHOS, GARANTIAS Y DEBERES**

#### **CAPÍTULO II**

#### **DERECHOS DE SUPERVIVENCIA**

Art. 21.- Derecho a conocer a los progenitores y mantener relaciones con ellos. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a conocer a su padre y madre, a ser cuidados por ellos y a mantener relaciones afectivas permanentes, personales y regulares con ambos progenitores y demás parientes, especialmente cuando se

encuentran separados por cualquier circunstancia, salvo que la convivencia o relación afecten sus derechos y garantías.

No se les privará de este derecho por falta o escasez de recursos económicos de sus progenitores. En los casos de desconocimiento del paradero del padre, de la madre, o de ambos, el Estado, los parientes y demás personas que tengan información sobre aquél, deberán proporcionarla y ofrecer las facilidades para localizarlos.

Art. 24.- Derecho a la lactancia materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.

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

### **Según El Plan Nacional Decenal De Protección Integral A La Niñez Y Adolescencia**

**Política 04.-** Asegurar condiciones nutricionales adecuadas y oportunas a todos los niños y niñas.

Meta: Disminución en un sexto el nacimiento de niños y niñas con menos de 2.5 Kg de peso.

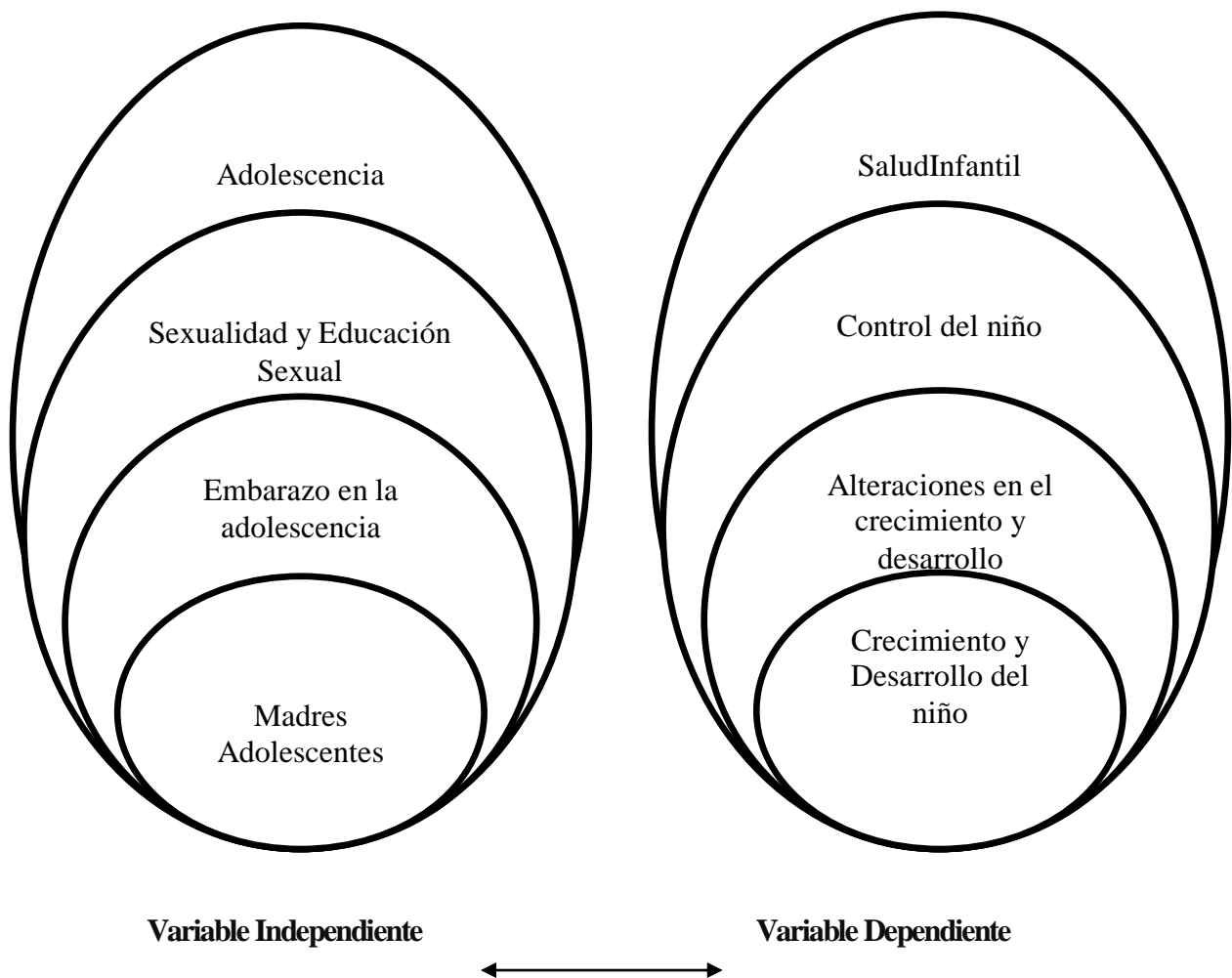
#### **2.4 Fundamentación Psicológica.-**

Según la autora Dra. Pérez. (2007) “El estudio de una figura destacada en el campo de la educación, requiere que la misma sea analizada con integralidad y para ello es necesario tener en cuenta sus rasgos psicológicos, dada la incidencia que estos pueden tener en su obra pedagógica. Este enfoque permite partir de que ser personalidad significa no solo adaptarse al medio y actuar sobre

él sino también influir de manera activa para transformarlo y en la misma medida influir sobre sí mismo para transformarse.

Se debe considerar que los profesionales de salud especialmente el rol de enfermería que son las encargadas de la educación, se debe actuar como defensor y protector del paciente ante cualquier abuso y violación de los derechos del mismo; las madres adolescentes que enfrentan cambios emocionales necesitan de gran apoyo y de una educación precisa, clara y concreta.

## 2.5 Categorías Fundamentales



**Gráfico No 2: Red de Inclusiones Conceptuales**

## **CATEGORÍAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE**

### **2.5.1 MADRES ADOLESCENTES**

Se llama Madre Adolescente a quien ha tenido un embarazo entre los 10 a 19 años donde constituye un evento vital de importantes repercusiones en distintas dimensiones de la mujer: estudio, estructura familiar, ocupación, proyecto de vida y estado civil. Además las adolescentes a partir de la pubertad, comienza el proceso de cambios físicos que convierte a la adolescente en un adulto capaz de la reproducción sexual. Esto no quiere decir, sin embargo, que esté preparada para ser madre.

La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida

### **2.5.2 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Según López Nodarse M., Flores Madan L., Roche Pérez C. El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 11 y 13 años aprox.), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres.

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea éste espontáneo o inducido, en éste último caso de manera legal o ilegal.

## **FACTORES PREDISPONENTES PARA EL EMBARAZO**

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.

- **Factores de riesgo individuales:** Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
- **Factores de riesgo familiares:** Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
- **Factores de riesgo sociales:** Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.
- **Inicio precoz de Relaciones Sexuales:** Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres e hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

- **Bajo Nivel Educativo:** Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- **Migraciones Recientes:** Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
- **Pensamientos Mágico:** Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- **Fantasías de Esterilidad:** Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- **Falta o distorsión de la información:** Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa.

- **Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:** Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- **Factores socioculturales:** La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

## **COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO**

Según Ulanowicz M., Parra K., Wendler G. Riesgos en el embarazo adolescente comenta que como la adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales; dependiendo de la edad de la adolescente y del tiempo que ha transcurrido entre su desarrollo y el embarazo puede haber más o menos complicaciones; si la adolescente tiene menos de 15 años se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pretérmino o parto por cesárea por inmadurez fisiológica.

Desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo. Si es mayor de 15 años, la embarazada tiene el mismo riesgo que una paciente adulta, excepto si está mal alimentada, o si se encuentra en situación de abandono por parte de su pareja o familia, por otro lado es posible que la adolescente no esté preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebé o necesite mayor apoyo.

## 1) **Complicaciones somáticas**

### a) **Para la madre**

La mortalidad materna del grupo de 15- 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.

Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.

Las verdaderas diferencias entre ambos grupos se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las pacientes con edades menores de 16 años.

Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo. Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal.



## **b) Para el hijo**

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural.

El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.

## **2)Complicaciones Psicosociales**

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social.

La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción. La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

**Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.**

### **A. – Primer Trimestre**

**1. – Trastornos Digestivos.-** En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajoal respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.

**2. – Metrorragias.-** Ocurre en un 16,9% de las adolescentes.

**3. – Abortos Espontáneos.-** Existe un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

**4. – Embarazos Extrauterinos.-** Ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.

## **B. – Segundo y Tercer Trimestre**

**1. – Anemia.-** Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, en un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

**2. – Infecciones Urinarias.-** Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

**3. – Amenaza de Parto Pretérmino.-** Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

**4. – Hipertensión Arterial Gravídica.-** Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia, dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. Esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.

**5. – Mortalidad Fetal.-** Se presenta en las madres adolescentes.

**6. – Parto Prematuro.-** Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas).

**7. – Crecimiento Intrauterino Retardado.-** Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

**8. – Presentaciones Fetales Distólicas.-** Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.

**9. – Desproporciones Cefalopélvicas.-** Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

**10. Tipo de Parto.-** En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales y no tanta cesárea.

## **COMPLICACIONES EN EL PARTO**

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, y psicólogos. El mayor peligro de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores, que identifican además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo. Se identifica las complicaciones más comunes:

### **Trastorno Hipertensivo**

El embarazo puede inducir elevación tensional y daño renal específico al estar sometidas a las alteraciones hemodinámicas y hormonales las enfermedades hipertensivas del embarazo parecen ser mucho más comunes en las madres adolescentes, sobre todo sin son primigestas.

La preeclampsia y eclampsia son una de las causas más comunes de morbilidad materna, madres con estos trastornos tienen una incidencia más alta de parto difícil y de terminación con cesárea.

### **Ruptura prematura de membranas ovulares**

Esta complicación obstétrica se denomina así cuando ocurre antes del comienzo del trabajo de parto. La ruptura prematura de membranas es una causa importante de morbi-mortalidad perinatal y materna, aumenta el riesgo de presentaciones podálicas, prolapso del cordón y/o partes fetales por lo que termina en resoluciones por cesárea

### **Parto pretérmino**

Es aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación, algunas situaciones que predisponen al mismo; ruptura prematura de membranas, anomalías uterinas, anomalías del producto de la concepción, placenta imperfecta, muerte fetal.

### **Desproporción feto pélvico**

Cualquier reducción de los diámetros de la pelvis que reduzca la capacidad pélvica puede provocar una distocia durante el parto. El crecimiento pondero-estatural en la adolescente tienen un pico máximo, meses antes de la menarquía para disminuir en uno o dos años siguientes. El tamaño del canal de parto es pequeño los primeros años después de la menarquía, por lo que las adolescentes que tenían una menarquía temprana poseen una pelvis más pequeña e inmadura que aquellas que tuvieron una menarquía tardía. La edad materna, la menarquía temprana y la baja edad ginecológica son factores de riesgo que influyen en las complicaciones.

### **2.5.3 SEXUALIDAD Y EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS ADOLESCENTES**

#### **SEXUALIDAD**

La sexualidad forma parte del desarrollo normal del niño y del adolescente. Desde la primera infancia el niño experimenta sensaciones de placer (al tocarse, al ser besado o acariciado), además de la observación sobre el comportamiento de los adultos y sus expresiones de afecto que trata de imitar; desde este punto el niño desarrollará la actitud que tendrá sobre su sexualidad.

#### **Etapas de la Sexualidad**

Normalmente se habla de los adolescentes como si se tratara de un grupo homogéneo, en realidad se debe hablar de etapas, cada una marcada por situaciones especiales que se manifestarán también en la sexualidad como lo dice en [http://www.ecured.cu/index.php/Sexualidad\\_en\\_la\\_Adolescencia](http://www.ecured.cu/index.php/Sexualidad_en_la_Adolescencia)

- “La primera etapa, llamada de aislamiento se da entre los 12 y 14 años. En el varón es la época de las barras, de la mugre y el desorden como reacción a los cambios que su cuerpo viene sufriendo. Hay un rechazo a las niñas como forma de superar la dependencia materna. La masturbación es la única forma de actividad sexual. La niña en cambio no rechaza a los varones.
- Entre los 14 y 15 años se da la segunda etapa, llamada de incertidumbre. Se da mayor importancia a los padres, dependiendo muchas veces sus decisiones personales de las tendencias del grupo. El erotismo se da a través de chistes y conversaciones. Comienzan los primeros enamoramientos.
- En la tercera etapa, entre los 15 y 17 años se da la apertura a la heterosexualidad. Es la época de los grandes amores, gran intensidad pero poca duración. Hay una gran idealización de la otra persona. Se dan fantasías masturbadoras más intensas. En esta etapa se define la orientación sexual (quien me atrae, un hombre, una mujer o ambos).

- La última etapa llamada de consolidación se da entre los 17 y 19 años. Se consolida la identidad (uno sabe quién es, que quiere y a donde va)”.

## **EDUCACION SEXUAL**

El término educación sexual se usa para describir el conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva.

Según *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, año 13, vol. 5, N° 3, marzo de 2007. La educación sexual se trasmite a través de actitudes y conductas que los niños observan en sus mayores sobre todo en el ámbito familiar, aunque no se hable de la sexualidad en forma explícita. Es decir, siempre se educa, lo que se tiene que evaluar es que tipo de educación se está brindando.

## **DERECHOS DE LA SEXUALIDAD**

Derecho a decidir en forma libre sobre el cuerpo y la sexualidad. Existen diversas formas de vivir la sexualidad dependiendo de cada persona, tiempo y cultura.

Derecho a manifestar públicamente los afectos. Las manifestaciones públicas de afecto promueven una cultura de respeto a la diversidad afectiva y sexual.

Derecho a ejercer y disfrutar plenamente la vida sexual. El disfrute pleno de la sexualidad es fundamental para el bienestar como persona y como parte de una sociedad democrática.

Derecho al respeto de intimidad y vida privada. El cuerpo, espacio, pertenencias y la forma de relacionarse con las y los demás son parte de la identidad y de la privacidad.

## **SEXUALIDAD Y PERSONA**

La sexualidad constituye la dimensión fundamental de la persona humana, se manifiesta como todo el mundo de relaciones personales, en el que se va haciendo como personas.

La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que se es, se siente, se piensa y se hace.

La educación sexual debe concebirse por lo tanto, como una función de la personalidad total y como ámbito de promoción de las relaciones interpersonales. La gente supone que cuando no se imparte una enseñanza directa no hay educación sexual. Esto es una falacia.

No se puede decidir si se impartirá o no educación sexual, (la educación sexual está en el ambiente) sólo se puede decidir si se impartirá con criterio positivo o negativo, de allí que la educación sea una necesidad imperiosa, impostergable y prioritaria de realidad formativa con criterio positivo.

## **INICIO PRECOZ DE LAS RELACIONES SEXUALES**

El inicio sexual antes de tiempo; antes de una madurez mental y afectivas completas tiene como riesgos, además del embarazo y de las ETS, la aparición de disfunciones sexuales debido a las circunstancias en que se viven las relaciones sexuales y la separación entre genitalidad y afectividad, enfrentándose la mayoría de las veces a una sexualidad incompleta.

Entre los factores que condicionan el inicioprecoz de las relaciones sexuales:

**Factores biológicos:**

Se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual; con el adelanto de la menarquía que se está produciendo, se han adelantado las relaciones sexuales.

**Factores familiares:**

El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes.

Además del modelo familiar la comunicación que se establezca entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo.

**Factores ambientales:**

Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales, por ello se observa cómo la fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose zonas de elevada prevalencia dentro de una misma área geográfica.

Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes, hecho que afortunadamente ya no sucede en el país, pero que constituye una dramática realidad en otras latitudes.

Otra de las cuestiones que se ha relacionado, de manera casi constante, con el inicio de las relaciones sexuales ha sido el ámbito o medio de hábitat de los jóvenes, habiéndose postulado que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente.



#### **2.5.4 ADOLESCENCIA**

En forma teórica se llama adolescencia a la etapa o período cronológico que se ubica entre los 10 y 19 años de edad (punto de vista biológico); y su término se observa con el logro de la identidad personal, (criterio de abordaje psicológico), Todo esto claro en un marco de relatividad ya que todo lo que concierne al ser humano no es rígido sino que por el contrario está constantemente sujeto a cambios. NÄSLUND E., BINSTOCK G - Banco Interamericano de Desarrollo- Junio 2011.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.

En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

#### **TIPOS DE ADOLESCENCIA**

##### **Adolescencia Temprana (10 a 13 años)**

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

### **Adolescencia media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus amigos, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

### **Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de amigos va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.

### **ASPECTOS PSICOLÓGICOS:**

- Búsqueda de sí mismos ,de su identidad
- Necesidad de independencia
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.

- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico
- Relación conflictiva con los padres.
- Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

## **CAMBIOS MORFOFISIOLÓGICOS DE LA ADOLESCENCIA**

Los cambios que se suceden en este período se deben al aumento de las secreciones hormonales, principalmente a la progesterona en la mujer y a la testosterona en el hombre. El aumento y cambio producido en las secreciones hormonales durante la pubertad son los responsables de las transformaciones somáticas que van a repercutir principalmente en el crecimiento del adolescente y en el desarrollo sexual, maduración de los caracteres sexuales primarios y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

En relación con el desarrollo sexual hay que indicar que la menarquía suele darse a los trece años. En el periodo de la adolescencia ya quedan bien definidos los caracteres secundarios y al mismo tiempo las hormonas que actúan sobre el sistema nervioso producen una serie de modificaciones sobre la vida afectiva del adolescente. Por lo tanto, los adolescentes, necesitan adaptarse psicológicamente a los cambios producidos en sus características corporales, apariencia y funcionamiento. AlberbanduraJ. “psicología social de la educación” Barcelona editorial hender sa. 2008.

## CATEGORIAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

### 2.5.5 CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

El crecimiento y desarrollo de un niño constituyen dos conjuntos de signos de gran utilidad para determinar el estado de salud de los pacientes en edad pediátrica. Sólo a través de observaciones y mediciones repetidas con intervalos regulares de tipo y graficadas en curvas estandarizadas puede evaluarse el crecimiento.

**Son características del crecimiento y desarrollo:**

- **Dirección:** Céfalocaudal y próximo distal.
- **Velocidad:** Crecimiento en unidad de tiempo. En etapas iniciales de la vida tiene su máxima rapidez y disminuye gradualmente hasta estabilizarse en la vida adulta.
- **Ritmo:** Se refiere al patrón particular de crecimiento que tiene cada tejido u órgano a través del tiempo, el nivel de madurez de cada uno de ellos se alcanza en diferentes etapas de la vida. Por ej. el Sistema Nervioso Central es el primero en alcanzar un mayor desarrollo y el aparato genital lo alcanza hasta la década de la vida.
- **Momento:** Cada tejido tiene un momento en particular en el que se observan los mayores logros en crecimiento, desarrollo y madurez.
- **Equilibrio:** Pese a que el crecimiento y desarrollo tienen distintas velocidades, ritmo, cada uno de ellos alcanza en su momento un nivel de armonía que se considera normal” LIPPINCOTT, W “*Pediatría Médica*” Ed. Trillas. 1ª Ed., México 2008.

### **2.5.6 SALUD INFANTIL**

Los niños representan el futuro, y su crecimiento y desarrollo saludable deben ser una de las máximas prioridades para todas las sociedades. Los niños y los recién nacidos en particular son especialmente vulnerables frente a la malnutrición y enfermedades infecciosas, que son prevenibles o tratables en su mayoría

### **ENTORNO FAMILIAR**

La familia es el primer contexto de socialización y de aprendizaje, por eso es importante que los niños entiendan y asimilen tanto su propia familia (por quien está formada, ocupación de sus miembros) como las diferencias que existen con otras familias, pudiendo compararla con la de otros compañeros, no solo en su estructuración sino también las diferentes culturas, pautas de comportamiento.

La calidad del ambiente familiar y las experiencias que viven los niños en él son fundamentales para su desarrollo social y emocional. Como en la infancia se aprende más que en cualquier otra etapa de la vida, los individuos son vulnerables a repetir las acciones que observan durante su niñez, al crecer los niños imitarían la acciones que observaron y experimentaron en su entorno familiar, especialmente de sus padres.

### **DERECHOS DEL BUEN VIVIR**

El Buen Vivir, más que una originalidad de la Carta Constitucional, forma parte de una larga búsqueda de modelos de vida que han impulsado particularmente los actores sociales de América Latina durante las últimas décadas, como parte de sus reivindicaciones frente al modelo económico neoliberal. En el caso ecuatoriano, dichas reivindicaciones fueron reconocidas e incorporadas en la Constitución, convirtiéndose entonces en los principios y orientaciones del nuevo pacto social. Por primera vez, en la historia de la humanidad una Constitución reconoce los derechos de la naturaleza y ésta pasa a ser uno de los elementos constitutivos del Buen Vivir.

## **Los derechos como pilares del Buen Vivir**

Las innovaciones fundamentales en el campo de los derechos, desde la perspectiva del Buen Vivir en la nueva Constitución del Ecuador, parten del reconocimiento del Estado como "constitucional de derechos y justicia", frente a la noción tradicional de Estado social de derechos. Este cambio implica el establecimiento de garantías constitucionales que permiten aplicar directa e inmediatamente los derechos, sin necesidad de que exista una legislación secundaria. La Constitución ecuatoriana amplía además las garantías, sin restringirlas a lo judicial. Existen tres tipos de garantías: normativas, políticas públicas y jurisdiccionales. De este modo, la política pública pasa a garantizar los derechos.

Uno de los elementos claves en la concepción del Buen Vivir es la integralidad, la vida concebida como un todo indivisible. La noción de integralidad se hace efectiva en la nueva carta magna del Ecuador al no establecer jerarquías entre los derechos, superando aquella visión que establecía tipologías en: fundamentales (primera generación), económicos, sociales y culturales (segunda generación) y colectivos (tercera generación).

La Constitución del Ecuador rompe con esta concepción, enfatiza el carácter integral de los derechos, al reconocerlos como interdependientes y de igual jerarquía y los organiza en: derechos del Buen Vivir; derechos de las personas y grupos de atención prioritaria; derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades; derechos de participación; derechos de libertad; derechos de la naturaleza y derechos de protección.

## **NIÑEZ Y LAS ETAPAS**

De recién nacido a cuatro años: no entiende razonamientos ni explicaciones, sólo direcciones muy simples. No reacciona bien ante una orden verbal. Problemas de la edad: peleas, pataletas, actitud egoísta, se resiste a dormir y teme separarse de sus padres (especialmente si uno de ellos lo sobreprotege).

De 0 a 3 años

Cambios rápidos, pero trascendentes. Entre 0-3 años de edad los niños (as) cambian muy rápido tanto física como emocionalmente. Los psicólogos del desarrollo han descubierto cuan cruciales son estos años iniciales.

Desafortunadamente, la sociedad no ha prestado atención a esto. Los primeros 3 años moldean al niño. Durante esta etapa, el niño (a) establece el fundamento sobre el cual basará toda su experiencia y decisiones posteriores.

### **2.5.7 CONTROL DEL NIÑO**

El Ministerio de Salud cuenta con el control del niño sano, una herramienta sanitaria que se realiza de forma gratuita en los consultorios pediátricos. La promoción efectiva de la salud depende del adecuado control del niño sano, destaca el doctor César Etchart, secretario de Gestión Sanitaria en “psicología social de la educación”.

El pediatra, durante el control, supervisa el crecimiento adecuado de los niños, educa para prevenir enfermedades y fomentar hábitos sanos de higiene y alimentación, además de detectar alteraciones en el desarrollo. En cada visita, se mide el peso y talla del menor, se evalúa el desarrollo psicomotor y se orienta a los padres en múltiples aspectos del crecimiento infantil: necesidades nutricionales, emocionales y la prevención de los accidentes caseros, todo de acuerdo con la edad.

## **CONTROL CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

### **Crecimiento**

El crecimiento puede definirse como: movimiento de la materia viva que se desplaza en el tiempo y en el espacio.

El crecimiento es sólo la manifestación de la capacidad de síntesis de un organismo y de cada una de sus células. El balance entre la velocidad de síntesis y

la de destrucción, se puede manifestar por aumento, mantenimiento o disminución de la masa que conforma el organismo, y se le denomina “signo del crecimiento” y que puede expresarse como positivo, neutro o negativo.

### **Factores que determinan el crecimiento**

El fenómeno del crecimiento es un proceso dinámico, que refleja el estado psicosocial, económico, nutricional, cultural, ambiental y de homeostasis orgánica en el que se desarrolla un individuo. Los padres heredan a sus hijos la capacidad de crecimiento (genotipo), y que en condiciones ideales son similares para todos los hijos del mismo sexo (fenotipo), pero su expresión final (epigenotipo) depende de las condiciones ambientales de cada individuo en lo particular.

El hecho de que el ritmo y la velocidad de crecimiento sean menores a los esperados, y la longitud alcanzada sea mayor, se debe sospechar que existen condiciones patológicas que están limitando la expresión fenotípica del genoma. LIPPINCOTT, W “*Pediatría Médica*” Ed. Trillas. 1ª Ed., México 2008.

### **Leyes de crecimiento: los gradientes de crecimiento y desarrollo**

- El gradiente céfalo-caudal: El crecimiento progresa de la cabeza a las extremidades, primero se fortalecen y crecen musculatura y los huesos, cabeza, después extremidades superiores y luego las inferiores.
- El gradiente próximo-distal: El crecimiento progresa del centro el cuerpo hacia las extremidades (brazo: hombro, codo, muñeca, manos).

### **Desarrollo**

El desarrollo es la adquisición de funciones con aumento de la complejidad bioquímica y fisiológica a través del tiempo. Comprende fenómenos de maduración y adaptación. Se conoce como desarrollo psicomotor a la madurez



psicológica y muscular que tiene una persona, en este caso un niño. Los aspectos psicológicos y musculares son las variables que constituyen la conducta o la actitud. Al contrario del intelectual que está dado por la maduración de la memoria, el razonamiento y el proceso global del pensamiento.

En la vida del niño confluyen muchos factores preexistentes que van a condicionar en gran parte su futuro. El desarrollo de las habilidades motrices no puede separarse de la evolución psicológica del niño la cual es causa y efecto simultáneamente de psicomotricidad.

Durante su primer año de vida el niño se desarrolla con rapidez sorprendente, tanto en su capacidad perceptiva como sus habilidades motrices. El desarrollo motriz por tanto corre paralelo al psicológico y ocupa junto con él un factor primordial en el desarrollo de la afectividad, lugar privilegiado para conocer con todo detalle en este año su estado general.

Así tenemos que en el recién nacido:

- Predomina hipotonía en cabeza y tronco.
- Hipertonía en extremidades.
- Reencuentra posición fetal.
- Fija la mirada, visión confusa.
- Grasping (reflejo arcaico de prensión palmar)

**Desarrollo del Niño de 0 Meses A 2 Años 6 Meses en el Contexto de AIEPI**

0 a 1 mes	> 1 a 2 meses	2 a 4 meses	4 a 6 meses	6 a 9 meses	9 a 12 meses	12 a 15 meses	15 a 18 meses	18 a 24 meses	2 años a 2 años y 6 meses
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Reflejo de Moro</li> <li>•Reflejo cocleo-palpebral</li> <li>• Reflejo de succión</li> <li>•Postura: boca arriba, brazos y piernas flexionadas y cabeza lateralizada</li> <li>•Manos cerradas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Vocaliza o emite sonidos.</li> <li>•Movimientos de piernas alternados.</li> <li>•Sonrisa social.</li> <li>•Abre las manos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mira el rostro.</li> <li>• Sigue a un objeto.</li> <li>•Reacciona un sonido.</li> <li>• Eleva la cabeza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Responde al examinador.</li> <li>•Agarra objetos.</li> <li>•Emite sonidos.</li> <li>•Sostiene la cabeza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Intenta alcanzar un juguete.</li> <li>•Lleva objetos a la boca.</li> <li>•Localiza un sonido.</li> <li>•Muda de posición activamente (gira).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Juega a taparse y descubrirse</li> <li>• Transfiere objetos entre una mano a la otra.</li> <li>•Duplica sílabas.</li> <li>•Se sienta sin apoyo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ejecuta gestos a pedido</li> <li>•Coloca cubos en un recipiente</li> <li>•Dice una palabra</li> <li>•Camina sin apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ejecuta gestos a pedido</li> <li>•Coloca cubos en un recipiente</li> <li>• Dice una palabra</li> <li>•Camina sin apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Identifica dos objetos</li> <li>•Garabatea espontáneamente</li> <li>• Dice tres palabras</li> <li>• Camina para atrás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se quita la ropa</li> <li>• Construye una torre de tres cubos</li> <li>•Señala dos figuras</li> <li>• Patea una pelota</li> </ul>

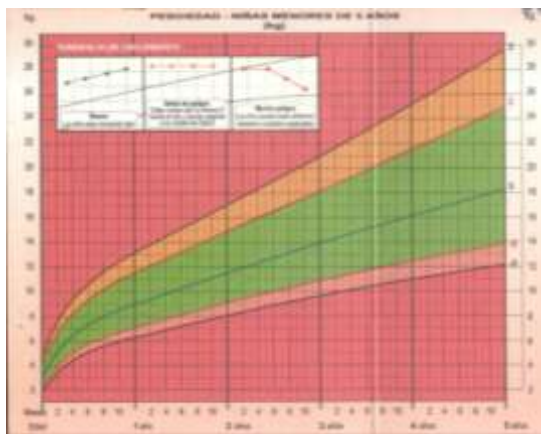
**Gráfico 5:** Desarrollo del Niño de 0 Meses A 2 Años 6 Meses.

**Fuente:**Contexto de AIEPI

## MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

La antropometría permite conocer el patrón de crecimiento propio de cada individuo, evaluar su estado de salud y nutrición, detectar alteraciones, predecir su desempeño, salud y posibilidades de supervivencia.

### Peso

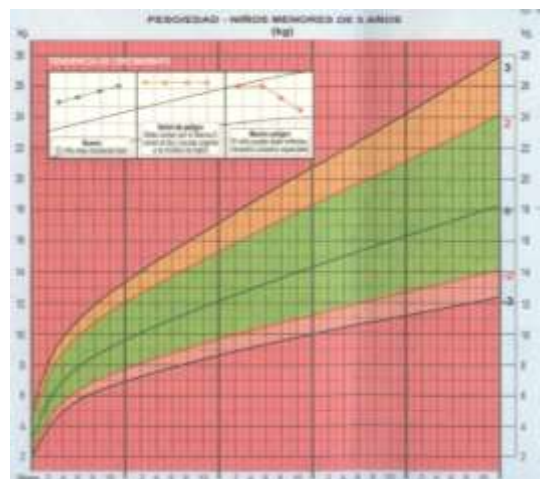


Esta medida, sin lugar a dudas la más empleada, se obtiene en los menores de dos años en decúbito y después de esta edad en la posición de pie. Permite vigilar el estado de nutrición del niño pero el significado de sus variaciones puede ser confuso en pacientes con edema, deshidratación

u otras manifestaciones de cambios en el agua corporal ya que representa una mezcla de varios componentes del cuerpo.

Comparada con el peso ideal para la edad, se usa para el diagnóstico de desnutrición si hay un déficit mayor al 10% y obesidad mayor de 20%.

- Nace: 3000-3500 gramos.
- 1° Trimestre: 25-30 gramos/día
- 2° Trimestre: 20 gramos/día
- 3° Trimestre: 10-15 gramos/día
- 4° Trimestre: 10 gramos/día
- 1° Año: 9500-10250
- 1° al 2° año : 2500-3500 gr./año
- Del 2° al 5° año: 2 Kg. Por año



**Figura 1.** peso/edad de niños y niñas menores de 5 años.

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública

**Bajo peso** ■ **Normal** ■ **Sobre peso** ■

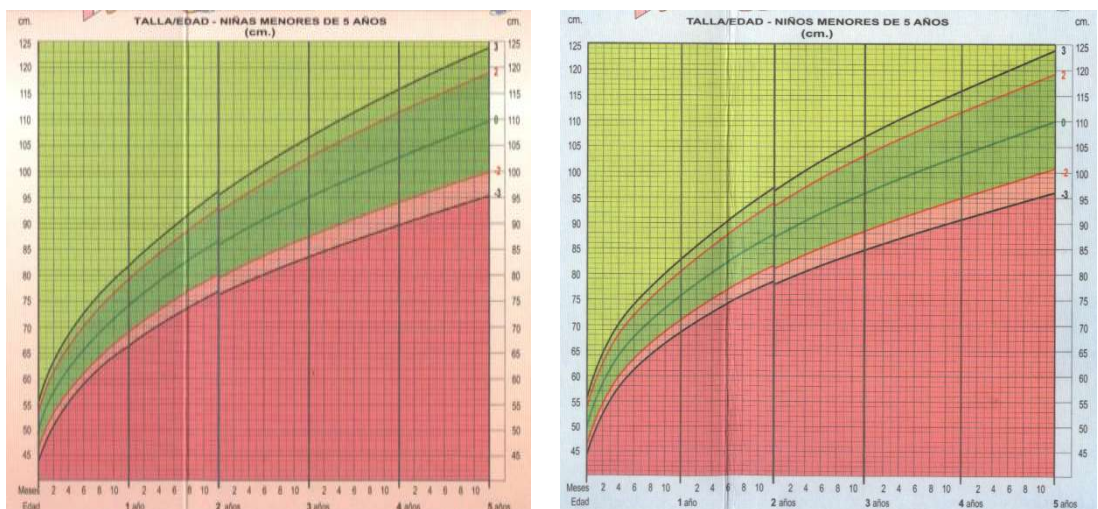
## Longitud

Longitud es la medida del vertex al talón, obtenida hasta los dos años de edad con el niño en decúbito, y estatura es la que se obtiene de allí en adelante con el niño de pie. Ambas resultan de la suma de tres componentes, cabeza, tronco y extremidades inferiores.

Para medir la longitud es preferible el infantómetro que presenta una superficie fija para el extremo cefálico y otra móvil donde se apoyan los pies del niño formando un ángulo recto.

Tallas:

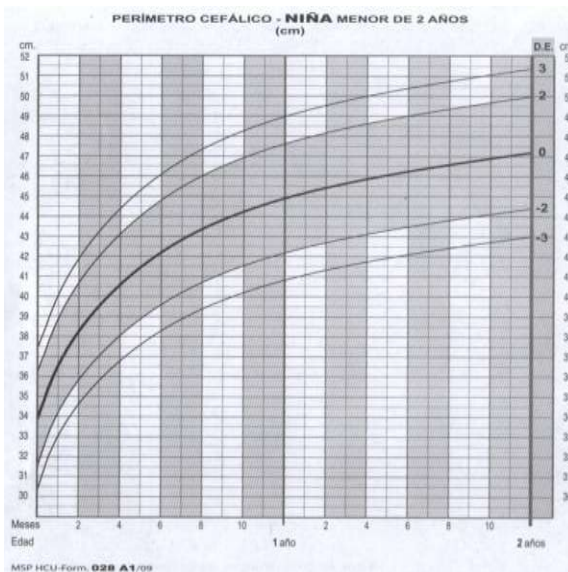
- 48 – 52 cm al nacimiento
- En los primeros 3 meses de vida aumenta 9 cm de talla
- Crece 7 cm de los 3 a 6 meses
- Aumenta 5 cm de los 6 a 9 meses
- Aumenta 4 cm de los 9 a 12 meses de edad
- 1 cm a partir del segundo año de vida, los niños son más altos que las niñas.



**Figura 2.** Talla/edad de niños y niñas menores de 5 años

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública

## Perímetro Cefálico



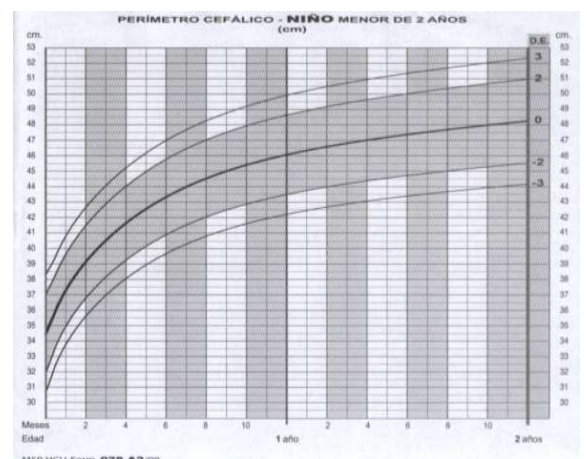
**Cefálico.** Indica crecimiento craneal. Recién nacido 34 y 36 cm. Primer año 47 o 48 cm. Por el crecimiento del encéfalo y maduración sistema nervioso central. Crecimiento posible a las fontanelas y las suturas, ya que los huesos de la cabeza no están todavía solidificados.

Fontanela: Áreas membranosas situadas en los lugares del cráneo donde confluyen huesos, tienen mucha importancia a la hora de detectar enfermedades y la hidratación del niño. Osificación en 15 meses

Suturas: Depresiones lineales entre los huesos. Osificación entre 2 años y edad adulta.

## Perímetro cefálico

- Al nacimiento: 33 cm.
- 1° Trimestre: 2 cm. por mes= 39 cm.
- 2° Trimestre: 1 cm. por mes= 42 cm.
- 7° al 12° mes: ½ cm. por mes= 45 cm
- Del 1° al 2° año: 3 cm.= 48 cm
- Del 2° al 5° año: 2cm. = 50 cm



**Figura 3.** Perímetro cefálico de niños y niñas menores de 2 años

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública

## TEST DE ALDRICH Y NORVAL; TEST BARRERA MONCADA

### Evaluación del desarrollo sicomotor.-

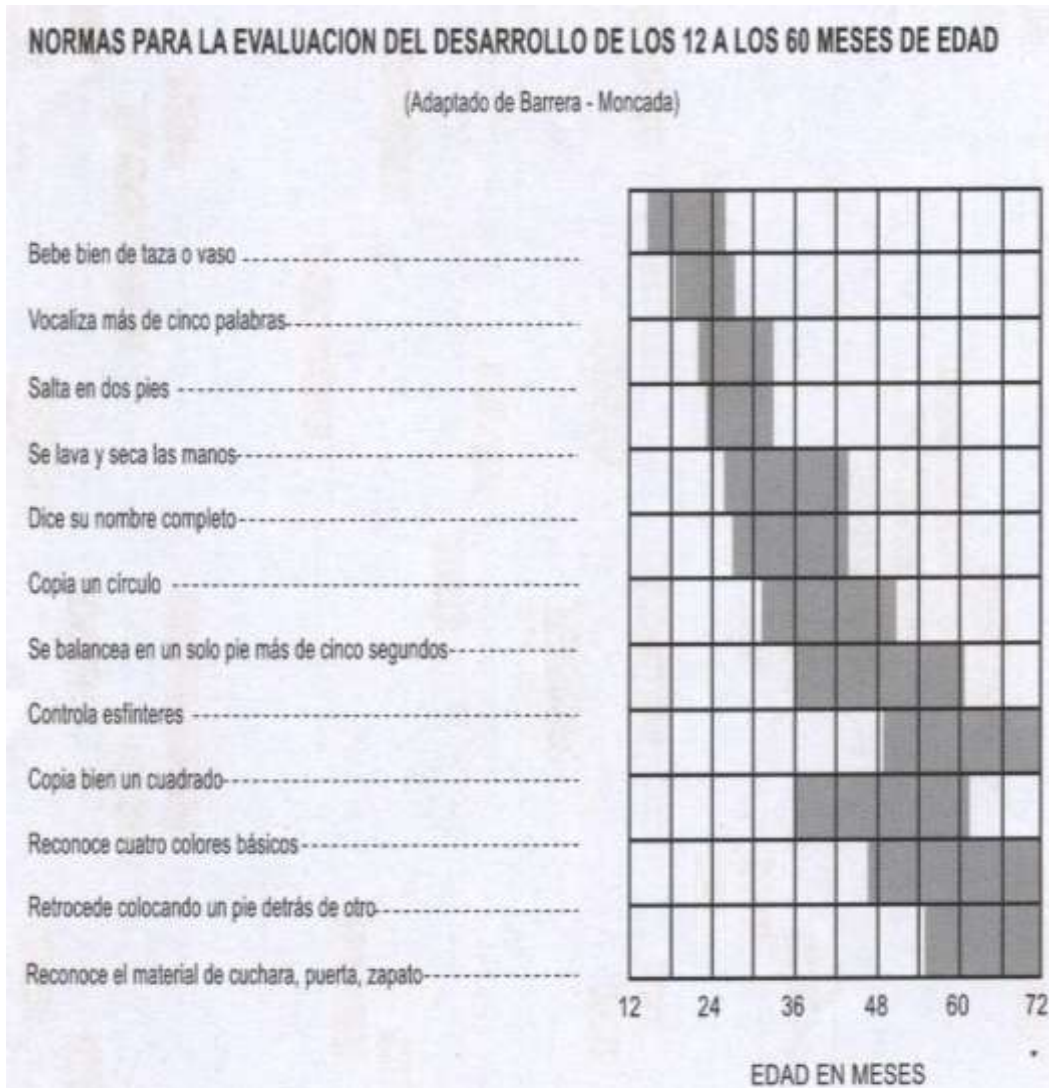
El término desarrollo se refiere a los cambios en la función del organismo. Es deber ineludible del equipo básico de salud, evaluar periódicamente el desarrollo psicomotor que manifieste un/a niño/a, muy especialmente en los primeros dos años de vida. El crecimiento y el desarrollo sicomotor no se manifiestan en forma independiente, sino que representan una continuidad de interrelaciones entre el potencial genético por una parte, y el medio ambiente por otra.

Sin lugar a dudas, la evaluación del desarrollo psicomotor es una actividad importante, al igual que la evaluación del crecimiento físico y son parte integrante de la atención de todo niño/a, pues una y otra se complementan. Se aplicarán el **Test de Aldrich y Norval** para los 12 primeros meses de edad.



**Figura 4.** Test de Aldrich y Norval  
**Fuente:** Ministerio de Salud pública

Y el de **Barrera – Moncada** para niños/as de 12 a 60 meses de edad.



**Figura 5.** Test de Barrera. Moncada

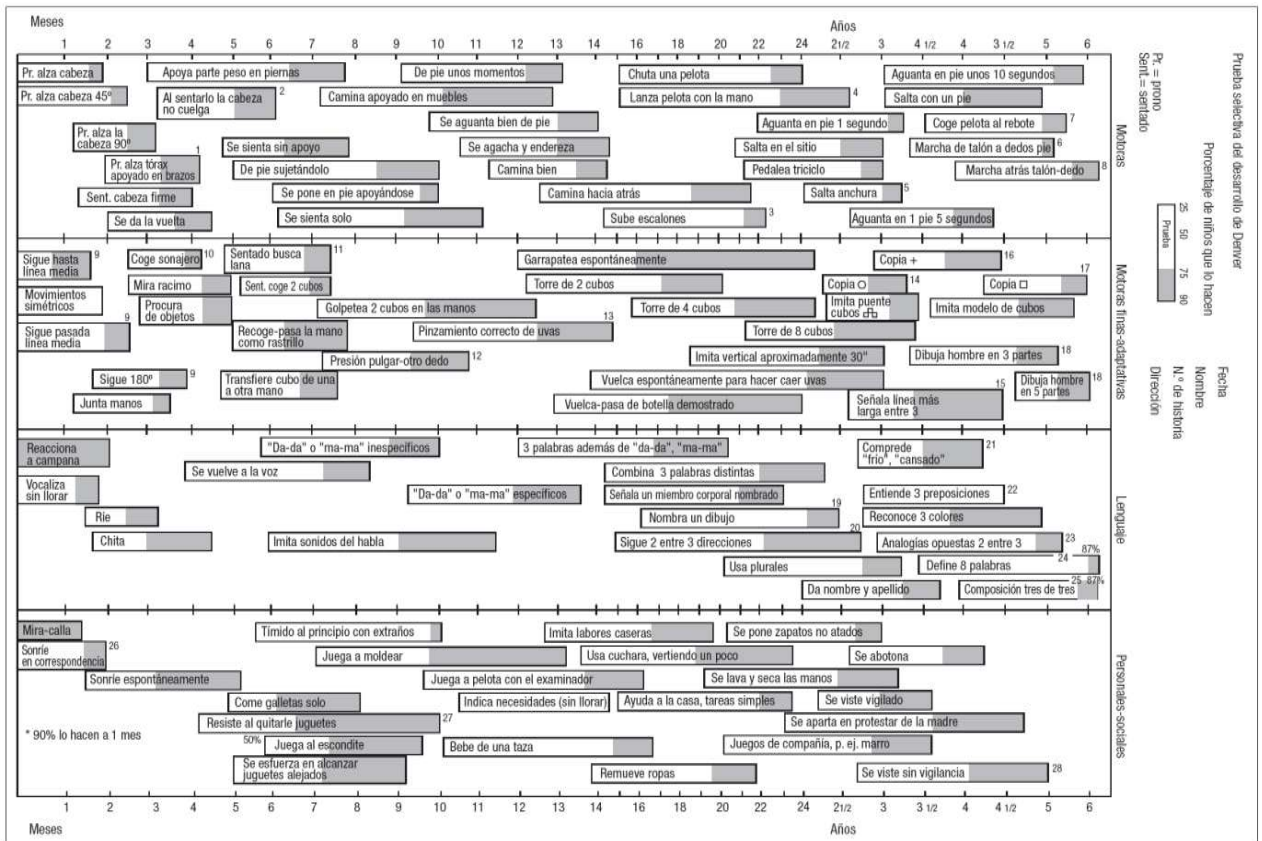
**Fuente:** Ministerio de Salud Pública

El registro se hará en el gráfico con una “X” correlacionando el ítem y la edad en meses. Las zonas gris y blanca inferior son consideradas como el rango de normalidad. El/la niño/a ubicado en la zona blanca superior requiere una valoración más completa, para lo cual se utilizará el Test de Denver

## TEST DE DENVER

Prueba del Test de DENVER selectividad del desarrollo. Esta prueba es un instrumento útil para descubrir retardos del desarrollo en la infancia y en los años preescolares. Dicha prueba se administra con facilidad y rapidez, así como también se presta para realizar evaluaciones seriadas en una misma hoja de prueba y es mandatoria en niños/as que presentan retraso en la prueba de Aldrich y Norval o de Barrera–Moncada

Se considera anormal cuando existen dos o más “fallos” en dos o más áreas. Dudoso si existe un “fallo” en varias áreas o dos en una sola. Se considera “fallo” cuando un ítem no es realizado a la edad en la que lo hace el 90% de los niños de la muestra de referencia



**Figura 6.** Test de Denver  
**Fuente:** Ministerio de Salud Pública



### **Cuatro categorías de análisis del Test de Denver:**

1. Desarrollo de las habilidades motoras o de postura: Refiere a todo aquello que incluye la coordinación corporal y los movimientos
2. Desarrollo de las habilidades motoras finas (manuales): Es decir todas aquellas habilidades que incluyen las capacidades de coordinación, concentración y destrezas manuales. Por ejemplo, sujetar y manipular los objetos con las manos.
3. Contacto con el entorno (social): La relación del niño con su entorno, con el medio que lo rodea y el manejo de la sociabilidad en función del mismo
4. Desarrollo del lenguaje: Se evalúa cómo ha sido el proceso de adquisición del lenguaje y la evolución del mismo. Su habilidad para escuchar y comunicarse.

### **Evaluación según escala de Denver**

1. Calificación de los elementos: Deben valorarse los elementos que cruzan la línea de edad, así como los que se encuentran adyacentes a ésta. Dichos elementos se marcan con P para aprobados, F para reprobados, NO para no valorado o R para aquéllos en que el niño se rehusó a cooperar o a interpretarlo.
2. Valoración de los elementos: Cada elemento debe calificarse de la siguiente manera:
  - a) Avanzado: El niño aprueba un elemento que se encuentra por completo a la derecha de la línea de edad.
  - b) Normal: El niño aprueba, reprueba o se rehúsa a elementos para los cuales la línea de edad cae entre los percentiles 25 y 75.
  - c) Precaución: El niño reprueba o se rehúsa a elementos para los cuales la línea de edad se encuentra entre los percentiles 75 y 90.
  - d) Retraso: El niño reprueba o se rehúsa a elementos que quedan por completo a la izquierda de la línea de edad". GARCIA, T "Control y pruebas de detección del desarrollo en lactantes y niños pequeños", 2007.

## **NUTRICIÓN**

La nutrición es principalmente el aprovechamiento de los nutrientes, manteniendo el equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macro-sistémico, y por tanto garantizando que todos los eventos fisiológicos se efectúen de manera correcta, logrando una salud adecuada y previniendo enfermedades. Los procesos macrosistémicos están relacionados a la absorción, digestión, metabolismo y eliminación. Los procesos moleculares o microsistémicos están relacionados al equilibrio de elementos como enzimas, vitaminas, minerales, aminoácidos, glucosa, transportadores químicos, mediadores bioquímicos, hormonas

### **Alimentación**

Es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse. No hay que confundir alimentación con nutrición, ya que nutrición se da a nivel celular y la alimentación es la acción de ingerir un alimento. La alimentación adecuada contribuye a un óptimo estado de salud y nutrición del niño/a, fomenta las prácticas y hábitos alimentarios saludables, que permiten disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad infantil.

### **Lactancia Materna Exclusiva**

La lactancia materna debe ser inmediata (dentro de los 30 minutos después del parto), exclusiva, mandatoria y a libre demanda. Todo el personal de salud debe participar en el fomento de la lactancia materna. La permanencia del niño/a junto a su madre es beneficiosa en cuanto favorece la lactancia materna y contribuye a la integración bio-sicosocial del niño/a y de la madre, asegurando su interacción afectiva desde el nacimiento.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido ya que facilita el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años.

### **ABLACTACIÓN.**

Esquema de alimentación complementaria saludable durante los dos primeros años de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda en la actualidad que “todo lactante debe ser alimentado exclusivamente al pecho materno durante los primeros seis meses de edad”.

Posteriormente, los lactantes deben recibir alimentos complementarios adecuados y seguros mientras continúa la alimentación al pecho materno hasta los dos años de edad.

Así, la ablactación (proceso en la alimentación que expresa la secuencia en la introducción de alimentos diferentes a la leche) complementa la lactancia y permite una nutrición adecuada para el desarrollo del lactante. La alimentación durante el primer año de la vida se lleva a cabo en tres etapas:

- Período de lactancia, en el que la única fuente de nutrientes es la leche humana.
- Período transicional, es el período donde se introducen alimentos preparados especialmente para lactantes además de la leche humana y se presenta el destete.
- Período de alimentación modificado, en el cual se ofrece al lactante los alimentos disponibles para el consumo familiar (*integración a la dieta familiar*).

## **Características de la alimentación complementaria.**

Durante el primer año de vida, el lactante inicia la formación de hábitos y preferencias alimentarias que van a afectar la salud y nutrición futuras. Por ello, la alimentación complementaria adecuada tiene un papel formativo, porque promueve hábitos de alimentación saludables. Además, complementa el aporte proteínico-energético proporcionado por la leche y permite satisfacer los requerimientos nutrimentales adecuados para el buen crecimiento y desarrollo del lactante.

Por otra parte, un patrón de ablactación inadecuado tiene serias repercusiones en la salud como son:

- a) Desnutrición, por una alimentación insuficiente, la suspensión del aporte de nutrimentos que provee la leche humana, u ofrecer una alimentación limitada a alimentos con escaso contenido nutrimental
- b) Infecciones de tracto digestivo, al consumir alimentos contaminados
- c) Alergias alimentarias, por la relativa permeabilidad de la mucosa intestinal a proteínas antigénicas
- d) Problemas de deglución, por ofrecer consistencias inadecuadas o alimentos semisólidos antes del tercer mes
- e) Sobrepeso, secundario a mayor aporte energético que el requerido, al abuso de alimentos procesados y al inicio temprano de la alimentación complementaria.

## ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

### 6 a 8 MESES

- Continuar con leche materna todas las veces que la niña/o quiera.
- Darle de comer en su propio plato alimentos cocinados y aplastados como: arroz, avena, plátano, espinaca, zanahoria, papa, zapallo, fréjol, lenteja, yema de huevo duro.
- Darle frutas sanas en puré: guineo, papaya, manzana.
- Tres comidas al día, si se alimenta con leche materna.
- Cinco comidas al día, cuando no se alimenta con leche materna.

### 9 a 11 MESES

- Continuar con leche materna todas las veces que quiera el/la niño/a.
- Darle de comer en su propio plato alimentos cocinados y aplastados como: arroz, avena, plátano, espinaca, zanahoria, papa, zapallo, fréjol, lenteja, yuca, yema de huevo duro, quinua.
- Agregar carnes de pollo, pescado, res, queso y nata.
- Darle frutas sanas en puré como: guineo, papaya, manzana.
- Cinco comidas al día.

### 1 año y más

- Continuar con leche materna todas las veces que quiera, hasta los dos años o más.
- Seguir alimentándolo en su propio plato, darle tres comidas principales: desayuno, almuerzo y merienda, de lo mismo que come la familia.
- Además dos entre comidas como frutas, pan, maíz, plátano, leche, queso y yogurt.
- Todas las comidas que se sirvan al niño/a deben ser espesas.

**Gráfico 6:** Alimentación Complementaria.

### Programas del Ministerio de Salud Pública dirigidos a los niños

#### a) **Desnutrición Cero**

El programa tiene como propósito atender a mujeres embarazadas y niños con edad menor a un año con la intención de reducir la desnutrición y la anemia.

Como estrategia adicional, se entregará el incentivo económico “Desnutrición Cero” en 303 parroquias, de 20 provincias a nivel nacional.

Con estas acciones, se busca reducir los problemas en salud de estos grupos vulnerables de la población. El proyecto además promueve la atención prenatal, el parto institucional, la consejería nutricional y el control desde el nacimiento hasta los dos años de edad del niño. (MSP)

**b) Programa Integrado de Micronutrientes (PIM)**

El programa fue creado con el objetivo de contribuir a la reducción y prevención de los problemas nutricionales causados por deficiencias de micronutrientes (Fe, Zn, vitamina A, ácido fólico) en la población ecuatoriana de mayor riesgo social y biológico. Para el cumplimiento de sus objetivos el PIM tiene los siguientes componentes de suplementación a través de: tabletas de hierro y ácido fólico para embarazadas; jarabe de hierro para menores de 2 años; y cápsulas de vitamina A para niños de 6 a 60 meses que acuden a las unidades operativas del MSP.

**c) PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones)**

El PAI es una acción conjunta de las naciones del mundo, pendientes a lograr una cobertura universal de vacunación, con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad infantil causadas por las enfermedades prevenibles.

El esquema de vacunación en los últimos años ha sido modificado por la introducción de nuevas vacunas como: SRP, Pentavalente (DPT+HB+Hib), Rotavirus, Neumococo, HB, y FA en la Región Amazónica.

**d) Tamizaje neonatal**

El Programa Nacional de Tamizaje Neonatal “Con Pie Derecho, La Huella del Futuro, tiene como objetivo la prevención de discapacidades asociadas a cuatro enfermedades:

- Hipotiroidismo Congénito
- Fenilcetonuria
- Galactosemia
- Hiperplasia Suprarrenal congénita.

La prueba es gratuita, se la efectuará en todas las unidades de salud pública del Ecuador y consiste en la toma de una muestra de sangre obtenida del talón derecho de los niños/as al cuarto día de nacidos. Una vez tomada la muestra es enviada al Centro de Tamizaje Neonatal del Ecuador, ubicado en el centro-norte de Quito. De confirmarse casos de estas cuatro enfermedades, los recién nacidos recibirán el tratamiento y el seguimiento oportuno.

## **ESQUEMAS DE INMUNIZACIONES**

La inmunización o vacunación es una forma de activar el sistema inmune y prevenir enfermedades graves potencialmente mortales. La inmunización o vacunación expone a las personas a una cantidad muy pequeña y muy segura de algunas enfermedades. Esta exposición leve ayuda al sistema inmune a reconocer y crear defensas contra esa enfermedad de manera eficiente.

### **Contraindicaciones Reales**

La edad hay vacunas que administradas al nacimiento no producen seroconversión. La vacuna triple vírica no se administrara antes de los 12 meses porque interfiere con los anticuerpos maternos y no produce una respuesta inmunológica

Otras contraindicaciones importantes tenemos las siguientes:

- Trombocitopenia
- Reacción anafiláctica a la vacuna
- Alergias manifiestas a huevos y plumas de gallina.
- Enfermedad grave Déficit inmunitario (VIH)

- Terapia con corticoides
- Complicación neurológica a aplicación previa
- Convulsiones o enfermedades neurológicas sin tratamiento o en evolución.
- Contraindicadas todas las vacunas de virus vivos por el riesgo potencial de provocar lesiones en el desarrollo del feto. Las únicas vacunas de virus vivos que pueden administrarse son la de la polio oral y para la tifoidea. Las vacunas de toxoides, especialmente la antitetánica, vacuna antigripal (a partir del segundo trimestre de embarazo), están indicadas en la embarazada. Unidad de Reforma OPS, OMS, USAID, UNICEF, BANCO MUNDIAL, BID, JICA, COTEBE, PROCOSI, FENASONGS, PL-480. Carpeta educativa. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Segunda Generación. PAI II. BOLIVIA 2008.



GRUPOS DE EDAD	VACUNA	TOTAL DOSIS	DOSIS RECOMENDADA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN						
					NUMERO DE DOSIS			REFUERZOS			
					1ra: Dosis	2da. Dosis	3ra. Dosis	1er. Refuerzo	2do. Refuerzo	3er. Refuerzo	
MENORES DE UN AÑO	BCG	1	*0,05 ml	I.D	R.N						
	HB( Amazonía)	1	0,05 ml	I.M	R.N						
	Rotavirus	2	1 ml	V.O	2 m.	4 m.					
	OPV	3	2 Gtts	V.O	2 m.	4 m.	6 m.				
	Pentavalente (DPT+HB+Hib)	3	0,5 ml	I.M	2 m.	4 m.	6 m.				
	NeumococoConjugada	2	0,5 ml	I.M	2 m.	4 m.					
	S R	1	0,5 ml	S.C			6 m.				
	Influenza Pediátrica	2	0,5 ml	I.M				6 m.	Al mes de la 1ra. Dosis	Solo en Campaña.	
12 a 23 meses	DPT	1	0,5 ml	I.M				1 año después de la 3ra. Dosis de Pentavalente.			
	OPV	1	2 Gtts	V.O				1 año después de la 3ra. Dosis de OPV.			
	NeumococoConjugada	1	0,5 ml	I.M				1 año de Edad			
	SRP	1	0,5 ml	S.C	DosisÚnica Al año de edad						
	VARICELA	1	0,5 ml	S.C	DosisÚnica Al año 3 meses de edad						
	FiebreAmarilla	1	0,5 ml	S.C	Al año 3 meses de edad				Cada 10 años		
	Influenza Pediátrica	1	0,5 ml	I.M	Solo en Campaña.						

**Gráfico 7:** Esquema de vacunación.

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública

## ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA

En su versión inicial, la estrategia AIEPI incluía un conjunto básico de enfermedades transmisibles y la condición nutricional de los niños como el foco central de su atención. Pero progresivamente, la estrategia se ha ido ampliando y en la actualidad se está finalizando la elaboración de cuadros complementarios para la atención de la mayoría de los problemas de salud y enfermedades que afectan a los menores de cinco años. De este modo, AIEPI incluye los siguientes contenidos:

- De una semana a dos meses
  - Signos inespecíficos de enfermedad grave.
  - Diarrea:
    - Deshidratación.
    - Diarrea persistente.
    - Disentería.
  - Problemas de alimentación o bajo peso.
  - Estado de vacunación
- 2 meses a 4 años
  - Signos inespecíficos de enfermedades graves.
  - Tos o dificultad para respirar.
  - Diarrea:
    - Deshidratación.
    - Diarrea persistente.
    - Disentería.
  - Fiebre:
    - Malaria.
    - Sarampión.
  - Desnutrición y anemia.
  - Estado de vacunación.

Se encuentra una lista de enfermedades prevalentes

- Infección Respiratoria Aguda (IRA)
- Otitis Media Aguda
- Faringitis
- Laringotraqueitis
- Infecciones Respiratorias Agudas Inferiores: Neumonías y Bronconeumonías
- Bronquiolitis
- EDA (Enfermedad Diarreica Aguda)

## **FRECUENCIA DE LOS CONTROLES**

### **Frecuencia de controles (mínimo recomendado)**

#### **Del recién nacido/a**

Se sugiere un control neonatal lo más precoz posible luego del alta, para detectar rápidamente problemas de lactancia, entre otros. Si la madre no concurre al primer control luego del alta un miembro del equipo de salud deberá ir a su domicilio.

Si bien la norma exige al menos 2 controles durante el primer mes de vida, importa señalar la relevancia del criterio técnico particular de modo de apoyar el adecuado vínculo madre – bebé, el éxito de la lactancia materna exclusiva, y el refuerzo de la autoestima materna.

#### **Del niño/a desde el primer mes hasta el año de vida**

La frecuencia de controles es mensual en el primer semestre, pudiendo espaciarse de forma bimensual en el segundo semestre en población de bajo riesgo, manteniendo la periodicidad mensual en población de riesgo bio-psico-social

#### **Del niño/a desde el año hasta los 2 años**

La frecuencia de controles recomendada en el segundo año de vida para el niño sano es trimestral. La misma podrá variar en función de los riesgos pesquisados.

### **2.5.8 ALTERACIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO**

Estas alteraciones son acorde a las complicaciones durante el embarazo y parto de una madre adolescente.

**Trastorno Hipertensivo.-** Se observa mayor mortalidad fetal y una más alta proporción de casos de recién nacidos pequeños para la edad gestacional.

**Ruptura prematura de membranas ovulares.-** Ruptura prematura de membranas provoca el riesgo que el feto y el recién nacido presente infección pasadas las 24 horas, el principal factor determinante de morbimortalidad perinatal es la inmadurez del recién nacido.

**Desproporción feto pélvico.-** Desproporción céfalo pélvica: entre las repercusiones del embarazo en el feto están prematuridad, bajo peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino, asfixia perinatal, anomalías congénitas, traumatismo obstétrico, sufrimiento fetal agudo, sépsis.

**Riesgos asociados más comunes.-** El peso medio de niños recién nacidos con madres adolescentes suele ser significativamente más bajo que en los de la mujer adulta. Asimismo, la tasa de mortalidad de los mismos es mayor. Sin embargo, la media del peso de los bebés al nacer aumenta a medida que lo hace la edad de la madre. Sus músculos generalmente no están suficientemente desarrollados y, posiblemente, el esqueleto no habrá alcanzado el grado óptimo de mineralización. Ciertas reservas de nutrientes (principalmente de hierro, ácido fólico, vitamina A y B12) de la madre son, además, menores que en la mujer adulta bien alimentada.

a) **Alteraciones del Crecimiento**

- **Talla baja.-** Esta alteración se evidenciará en los primeros años de vida del niño, lo que marcará su crecimiento en la edad adulta, que generalmente lleva a una talla baja, en el hombre a 1,63 y en la mujer a 1,51 cm.
- **Peso bajo.-** Se considera que un niño tiene en bajo peso al nacer cuando su peso es inferior a los 2500gr. Esta alteración es común en hijos de madres adolescentes ya que no han recibido los cuidados adecuados durante el período prenatal tanto en alimentación como en controles sanitarios.
- **Desnutrición.-** Esta es la causa principal para el retardo del crecimiento, en muchas ocasiones puede ser ocasionada de forma voluntaria por la disminución en la ingesta de alimentos que aporten a un buen desarrollo nutricional. En los niños puede llevar a dos tipos de desnutrición: marasmo y kwashiorkor.
- **Macrocefalia:** Se define como el aumento del PC (Perímetro Craneal) en más de dos desviaciones estándar por encima de la media para la edad, sexo, raza y tiempo de gestación.
- **Microcefalia:** Se define como el retardo del crecimiento craneal.

b) **Alteraciones en el desarrollo**

El desarrollo del niño es el resultado de una interacción entre las características biológicas y las experiencias ofrecidas por el medio ambiente, factores adversos en estas dos áreas pueden alterar el ritmo normal. Dentro de los riesgos

biológicos están la prematures, la hipoxia cerebral grave, la meningitis, la encefalitis, etc.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 10% de la población de cualquier país está constituida por personas con algún tipo de deficiencia. Entre las principales alteraciones que pueden presentar en el desarrollo están las siguientes:

- Alteraciones en el desarrollo motor
- Alteraciones en el lenguaje
- Alteraciones en la interacción personal-social
- Alteraciones en lo cognitivo
- **Alteraciones del Desarrollo Motor:** Básicamente, estos niños siempre presentan torpeza de movimientos (movimientos pobres y dificultad en su realización) y paratonía el niño no puede relajar el tono de sus músculos de forma voluntaria; incluso en vez de relajarlos, los contrae exageradamente. Este rasgo es el más característico de esta alteración.
- **Inestabilidad motriz.-** Es incapaz de mantener un esfuerzo de forma constante; se muestra muy disperso.
- **Farfuleo.-** Se trata de una alteración en la fluidez del lenguaje, en la que el individuo habla a gran velocidad, articulando desordenadamente.
- **Afasia.-** Trastorno del lenguaje producido por alguna lesión cerebral, después de que el individuo haya adquirido el lenguaje.

## **2.6.- Hipótesis:**

“Ser Madre Adolescente incide en la presencia de alteraciones delCrecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en el Subcentro de Salud de la Parroquia Rio Negro del Área N° 4 en del Cantón Baños de la Provincia Tungurahuaen el período del 23 de Junio a 23 de Noviembre del 2012”.

## **2.7.- Señalamiento Variables**

### **Variable Independiente:**

Madres adolescentes.

### **Variable Dependiente:**

Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.

### **Termino de relación**

Relación

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Enfoque.**

Al tratarse de una investigación enmarcada dentro del paradigma critico-propositivo, el enfoque es predominantemente cualitativo-cuantitativo pues trata de comprender el fenómeno en su totalidad, logrando una visión más amplia en los aspectos globales del mismo. Se busca comprender los problemas buscando soluciones acertadas, en una acción conjunta participativa interactuando con la madre adolescente y su hijo dentro del contexto en el que se desenvuelven.

#### **3.2. Modalidad básica de la Investigación.**

Se trabajará con una modalidad mixta tanto de campo como bibliográfica, experimental, pues se investigarán a los hijos de madres adolescentes en su entorno, pudiendo observar la realidad de su situación, sus condiciones de vida y de manera especial se identificarán las alteraciones que pudieran estar presentando en cuanto a su crecimiento y desarrollo durante los 2 primeros años de vida. Al mismo tiempo se profundizará en el aspecto teórico de esta problemática basándose en criterios científicos de varios autores al igual que se revisarán estándares utilizados por el MSP para valorar a los niños. Para la realización de esta investigación se revisarán los programas y políticas de salud dirigidos hacia esta población y que están siendo utilizados en las áreas de trabajo.



### **3.3. Nivel o Tipo de Investigación.**

La investigación partirá de un nivel exploratorio que nos permita ubicar de manera correcta la situación objeto, para continuar en el nivel descriptivo en el que se comparará las diferentes problemáticas que se presenten en el estudio y finalmente se utilizará la asociación de variables donde busca identificar si la presencia de alteraciones o patologías en el desarrollo y crecimiento del niño tienen relación con el embarazo ocurrido en la adolescencia. Este tipo de investigación permite evaluar las variaciones de comportamiento de una variable en función de la otra.

La investigación será además de tipo transversal en cuanto se realizará en un espacio de tiempo limitado en donde se estudiarán a los hijos de madres adolescentes nacidos desde Junio 2012 a Noviembre del 2012 período en el cual los niños tendrán edades comprendidas entre 0 meses a 2 años, 6 meses.

### **3.4 Población y Muestra**

Se trabajará con el total de hijos de madres adolescentes, nacidos entre junio 2012 a noviembre del 2012 identificados gracias a los datos estadísticos obtenidos en el subcentro de salud de Río Negro, área de salud N<sup>0</sup>4 del MSP del cantón Baños de la Provincia de Tungurahua

#### **3.4.1 Población**

El universo de trabajo de investigación está constituido por el médico rural como el Jefe del Subcentro, Licenciada Rural en Enfermería, Sr. Auxiliar de Enfermería, Odontología, Licenciada en Enfermería de campo, Obstétrica, Epidemióloga. En la unidad de salud cuenta con aproximadamente 2500 historias clínicas de las cuales se han encontrado 9 casos de madres adolescentes.

### **Población incluyente**

- ✓ Madres adolescentes que hayan tenido a sus hijos hasta los 19 años de edad.
- ✓ Madres que pertenezcan al subcentro de salud de estudio.
- ✓ Niños de 0 a 2 años 6 meses de edad hasta el periodo de estudio

### **Población excluyente**

- ✓ Madres que no pertenezcan al subcentro de salud
- ✓ Madres que no colaboren con la recolección de información
- ✓ Madres que sufran de retraso mental y no puedan dar información
- ✓ Madres mayores de 19 años
- ✓ Niños mayores de 2 años 6 meses de edad.
- ✓ Hijos de madres adolescentes que hayan fallecido

### **3.4.2 Muestra**

El porcentaje de madres adolescentes es muy reducido por lo que la selección se ha hecho en base a la muestra no probabilística ya que la información recogida es a través del experto en este caso miembro del equipo de salud que labora en el lugar a investigar, el cual da a conocer 9 casos que existe en la comunidad.

### 3.5 Operacionalización de Variables

#### 3.5.1 Variable Independiente: Madres Adolescentes

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems Básico	Técnicas e Instrumentos
Se llama Madre Adolescente a quien ha tenido un hijo entre los 10 a 19 años.	Madre Adolescente	Maternidad	Edad de la menarquía	Observación  Ficha de recolección de datos.  Historias clínicas  Carnet de vacunas  Cuestionario
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10-13 años</li> <li>• 14-16 años</li> <li>• 17-19 años</li> </ul>	
			Edad del Inicio de relaciones sexuales	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10-13 años</li> <li>• 14-16 años</li> <li>• 17-19 años</li> </ul>	
			Número de gestas	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Gesta</li> <li>• 2 Gestas</li> <li>• 3 Gestas</li> </ul>	
			Complicaciones en el embarazo	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia</li> <li>• IVU</li> <li>• Vaginosis Bacteriana</li> </ul>	

### 3.5.2 Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del Niño de 0 a 2 años, 6 meses de edad.

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems Básico	Técnicas e Instrumentos
Proceso continuo que incluye cambios físicos, emocionales, personales, conducta de pensar y del lenguaje, a sí mismo el cambio en el desarrollo psicomotriz del niño	Proceso continuo	Controles médicos	<p>Esquema de vacunación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acorde a la edad</li> <li>• Retraso a la edad</li> </ul> <p>Enfermedades prevalentes de la infancia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IRA</li> <li>• EDA</li> <li>• Desnutrición</li> <li>• Todas</li> <li>• Ninguna</li> </ul>	<p>Observación</p> <p>Ficha de recolección de datos.</p> <p>Historias clínicas</p> <p>Carnet de vacunas</p>
	Cambios físicos	<p>Peso</p> <p>Talla</p> <p>Perímetro Cefálico</p>	<p>Percentil según índice P/E; T/E; PC/E:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt;97 Percentil</li> <li>• Entre 90-97 Percentil</li> <li>• Normal (10-90)</li> <li>• Entre 3-10 Percentil</li> <li>• &lt;3 percentil</li> </ul>	

		Desarrollo del test de Aldrich y Norval
	Desarrollo en los 12 primeros meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños Evaluados</li> <li>• Niños no Evaluados</li> </ul>
Desarrollo psicomotriz	Desarrollo de los 13 a 60 meses.	Desarrollo del test de Barrera-Moncada
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños Evaluados</li> <li>• Niños no Evaluados</li> </ul>
	Desarrollo de 0 a 60 meses	Desarrollo del test de Denver
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motor Grueso</li> <li>• Motor Fino Adaptado</li> <li>• Lenguaje</li> <li>• Personal Social</li> <li>• Sin Alteraciones</li> <li>• Niños no Evaluados</li> </ul>

### **3.6 Técnicas e Instrumentos.**

La Observación permitirá identificar el aspecto y salud general del infante, al igual que las condiciones ambientales que rodean al niño y a la madre. Como instrumento se utilizarán registros específicos en las fichas de recolección de datos, como son la Historia Clínica y el carné de salud de los infantes a fin de obtener información sobre medidas antropométricas y evolución de su crecimiento y desarrollo.

Las etapas por las que se desarrolló la investigación fueron

- Identificación del área de trabajo
- Aplicación de los instrumentos
- Tamizaje de la información

La cual permitirá recolectar información sobre el embarazo, factores protectores, factores agravantes, patologías pre y postnatales, lactancia, alimentación complementaria, vacunas, entre otros. Para valorar el desarrollo se utilizarán los test de Aldrish y Norval, Barrera-Moncado, Denver.

### **3.7 Plan de recolección de información**

El plan de recolección de la información permitirá alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar la hipótesis que se plantea sobre la influencia de las Madres Adolescentes en el Crecimiento y Desarrollo de sus hijos, en el SCS Río Negro del cantón Baños en el periodo Junio – Noviembre 2012 a través de técnicas como la observación y sus instrumentos como las fichas de recolección de datos a través de las historias clínicas y carnet de salud.

<b>Preguntas Básicas</b>	<b>Explicación</b>
¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar hipótesis.
¿De qué personas u objetos?	Madres Adolescentes. Hijos/as de madres adolescentes. Personal de salud del subcentro Río Negro del Cantón Baños de la Provincia Tungurahua.
¿Sobre qué aspectos?	Embarazo en adolescentes, madres adolescentes, crecimiento y desarrollo de los niños.
¿Quién-quienes?	Egresada de la Carrera de Enfermería
¿Cuándo?	Junio a Noviembre 2012.
¿Dónde?	Subcentro de Salud Río Negro
¿Cuántas veces?	Las veces necesarias
¿Qué técnica de redacción?	Métodos empíricos (observación, ficha de recolección)
¿Con qué?	Cuestionario, esfero, papel, lápiz.
¿En qué situación?	Accesible.

**Cuadro #2:** Plan de recolección de la información

**Elaborado por:** Diana Arias

El Proceso de Recolección tendrá las siguientes etapas:

- ✓ Prueba piloto de aplicación de los instrumentos.
- ✓ Aplicación de los instrumentos
- ✓ Limpieza de la información

### **3.8.- Procesamiento de la Información:**

Luego de la aplicación de la observación y recolección de la información a miembros del equipo de salud y de historias clínicas de las Madres Adolescentes y sus hijos; a través de la estadística descriptiva se tabularán los datos obteniendo resultados numéricos y se realizarán cuadros y gráficos con sus debidos análisis e interpretaciones de los diferentes aspectos que se investigará, para de este modo inferir las conclusiones que llevan a verificar la hipótesis planteada.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **4.1. Análisis de Aspectos Cuantitativos**

Realizada la recolección y tabulación de la información se procede a exponer los resultados a través del procesamiento tabular y estadístico analizar e interpretar la información recolectada, marco teórico, metodología estableciendo las conclusiones preliminares que será posteriormente sintetizada y jerarquizada en el capítulo V de las conclusiones y recomendaciones.

Las conclusiones obtenidas serán la pauta para el diseño de la propuesta.

Se realiza:

- Análisis e interpretación de la ficha de recolección de datos en las historias clínicas de las madres adolescentes en el SCS de Río Negro.
- Análisis e interpretación de la ficha de recolección de datos en las historias clínicas y fichas de carnet del niño hijos de Madres Adolescentes SCS de Río Negro.

#### **4.2 Madre Adolescente**

Para la obtención de la información se estudia datos de las madres adolescentes encontradas en el Subcentro del Río Negro por lo que se detalla los resultados obtenidos.



**TABLA N°1**

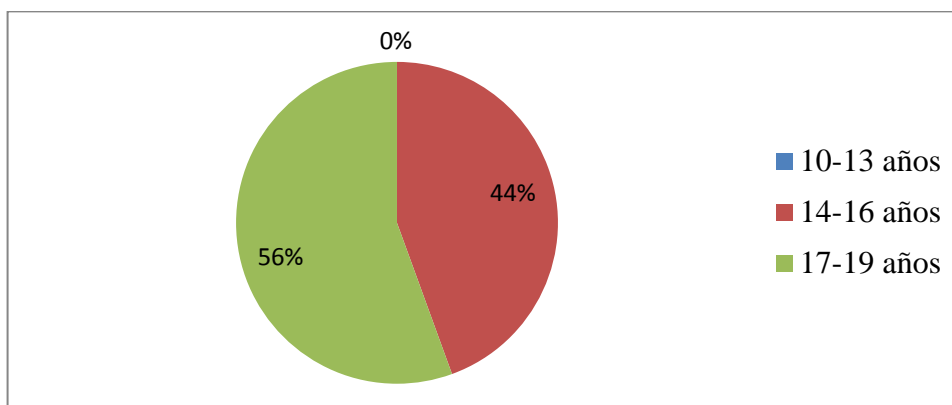
**INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES POR GRUPO ETÁREO DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**

<b>Grupo Etáreo</b>	<b>Madres Adolescentes</b>	<b>%</b>
10-13 años	0	0%
14-16 años	4	44%
17-19 años	5	56%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N°1**

**INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES POR GRUPO ETÁREO DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.**-La mayoría son Madres Adolescentes entre los 17 a 19 años de edad por lo que al tener este rango de edad favorece en el crecimiento y desarrollo del niño debido a que su organismo alcanzado parte de su madurez física; aunque puede aparecer cierta afectación en el aspecto psicológico.

**TABLA N°2**

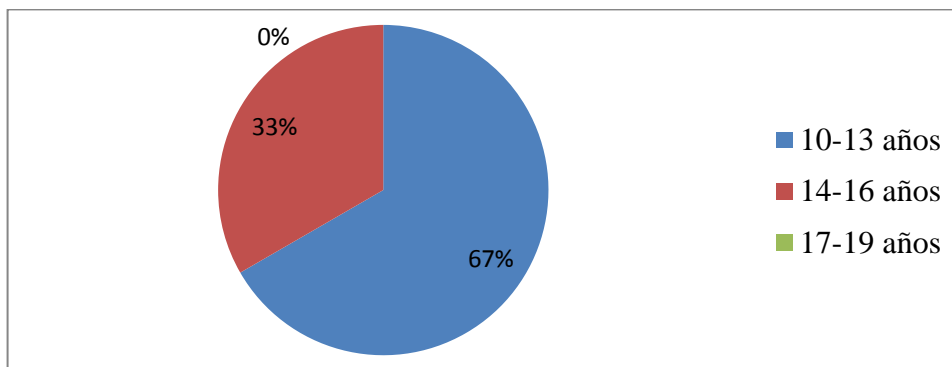
**EDAD DE LA MENARQUÍA EN LAS MADRES ADOLESCENTES DEL  
SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**

<b>Grupo Etáreo</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
10-13 años	6	67%
14-16 años	3	33%
17-19 años	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N°2**

**EDAD DE LA MENARQUÍA EN LAS MADRES ADOLESCENTES DEL  
SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** La menarquía en las Madres Adolescentes aparece entre los 10 a 13 años de edad en donde pueden iniciar su vida sexual reproductiva, teniendo presente que al pasar cinco años su ciclo reproductivo, es apto para procrear. Por lo que se debería implementar charlas sobre educación sexual para las adolescentes evitando embarazos a edades tempranas.

**TABLA N° 3**

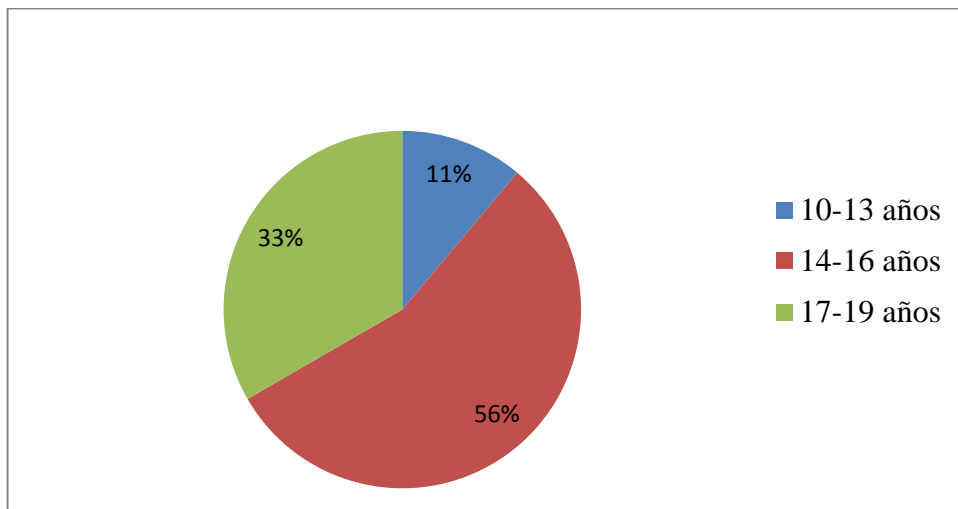
**EDAD DEL INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS MADRES ADOLESCENTE DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**

<b>Grupo Etáreo</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
10-13 años	1	11%
14-16 años	5	56%
17-19 años	3	33%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N° 3**

**EDAD DEL INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS MADRES ADOLESCENTE DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Las Madres Adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales precoces entre los 14 a 16 años de edad en donde aún no se ha completado el desarrollo fisiológico y anatómico del aparato reproductor, desafortunadamente, esta precocidad sexual se debe a la falta de información sobre educación sexual que les permita tomar decisiones con madurez y responsabilidad.

**TABLA N° 4**

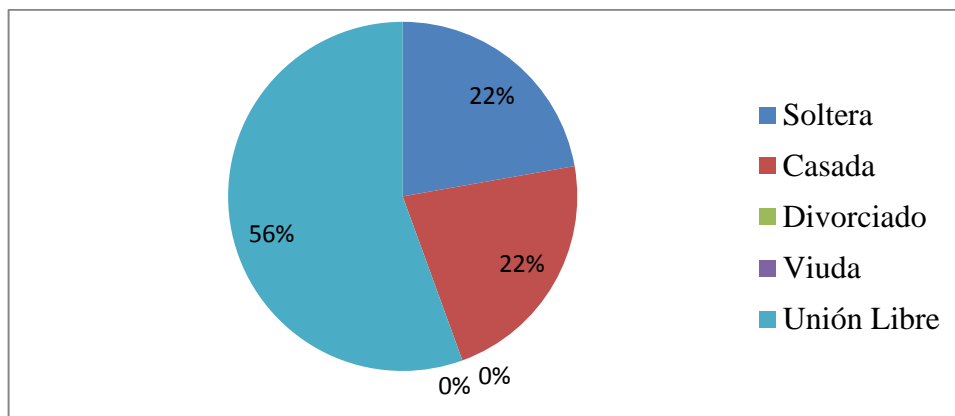
**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**

<b>Categoría</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Soltera	2	22%
Casada	2	22%
Divorciado	0	0%
Viuda	0	0%
Unión Libre	5	56%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N°4**

**ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Las Madres Adolescentes optan por Unión Libre ya que muchas se formalizan forzosamente; principalmente por las ideas equivocadas de sus padres, debido a que las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, muchas veces terminan siendo madres solteras trayendo consigo a que el niño nazca en una familia disfuncional, perjudicando la parte psicológica y por ende la maduración en el desarrollo del niño.

**TABLA N° 5**

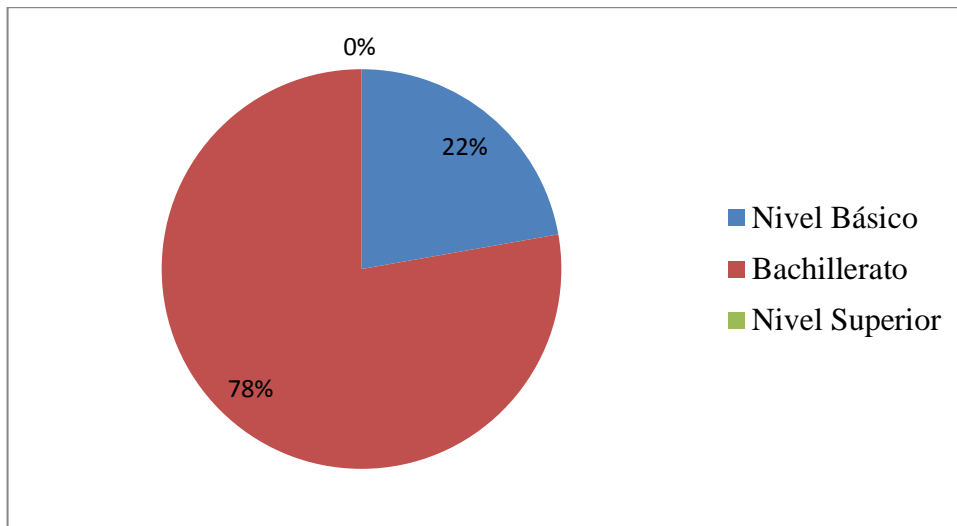
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL  
SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**

<b>Categoría</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Nivel Básico	2	22%
Bachillerato	7	78%
Nivel Superior	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N°5**

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL  
SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** En el grado de instrucción se encuentran en el nivel Bachillerato, algunas de ellas abandonaron sus estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras metas de llegar a ser profesional, dado que esto es un factor de riesgo para el niño ya que le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios socioeconómicos y tener conocimiento para la crianza adecuada de su hijo.

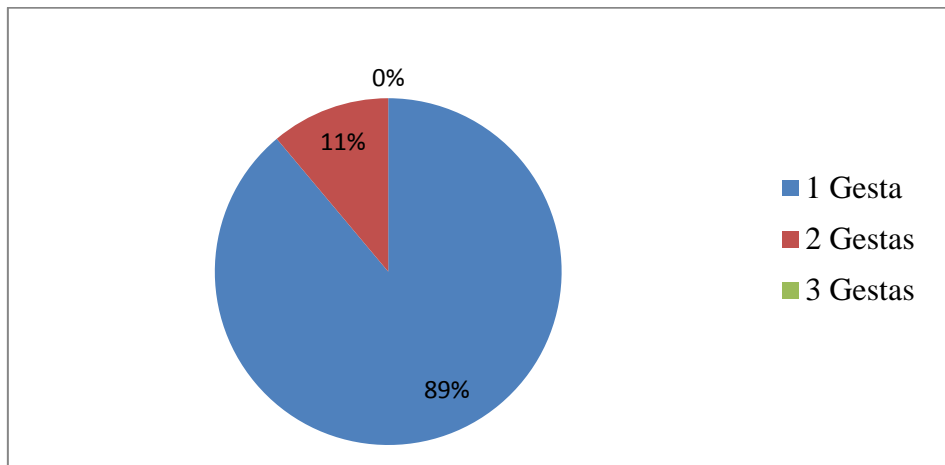
**TABLA N° 6**

**NÚMERO DE GESTAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL  
SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**

<b>Gestas</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
1 Gesta	8	89%
2 Gestas	1	11%
3 Gestas	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO N° 6**

**NÚMERO DE GESTAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL  
SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Las Madres Adolescentes en su mayoría tienen una sola gesta, esto se debe principalmente por el inicio precoz de relaciones sexuales, falta de información y como resultado un embarazo no planificado, por lo que es oportuno trabajar con las adolescentes concientizándolas y guiándolas hacia una sexualidad con responsabilidad.

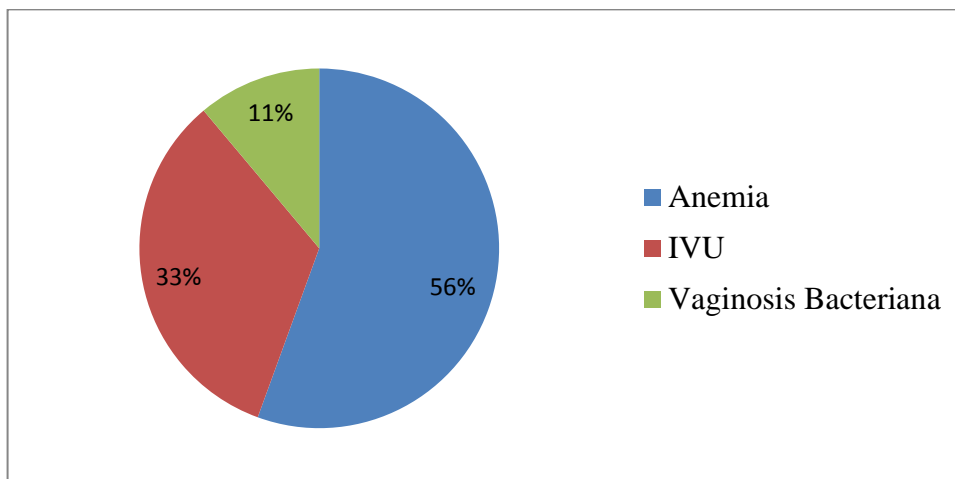
**TABLA N°7**  
**PATOLOGÍAS ASOCIADAS EN EL EMBARAZO DE LAS MADRES**  
**ADOLESCENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**

<b>Patología</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Anemia	5	56%
IVU	3	33%
Vaginosis Bacteriana	1	11%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro

Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N°7**  
**PATOLOGÍAS ASOCIADAS EN EL EMBARAZO DE LAS MADRES**  
**ADOLESCENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro

Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Se puede apreciar que las Madres Adolescentes fueron atendidas por la presencia de Anemia e Infecciones de vías urinarias y al no ser tratadas se han relacionado con otros factores de riesgo como es un parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y recién nacidos de bajo peso; que pueden complicar tanto en el embarazo como en el parto, contribuyendo a que exista alteración en el crecimiento y desarrollo del niño.

**TABLA N°8**

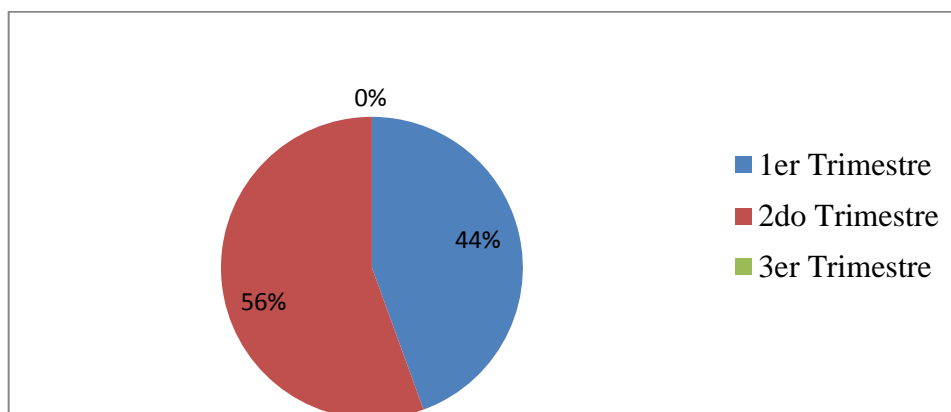
**EDAD GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL DE LAS MADRES  
ADOLESCENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD**

<b>Periodo</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
1er Trimestre	4	44%
2do Trimestre	5	56%
3er Trimestre	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N°8**

**EDAD GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL DE LAS MADRES  
ADOLESCENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** La Adolescente realiza su primer control en el segundo trimestre de su gestación, debido a que niegan su embarazo, ocultando la noticia a sus familiares; afectando así al crecimiento y desarrollo adecuado del niño ya que no se valora de forma completa su desarrollo durante el embarazo poniendo en riesgo a que se presente mortalidad materna-perinatal. Cabe mencionar que el control mínimo eficiente es de 5 controles durante su gestación.



**TABLA N° 9**

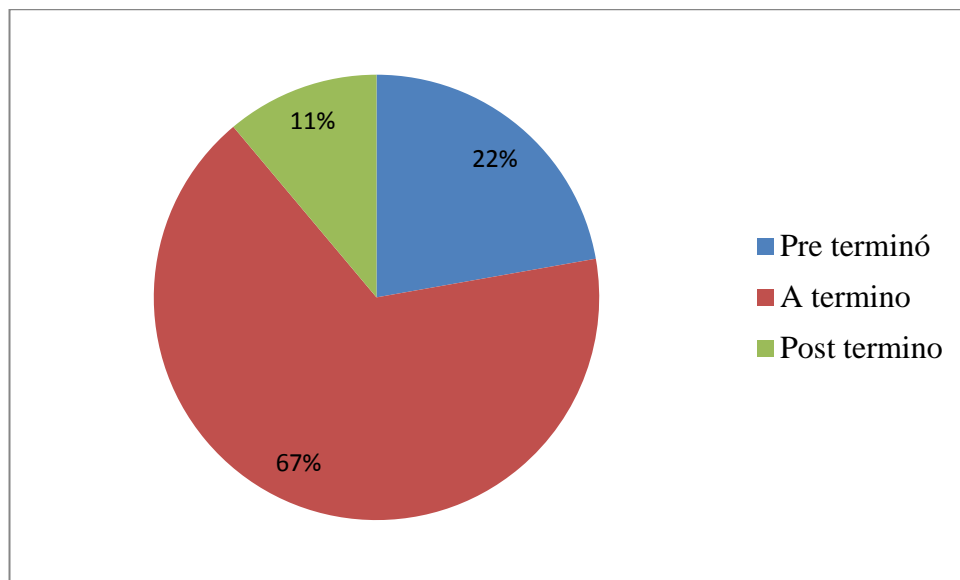
**EDAD GESTACIONAL DEL PARTO DE LA MADRE ADOLESCENTE**

<b>EDAD GESTACIONAL</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>%</b>
Pre término	2	22%
A término	6	67%
Post término	1	11%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N°9**

**EDAD GESTACIONAL DEL PARTO DE LA MADRE ADOLESCENTE**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLIS E INTERPRETACIÓN:** La edad gestacional del parto en su mayoría llegan a un parto a término lo que representa que el organismo fetal ha completado su desarrollo y maduración funcional, necesarios para su adaptación a la vida. De forma que el niño mantendrá un adecuado crecimiento y desarrollo acorde a la edad.

**TABLA N°10**

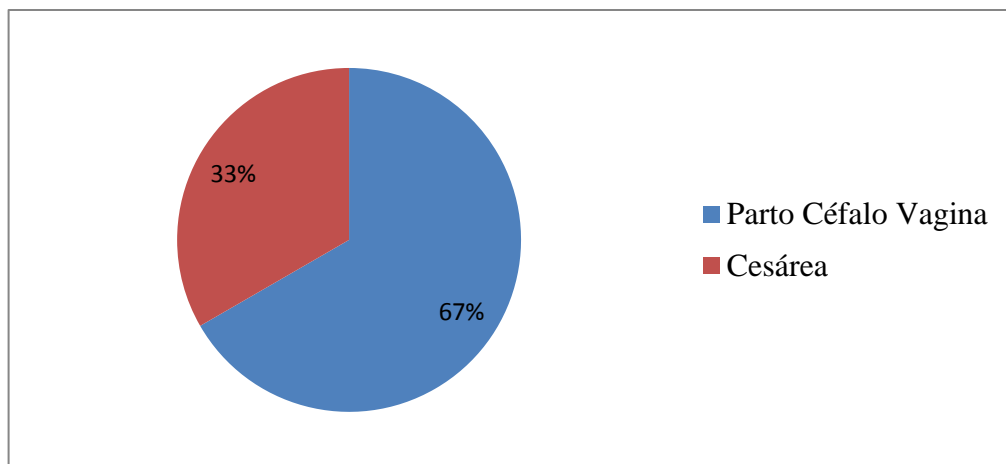
**TIPO DE PARTO DE LA MADRE ADOLESCENTE DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**

<b>Tipo de Parto</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Parto Céfalo Vaginal	6	67%
Cesárea	3	33%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N° 10**

**TIPO DE PARTO DE LA MADRE ADOLESCENTE DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Se aprecia que las Madres Adolescentes en cuanto al término de su embarazo es céfalo vaginal lo que beneficia al niño ya que mejora las condiciones de vida debido a que la oxigenación y circulación sanguínea favorecen al desarrollo, evitando complicaciones posteriores.

#### 4.2.1 Niños

**TABLA N°11**

PERCENTILES SEGÚN ÍNDICE P/E DE LOS NIÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO

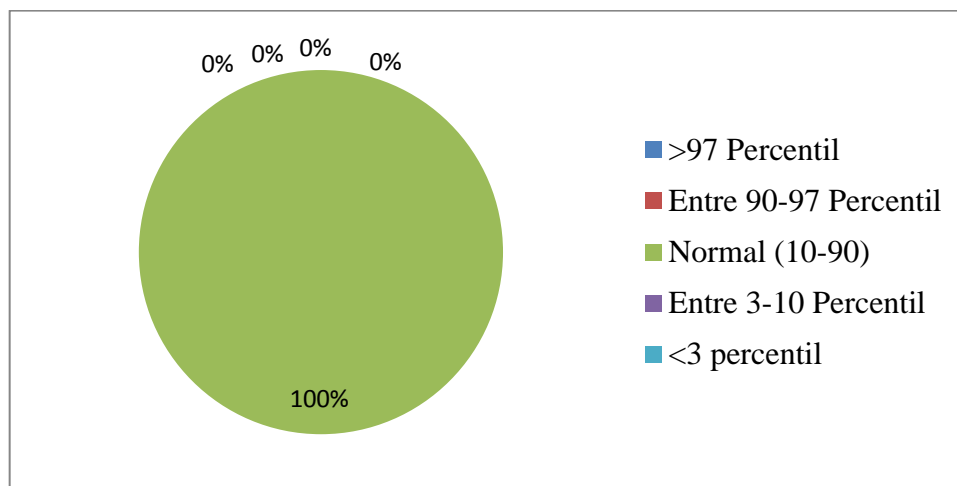
Percentil	Número	%
>97 Percentil	0	0%
Entre 90-97 Percentil	0	0%
Normal (10-90)	9	100%
Entre 3-10 Percentil	0	0%
<3 percentil	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro

Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N°11**

PERCENTILES SEGÚN ÍNDICE P/E DE LOS NIÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro

Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Los niños se encuentran dentro del percentil normal en cuanto al peso/edad lo que indica que no existe alteración alguna, por lo que la nutrición del niño es adecuada ya que una dieta sana y equilibrada da al niño todas las vitaminas y nutrientes necesarias; esto se contribuye gracias al cuidado por parte de la madre.

**TABLA N° 12**

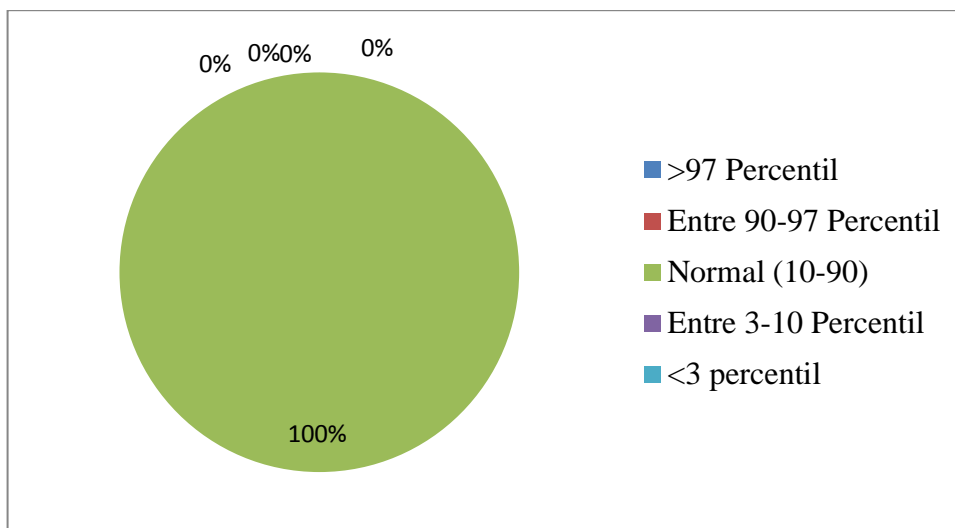
**PERCENTILES SEGÚN ÍNDICE T/EDE LOS NIÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**

<b>Percentil</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
>97 Percentil	0	0%
Entre 90-97 Percentil	0	0%
Normal (10-90)	9	100%
Entre 3-10 Percentil	0	0%
<3 percentil	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICON°12**

**PERCENTILES SEGÚN ÍNDICE T/EDE LOS NIÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Los 9 niños se encuentran dentro del percentil normal en cuanto a la talla/edad signo que se manifiesta como el buen crecimiento, descartando de esta manera que exista alteración en cuanto a su desarrollo.

**TABLA N°13**

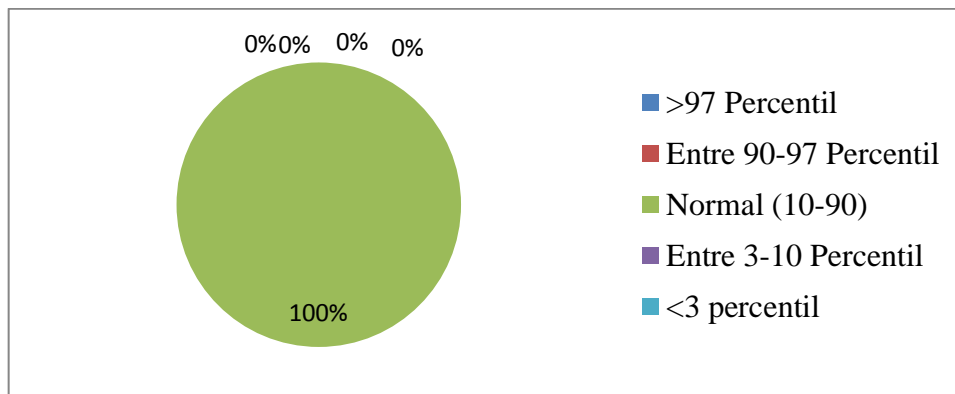
**PERCENTILES SEGÚN ÍNDICE PC/EDE LOS NIÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**

Percentil	Número	Porcentaje
>97 Percentil	0	0%
Entre 90-97 Percentil	0	0%
Normal (10-90)	9	100%
Entre 3-10 Percentil	0	0%
<3 percentil	0	0%
TOTAL	9	100%

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N°13**

**PERCENTILES SEGÚN ÍNDICE PC/EDE LOS NIÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** A través de la revisión de las historias clínicas se evidencia que los niños se encuentran dentro del percentil normal en cuanto al perímetro cefálico/edad ya que el tamaño de la cabeza refleja el desarrollo del cerebro y esta va medida hasta el cierre de las fontanelas; por lo que se evidencia en estos niños que no existe alteración en el aspecto neurológico, aunque al mencionar que, si el cerebro no se desarrolla normalmente puede aparecer en el niño retraso mental, daño neurológico, por lo que es importante realizar los controles médicos a tiempo.

**TABLA N°14**

**ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**

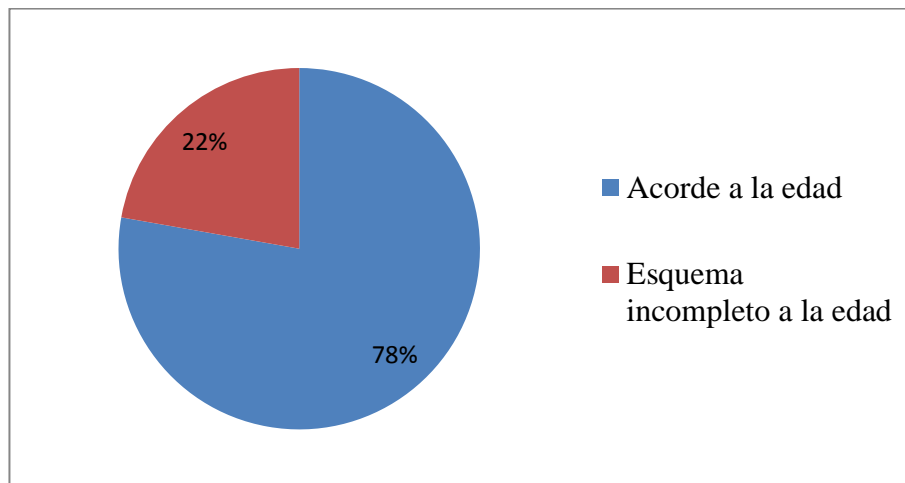
<b>Esquema de vacunación</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Acorde a la edad	7	78%
Esquema incompleto a la edad	2	22%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro

Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICON°14**

**ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro

Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Se puede apreciar que las Madres Adolescentes en su mayoría cumplen con el esquema de vacunación acorde a la edad de su hijo satisfactoriamente, beneficiando de esta manera a erradicar la enfermedad ya que al recibir una vacuna el cuerpo produce una respuesta que crea defensas ayudando a su crecimiento y desarrollo adecuado.

**TABLA N°15**

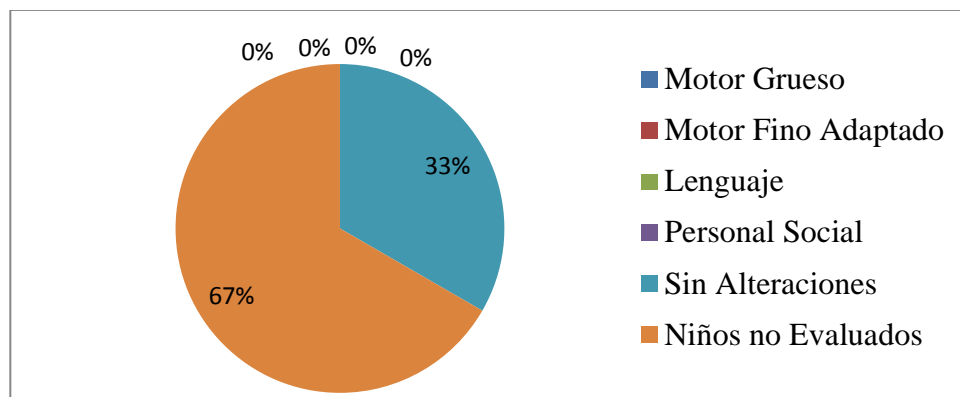
**DESARROLLO DEL TEST DE DENVERDE LOS NIÑOS DEL  
SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**

<b>Desarrollo Alteraciones</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Motor Grueso	0	0%
Motor Fino Adaptado	0	0%
Lenguaje	0	0%
Personal Social	0	0%
Sin Alteraciones	3	33%
Niños no Evaluados	6	67%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N°15**

**DESARROLLO DEL TEST DE DENVERDE LOS NIÑOS DEL  
SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Con las respuestas obtenidas se manifiesta que en la mayoría los niños no son evaluados a través del Test de Denver por parte del personal de salud. Limitando de esta manera a una evaluación oportuna para detectar problemas que se estén presentando en el niño, ya que al ser evaluados se valoran aspectos que se relacionan íntimamente en el desarrollo psicomotor, físico y cognitivo del niño.

**TABLA N°16**

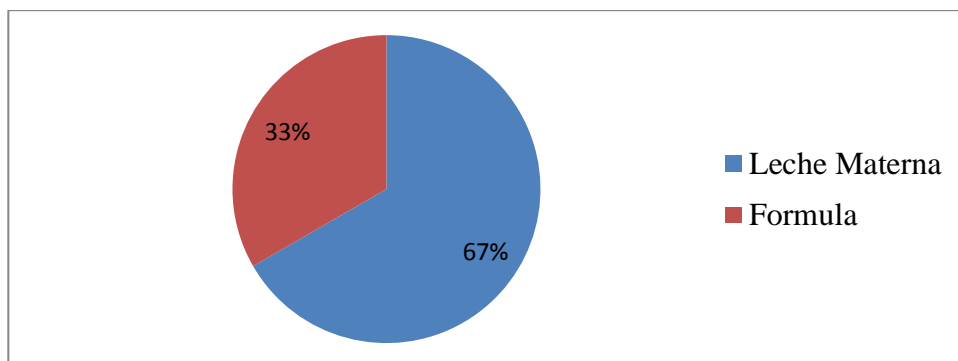
**NUTRICIÓN HASTA LOS 6 MESES DE LOS NIÑOS DEL SUBCENTRO  
DE SALUD RÍO NEGRO**

<b>Nutrición hasta los 6 meses</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
Leche Materna	6	67%
Formula	3	33%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N°16**

**NUTRICIÓN HASTA LOS 6 MESES DE LOS NIÑOS DEL SUBCENTRO  
DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** Las Madres Adolescentes mantienen la lactancia materna hasta los 6 meses de edad, punto favorable que beneficia al crecimiento y nutrición óptima para el niño, los bebés amamantados tienen menos problemas digestivos que los alimentados con leche artificial.



**TABLA N°17**

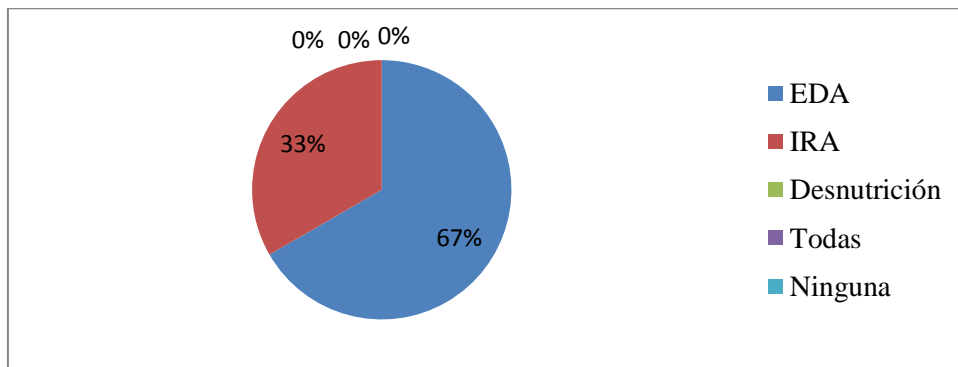
**ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIAD E LOS NIÑOS DEL  
SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**

<b>Enfermedad</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
EDA	6	67%
IRA	3	33%
Desnutrición	0	0%
Todas	0	0%
Ninguna	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**GRÁFICO N° 17**

**ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIAD E LOS NIÑOS DEL  
SUBCENTRO DE SALUD RÍO NEGRO**



Fuente: Historia Clínica del SCS Río Negro  
Elaborado por: Diana Arias

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.-** La EDA se manifiesta en mayor porcentaje en los niños. Esta enfermedad aparece principalmente por la implementación de alimentos mal preparados o alimentos chatarra lo que disminuye la defensa del sistema inmunitario; también por la falta de aseo, besos en la boca; hay que recordar que el sentido del tacto en los niños es la boca por lo que suelen llevarse los objetos hacia la misma, favoreciendo a que el niño presente esta enfermedad recurrentemente lo que provoca retardo en su desarrollo; la falla consiste en la falta de educación hacia la madre adolescente sobre cuidados del niño.

### **4.3. Comprobación de Hipótesis**

Al finalizar la interpretación de los datos investigados y con los resultados obtenidos de la revisión de las historias clínicas y el carnet de vacunas tanto de las Madres Adolescentes como de los hijos, en el subcentro de salud de la parroquia de Río Negro, se puede notar, que el ser madres adolescentes no incide en la presencia de alteraciones en cuanto al peso, talla y perímetro cefálico que se engloba en el crecimiento, los niños de 0 a 2 años 6 meses se encuentran dentro de los parámetros normales dados por el Ministerio de Salud Pública.

Sin embargo no se tiene registro de la evaluación del test de Denver ni de Barrera – Moncada, Aldrich y Norval en cuanto al desarrollo del niño; test elaborados y aplicados mediante el Ministerio de Salud Pública por lo que no se puede hablar de alguna alteración presente en la evaluación del niño, al igual que al investigar sobre el Test de Denver no presenta fallos significativos. Por lo que se rechaza la hipótesis planteada.

<b>ITEM</b>	<b>RESULTADO</b>
<b>MADRES ADOLESCENTES</b>	
<b>Incidencia de Madres Adolescentes</b>	El 44% tiene entre 14 a 16 años; y el 56% tienen entre 17 a 19 años.
<b>Menarquía</b>	El 67% entre los 10 a 13 años y el 33% entre los 14 a 16 años
<b>Edad inicio de relaciones sexuales</b>	El 11% entre los 10 a 13 años; 56% entre los 14 a 16 años; y el 33% entre los 17 a 19 años.
<b>Estado Civil</b>	El 22% son casadas; 22% son solteras y el 56% en unión libre.
<b>Grado de Instrucción</b>	El 22% nivel básico; el 78% nivel bachillerato.
<b>Número de Gestas</b>	El 89% una gesta y el 11% dos gestas.
<b>Patologías Asociadas en el Embarazo</b>	El 56% presenta anemia, el 33% IVU y el 11% Vaginosis Bacteriana.
<b>Edad Gestacional del primer control.</b>	El 44% al 1er trimestre y el 56% al 2do trimestre.
<b>Edad Gestacional del parto</b>	El 22% pre término; el 67% a término y el 11% post término.
<b>Tipo de parto</b>	El 67% parto céfalo vaginal y el 33% cesárea.
<b>NIÑOS/AS DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD</b>	
<b>Peso</b>	El 100% normal (10-90)
<b>Talla</b>	100% normal (10-90)
<b>Perímetro cefálico</b>	100% normal (10-90)
<b>Esquema de vacunación</b>	El 78% acorde a la edad y el 22% esquema incompleto a la edad.
<b>Desarrollo del test de Denver</b>	El 33% sin alteración y el 67% niños no evaluados.
<b>Nutrición hasta los 6 meses.</b>	El 67% leche materna y el 33% fórmula.
<b>Enfermedades prevalentes en la infancia</b>	El 67% IRA y el 33% EDA.

**Gráfico #6:** Verificación de la Hipótesis.

**Elaborado por:** Diana Arias

### 4.3.1 ESTADÍSTICO T-STUDENT

Para la comprobación de la hipótesis que señala que los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad, hijos de madres adolescentes del Subcentro de Salud de la Parroquia Río Negro, inciden en la presencia de alteraciones del Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, se utilizó el estadístico t-student (Parámetro utilizado en variables cuantitativas), al 5% de significancia.

#### 4.3.1.1 Peso

##### Hipótesis

**Hipótesis Nula  $H_0$ :** Los valores del Peso en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del Subcentro de salud de la Parroquia Río Negro, no difiere de los valores referenciales.

**Hipótesis Alternativa  $H_1$ :** Los valores del Peso en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del Subcentro de salud de la Parroquia Río Negro, difiere de los valores referenciales.

**Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales del Peso de los hijos de madres adolescentes de los Subcentro de salud de la Parroquia Río Negro del periodo Junio- Noviembre 2012**

<b>Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales</b>		
	<b>PESO INVESTIGADO</b>	<b>PESO REFERENCIAL</b>
Media	7,711111111	8,122222222
Varianza	0,873611111	0,891944444
Observaciones	9	9
Varianza agrupada	0,88277778	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	16	
Estadístico t	-0,92819618	
P(T<=t) una cola	0,18354881	
Valor crítico de t (una cola)	1,74588368	
P(T<=t) dos colas	0,36709762	
Valor crítico de t (dos colas)	2,1199053	

**Fuente:** Historias Clínicas de los niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes en el subcentro de salud Río Negro

**Elaborado por:** Diana Arias

## **Significancia**

NS: 0,05

GL: 16

## **Resultado**

La Ho se acepta ya que los datos analizados sobre el peso de los niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes desde 0 a 2 años 6 meses de edad, se encuentran dentro de los valores referenciales.

### **4.3.2 Talla**

#### **Hipótesis**

**Hipótesis NulaHo:** Los valores de la Talla en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del Subcentro de salud de la Parroquia Río Negro, no difiere de los valores referenciales.

**Hipótesis Alternativa H1:** Los valores de la Talla en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del Subcentro de salud de la Parroquia Río Negro, difiere de los valores referenciales.

**Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales de la Talla de los hijos de madres adolescentes de los Subcentro de salud de la Parroquia Rio Negro del periodo Junio- Noviembre 2012**

<b>Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales</b>		
	<b>TALLA INVESTIGADA</b>	<b>TALLA REFERENCIAL</b>
Media	68,2555556	69,3555556
Varianza	17,5402778	18,8877778
Observaciones	9	9
Varianza agrupada	18,2140278	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	16	
Estadístico t	-0,54675901	
P(T<=t) una cola	0,29604431	
Valor crítico de t (una cola)	1,74588368	
P(T<=t) dos colas	0,59208861	
Valor crítico de t (dos colas)	2,1199053	

**Fuente:** Historias Clínicas de los niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes en el subcentro de salud Río Negro

**Elaborado por:** Diana Arias

### **Significancia**

**NS:** 0,05

**GL:** 16

### **Resultado**

La  $H_0$  se acepta ya que los datos analizados sobre la talla tanto en niños como niñas, hijos/as de madres adolescentes desde 0 a 2 años 6 meses de edad, se encuentran dentro de los valores referenciales.

#### **4.3.3 Perímetro Cefálico**

##### **Hipótesis**

**Hipótesis Nula  $H_0$ :** Los valores del Perímetro Cefálico en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del Subcentro de salud de la Parroquia Río Negro, no difiere de los valores referenciales.

**Hipótesis Alternativa H1:** Los valores del Perímetro Cefálico en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del Subcentro de salud de la Parroquia Río Negro, difiere de los valores referenciales.

**Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales del Perímetro Cefálico de los hijos de madres adolescentes de los Subcentro de salud de la Parroquia Rio Negro del periodo Junio- Noviembre 2012.**

<b>Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales</b>		
	<b>PC INVESTIGADO</b>	<b>PC REFERENCIAL</b>
Media	43,0111111	43,5
Varianza	2,41861111	2,2225
Observaciones	9	9
Varianza agrupada	2,32055556	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	16	
Estadístico t	-0,6808014	
P(T<=t) una cola	0,25286552	
Valor crítico de t (una cola)	1,74588368	
P(T<=t) dos colas	0,50573105	
Valor crítico de t (dos colas)	2,1199053	

**Fuente:** Historias Clínicas de los niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes en el subcentro de salud Río Negro

**Elaborado por:** Diana Arias

## **Resultado**

La Ho se acepta ya que los datos analizados sobre el Perímetro Cefálico en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes desde 0 a 2 años 6 meses de edad, se encuentran dentro de los valores referenciales.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

- Se determina que dentro del grupo existe un inicio precoz de relaciones sexuales, las cuales inician a partir de los 14 años conjuntamente con un embarazo temprano ya que la mayoría empieza su menarquía entre los 10 a 13 años.
- El grado de instrucción de la mayoría es decir del 78% tiene un nivel de preparación de bachillerato, el estado civil se da por unión libre que puede ser como resultado del embarazo lo cual forma hogares no fortalecidos.
- El número de controles prenatales es insuficiente relacionado con la edad gestacional, lo cual a su condición de Madres Adolescentes puede acentuar las posibles complicaciones retrasando la detección oportuna y tratamiento adecuado de los mismos perjudicando de esta manera la salud del niño.
- En este estudio se puede evidenciar que no existe alteraciones en los hijos de las Madres Adolescentes, exceptuando que en la evaluación del desarrollo es muy limitada la información, ya que existe una sola evaluación a los 2 meses y posterior a ello no se conoce el proceso del desarrollo, pero es notorio la poca educación en salud y la poca importancia de las madres en los cuidados primordiales del niño, añadido a esto es importante recalcar el papel del personal de salud en la valoración y su importancia en el control del infante.



## **RECOMENDACIONES**

- Elaborar un manual que contenga indicaciones sobre aspectos importantes y de fácil práctica, sobre el adecuado control prenatal dirigida especialmente a las madres adolescentes que acuden al SCS de Salud
- En cuanto al desarrollo y crecimiento de los niños brindareducación sobre el control prenatal de las madres adolescentes, y cuidados básicos del recién nacido entre ellos la lactancia materna, controles médicos conjuntamente con la aplicación del esquema de vacunación.
- Recordar al personal de salud sobre la evaluación del desarrollo psicomotriz del niño desde cero a 6 años según los test utilizados por el Ministerio de Salud Pública, principalmente el Test de Denver esquema específico para la valoración exacta del niño.
- Mediante la propuesta planteada los futuros investigadores realicen un seguimiento tanto en el subcentro de salud como en el domicilio, para identificar posibles factores de alto riesgo que involucren la salud de la madre y del niño, de la misma manera impartan aprendizaje exacta y acorde a la situación que se presente en el crecimiento y desarrollo del hijo de una madre adolescente.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 Datos Informativos**

##### **6.1.1 Título**

Manual práctico que ayude a mejorar, el adecuado control prenatal de las Madres Adolescentes, el cuidado básico del recién nacido y el desarrollo psicomotriz del niño de 0 a 2 años 6 meses en el subcentro de salud del Rio Negro del cantón Baños.

##### **6.1.2 Institución Ejecutora**

Universidad Técnica de Ambato

Facultad Ciencias de la Salud

Carrera Enfermería

SCS Río Negro del cantón Baños

##### **6.1.3 Beneficiarios**

Autoridades del Subcentro de Salud

Estudiantes de la Carrera de Enfermería

Profesionales de Salud

Madres Adolescentes de la Parroquia Río Negro

**6.1.4 Ubicación:**

El Subcentro de Salud del Río Negro se encuentra:

Provincia: Tungurahua

Cantón: Baños

Parroquia: Río Negro

**6.1.5 Tiempo estimado para la Ejecución:**

60 Días.

**6.1.6 Inicio:** 02 Diciembre del 2012                      **Fin** – 02 de Febrero del 2013

**6.1.7 Equipo Técnico Responsable:**

Tutor: Lic. Maristela Guadalupe Constante Arias.

Investigadora: Diana Carolina Arias Morales.

Autoridades del Subcentro.

Equipo de Salud

Madres Adolescentes

**6.1.7 Costos:**

El costo para el investigador es de 250,00

## **6.2 Antecedentes de la Propuesta**

A través de esta investigación se ha podido evidenciar la falta en la calidad de los controles prenatales por parte de las Madres Adolescentes y la valoración oportuna del desarrollo psicomotriz por parte del personal de salud, al no encontrarse manuales establecidos durante y después del embarazo y atención adecuada para el niño/a, se propone diseñar un manual que incentiven una labor de calidad y calidez hacia los controles prenatales, alimentación, esquema de vacunación para las madres adolescentes y por otra parte que facilite una valoración oportuna del desarrollo psicomotriz del niño/a dirigido hacia el personal de salud.

## **6.3 Justificación**

Se realiza esta propuesta, ya que los problemas encontrados tienen un gran impacto en la sociedad como son: inadecuado control prenatal y deficiente valoración psicomotriz del niño. Al realizar un manual se logrará en su mayoría fomentar mayor responsabilidad en las madres adolescentes durante sus controles prenatales, evitando de esta manera; que existan alteraciones en los niños recién nacidos o complicaciones posteriores. De igual manera se busca el interés por parte del personal de salud para la valoración oportuna, basándose en los test de desarrollo establecidos por el MSP.

Es importante porque a través de este manual se podrá orientar de mejor manera una atención adecuada por parte del personal y mayor responsabilidad por parte de las Madres Adolescentes evitando de esta forma complicaciones posteriores de los niños, brindando atención oportuna y de calidad.

Es factible la ejecución de la propuesta porque se plantea información adecuada, actualizada y específica que las Madres Adolescentes pueden realizar sin ningún inconveniente y fácil de aplicarlo, al igual se recalca la valoración adecuada por parte del personal de salud principalmente en el desarrollo psicomotriz aplicando

los test acorde a la edad del niño. Además se dispone de los recursos materiales, humanos y financieros para la realización.

#### **6.4 Objetivos**

##### **General:**

Elaborar un Manual práctico que ayude a mejorar el debido control prenatal de las madres adolescentes, cuidados básicos del niño; y el desarrollo psicomotriz de 0 a 2 años 6 meses de edad en el subcentro de salud del Rio Negro del cantón Baños

##### **Específicos:**

Detallar un Manual de indicaciones primarias y específicas para Madres Adolescentes

Establecer información adecuada para ser aplicada con facilidad.

Favorecer la prevención oportuna de complicaciones posteriores en el niño después del nacimiento.

#### **6.5 Análisis de Factibilidad**

##### **6.5.1.- Factibilidad Operativa**

Se cuenta con el respaldo de la Universidad Técnica de Ambato mediante el programa de vinculación con la colectividad, y los permisos enviados a cada subcentro de salud para facilitarnos el acceso de ciertos documentos para nuestro trabajo investigativo

### **6.5.2.- Factibilidad Política**

Se aportará con un manual completo sobre información específica de los controles prenatales y cuidados principales en los niños/as dirigido hacia las Madres Adolescentes y por otra parte la valoración psicomotriz al niño por parte del personal de salud; por lo que es factible realizarlo debido a que se encuentra información bibliográfica sobre el tema de investigación.

### **6.5.3.- Factibilidad Socio Cultural**

En cuanto se habla de lo sociocultural la información a entregarse es de gran beneficio puesto que son puntos claves para un buen desempeño en educación de salud al mismo tiempo en aclarar dudas sobre el cuidado del recién nacido, esta información es plenamente dirigida para las madres adolescentes como también al personal de salud para enriquecer aún más su conocimiento sobre la valoración psicomotriz al niño.

### **6.5.4.- Factibilidad Económica**

El presupuesto que demanda la propuesta está en condiciones para asumir el gasto que esta representa como: recursos humanos, materiales y económicos como entre ellos computadora, flash memory, papel esferos etc.

### **6.5.5.- Factibilidad Legal**

En el CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA se describe según el artículo 27.

**Art. 27.- Derecho a la salud.-** Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

- 1) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable.
- 2) Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten.

- 3) Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten.
- 4) Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados.
- 5) Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente.

## **6.6 Fundamentación Científica**

**Manual.-** El manual presenta sistemas y técnicas específicas. Señala el procedimiento a seguir para lograr el trabajo de todo el personal o de cualquier otro grupo de trabajo que desempeña responsabilidades específicas además contiene información válida y clasificada. Graham Kellog.

### **Tipos de Manuales**

#### **Por su contenido.**

Manual de Historia.- Su propósito es proporcionar información histórica sobre el organismo

Manual de Organización.- Su propósito es exponer en forma detallada la estructura organizacional formal.

Manual de Políticas.- Consiste en una descripción detallada de los lineamientos a ser seguidos en la toma de decisiones para el logro de los objetivos

Manual de Procedimientos.- Es la expresión analítica de los procedimientos a través de los cuales se canaliza la actividad

#### **Por su Función Específica.**

Manual de Producción.- Consiste en abarcar la necesidad de interpretar las instrucciones

Manual de Compras.- El proceso de comprar debe estar por escrito; consiste en definir el alcance de compras.

Manual de Ventas.- Consiste en señalar los aspectos esenciales del trabajo y las rutinas de información comprendidas

### **Ventajas**

- a) Es una fuente permanente de información sobre el trabajo a ejecutar.
- b) Ayudan a institucionalizar y hacer efectivo los objetivos, las políticas, los procedimientos, las funciones, las normas.
- c) Aseguran continuidad y coherencia en los procedimientos y normas a través del tiempo.
- d) Son instrumentos útiles en la capacitación del personal.

### **Desventajas**

- a) El costo de producción y actualización puede ser alto.
- b) Si no se actualiza periódicamente, pierde efectividad.





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA ENFERMERÍA**

**VI SEMINARIO DE GRADUACIÓN**

**Título** “Manual práctico para el debido control prenatal de las madres adolescentes, cuidados básicos del niño y el desarrollo psicomotriz del niño de 0 a 2 años 6 meses.”

**Autora:** Diana Arias

**Tutora:** LicMaristela Constante.

**Ambato 2013**

**“MANUAL PRÁCTICO PARA EL DEBIDO CONTROL PRENATAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES, CUIDADOS BÁSICOS DEL NIÑO Y EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES.”**

**Introducción.-** El siguiente manual contiene dos partes una que va dirigida hacia las madres adolescentes en donde se explica el debido control prenatal, la nutrición durante el embarazo, además el cuidado específico con los niños; en la cual estará información precisa para ponerla en práctica y lo que se debe realizar para evitar complicaciones posteriores. La siguiente parte va dirigida hacia el personal de salud en especial para el médico de la unidad ya que en cada control realizado del niño se debe valorar el desarrollo psicomotriz del mismo especialmente utilizando el Test de Denver para una valoración oportuna.

**Objetivo:** Concientizar a las Madres adolescentes al cumplimiento de atención médica adecuado para el desarrollo y crecimiento del niño.

# TOMO I

## MADRES ADOLESCENTES

“Los ojos son para mirar, las manos para coger, la cabeza para pensar y el corazón para amar.” (Joan Amades)

### CONTROLES PRENATALES

Según el Ministerio de Salud Pública, el cuidado al



desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal

y propicia una adecuada atención del parto, asegura condiciones favorables de salud en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita. Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal

## ÍNDICE

### TOMO I

#### MADRES ADOLESCENTES

- **Controles prenatales**
- **Nutrición durante el embarazo**
- **Alimentos que se deben evitar**
- **Cuidados primordiales del niño de 0 a 2 años 6 meses**
- **Controles médicos del niño**
- **Vacunación**
- **Lactancia materna**

### TOMO II

#### PERSONAL DE SALUD

- **Test de Denver**
- **Características**
- **Administración del test**
- **Estructura**
- **Evaluación**
- **Interpretación**

profesional de salud calificado (médico u obstetrix) durante el período del embarazo.

- El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas (cinco meses).
- Y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera:
  - Uno entre las 22 y 27 semanas (6 meses)
  - Uno entre las 28 y 33 semanas (7 y 8 meses)
  - Uno entre las 34 y 37 semanas (9 meses)
  - Uno entre las 38 y 40 semanas.



No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

### **NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO**



En los controles médicos prenatales se prescribe hierro y ácido fólico estos medicamentos son financiados por el presupuesto de Maternidad

Gratuita y en otras ocasiones es donado por organizaciones

internacionales y entregado directamente a las Direcciones Provinciales.

La mayoría de las mujeres embarazadas necesitan incrementar las proteínas que toman, ciertas vitaminas como el ácido fólico y minerales como el hierro, y comer algunas calorías extra para tener más energía.

Desde la primera consulta y en cualquier momento del embarazo, se les entregan tabletas mensuales, una tableta diaria. La falta de ácido fólico se ha relacionado con defectos del tubo neural como la espina bífida

**Contenido:**

Hierro elemental 100 mg.

Ácido fólico 350 microgramos



Los alimentos principales que se deben consumir en general son, cereales, verduras, hortalizas, frutas y legumbres. Además, estos alimentos proporcionan múltiples vitaminas y minerales necesarios para el correcto desarrollo fetal y para la salud de la madre. Las ensaladas, las frutas y zumos naturales y los cereales deben formar parte del día a día.

- **Los cereales:** El arroz, el pan, las galletas o la pasta y en general todos los cereales conviene que sean integrales mejor que refinados, ya que los refinados contienen mucha menos fibra. Trigo, avena, centeno, cebada. Cuidado con los cereales industriales para desayuno, que suelen contener un alto nivel de azúcar y grasas saturadas.

- **Las verduras y hortalizas:** En ensalada o en comidas cada día: se recomienda el consumo de cualquiera, excepto de las que producen flatulencia (como col, coliflor, pimiento, pepino,



rábanos, cebolla). Las que contienen más fibra son: espinacas, acelgas, puré de papas, zanahoria, espárrago, el tomate, la remolacha roja y el aguacate (estos 3 últimos además con alto contenido en ácido fólico).

- **Las frutas frescas y desecadas.**- Varias piezas al día: higos y ciruelas pasas (con un alto contenido) kiwi, pera, manzana, albaricoque, mango, manzana, naranja, plátano (además rico en potasio).

- **Frutos secos:** Almendras, nueces (además muy ricas en Omega-3). Al igual que en el caso de los cereales, descartaremos aquellos frutos secos que, preparados industrialmente, se presentan azucarados, con miel o sal.

- **Las legumbres:** Frejoles blancas, guisantes y habas secos (con alto contenido), garbanzos, lentejas. A la hora de cocinarlas, mejor no acompañarlas de los embutidos típicos.

## **ALIMENTOS QUE SE DEBE EVITAR**

- **El ceviche, los quesos blandos y otros alimentos**

Hay ciertas bacterias que crecen con facilidad en los alimentos que no están cocinados. Estas bacterias pueden causar una enfermedad llamada listeriosis, que es peligrosa para el bebé. Por ejemplo, el ceviche y el marisco crudo (incluyendo las ostras y el sushi no cocinado), la leche que no esté pasteurizada o los quesos blandos, como el queso fresco, panela de hoja y asadero, pueden contener estas bacterias que pueden afectar al bebé

Beber alcohol, aunque sea solamente un vaso de vino con la comida, tampoco es recomendable. El alcohol tiene consecuencias serias para la salud del bebé (defectos físicos, problemas de aprendizaje y problemas emocionales). Por eso, muchos médicos recomiendan abstenerse del alcohol durante todo el embarazo.

La cafeína es también algo con lo que hay que ser prudente. Si le gusta mucho el café, intentar tomar sólo un par de tacitas al

día, y asegurarse de que no esté muy cargado, o de que sea descafeinado. Algunos estudios sugieren que las mujeres que consumen más de 200 miligramos (0,2 gramos) de cafeína al día (lo que equivale a 0,35 litros) tienen más probabilidad de tener un aborto que una mujer que no consume cafeína. Algunos casos en los que el bebé nace con bajo peso o incluso nace sin vida, se han vinculado a las grandes cantidades de cafeína que consumen durante el embarazo.

Pero hay que recordar que la cafeína no está sólo en el café. También está en el té, las sodas, el chocolate y en algunas bebidas



- **No hacer dieta durante el embarazo**

Hacer dietas de adelgazamiento durante el embarazo no es recomendable para el desarrollo del bebé ni para la salud de la madre. Muchas de las dietas para perder peso no tienen suficiente hierro, ácido fólico u otras importantes vitaminas y minerales.

- **Aumentar de peso gradualmente**

En general se debe intentar aumentar entre 25 y 35 libras (11 y 16 kg) si se comienza el embarazo con el peso recomendado. Si estaba por debajo del peso normal al quedarse embarazada, puede aumentar un poquito más, entre 28 y 40 libras (13 y 18 kg).

Y si tenía sobrepeso al comienzo del embarazo, debe intentar poner unas poquitas libras menos, entre 15 y 25 libras (7 y 11 kg). Si padecía obesidad antes de quedar embarazada, se recomienda no subir más de 15 libras (7 kg). Según la [lincografía <http://espanol.babycenter.com/a600058/siete-reglas-para-comer-bien-durante-el-embarazo#ixzz2LgUUOvfN>](http://espanol.babycenter.com/a600058/siete-reglas-para-comer-bien-durante-el-embarazo#ixzz2LgUUOvfN)

## CUIDADOS PRIMORDIALES DEL NIÑO DE CERO A DOS AÑOS SEIS MESES

“Dios te puso a un ser humano a cargo y eres tú mismo. A ti debes hacerte libre y feliz. Después podrás compartir la vida verdadera con los demás”(Facundo Cabral)

### CONTROLES MÉDICOS DEL NIÑO



El control del recién nacido es la oportunidad continua para la aplicación y fortalecimiento de las acciones iniciadas en el neonato, como la toma de peso al nacer o en los primeros 7 días. Este proceso de vigilancia debe

asegurar al niño, especialmente durante los primeros dos años de vida, la posibilidad real de ganar el peso apropiado para su edad y mantener un estado nutricional saludable. La lactancia materna exitosa, la introducción apropiada de otros alimentos, la suplementación con micronutrientes, la vacunación, la prevención contra enfermedades comunes como la diarrea y

las infecciones respiratorias agudas (IRA), que son causas detonantes del proceso de desnutrición, así como el estímulo psicomotor y afectivo, son elementos claves que deben ser promovidos y garantizados a todo niño. Según las normas del MSP, el primer control debe realizarse durante el transcurso del primer mes de vida y mantenerse periódicamente hasta cumplir los 5 años de edad

➤ Los controles deberán ser:

- 2 controles en el primer mes de vida
- 1 control por mes hasta los 6 meses de vida
- Controles en el segundo semestre de vida:
  - 9 meses
  - 1 año
  - 15 meses
  - 18 meses
  - 2 años
  - 3 años
  - Cada año hasta cumplir los 21 años.



➤ Siempre que realice un control al niño hay que tener presente lo siguiente.-

- Cartilla o Libreta de Vacunación
- Llevar escritas todas las dudas para que la consulta sea completamente provechosa.
- Preguntar qué hacer en caso de presencia de dolor o

fiebre de reciente inicio ya que eso permitirá manejar esos signos y síntomas por ejemplo durante la madrugada. También consultar sobre prevención de accidentes según la edad del niño.



➤ **Sobre el niño**

- El niño debe ir correctamente aseado
- Evitar el uso de vestimenta que dificulte o retrase el sacarla o vestir al niño, realmente retarda la atención de niños donde el vestir o desvestir insume demasiado

tiempo (recuerde que hay otros niños aguardando en la sala de espera)

- Evitar el consumo de alimentos antes de ingresar a la consulta, eso impide observar bien la boca y garganta del niño, y aumenta el riesgo de vómitos durante la atención.

- No hacer comentarios (falsamente graciosos) al niño como "el doctor te va a poner una inyección si te portas mal", lo único que se consiguen con estos métodos es intimidar al niño y dificultar la buena relación con el doctor. No asuste al niño, conténgalo, háblele de lo importante de ir al doctor, de los problemas de estar enfermo y de lo mucho que se aprende en la visita al médico.

- Las consultas más lindas son las que el niño participa reconociendo lo que el doctor está haciendo. Eso aleja los miedos del niño, y favorece su atención.

➤ **Sobre los padres**

- Es importante que los padres concurren a la consulta con serenidad, no sirve de mucho que la ansiedad



supere al entendimiento ya que muchas veces el estar ansioso impide comprender las indicaciones que el doctor le dará.

- Solicite las indicaciones por escrito por parte del profesional (en general siempre se dan de esa manera las indicaciones en las consultas tradicionales)
- Mantenga un dialogo franco y ameno con el doctor de su hijo. No exija soluciones mágicas o instantáneas, recuerde que todo proceso, y más los que reflejan una enfermedad, tienen que cumplir con sus tiempos, con su historia natural de desarrollo. Recuerde que si su hijo presenta un cuadro de enfermedad es probable que necesite una nueva evaluación dentro de los pocos días de ser examinado para determinar si la evolución fue acorde a lo esperado o descartar la presencia de complicaciones que pueden surgir a pesar de recibir un tratamiento adecuado previamente. No viva eso como una incomodidad, vívalo como una necesidad.
- La visita al Pediatra debe ser un momento de aprendizaje, de comprensión y de afecto. Nada más

lindo para un Pediatra que los niños y sus padres reconozcan su labor y su esfuerzo. Zona Pediátrica Red Social 3.0 Visitando al Pediatra Jueves, 26 de Marzo de 2009

## VACUNACIÓN



Desde el nacimiento y hasta los 14 y 16 años de edad, todos los niños deben vacunarse, para evitar padecer determinadas enfermedades, así como sus consecuencias y complicaciones.

Las vacunas son productos biológicos que sirven para prevenir enfermedades infecciosas cuando el organismo desarrolla defensas específicas contra ellas. Para enseñar al

sistema inmunológico a defenderse, la vacuna contiene, en general, parte del microorganismo causante de la enfermedad o el germen entero, pero muerto o debilitado

- **Cómo funcionan las vacunas en el organismo del niño**

Una vez que el organismo ha producido anticuerpos contra los gérmenes modificados que contiene, estos anticuerpos protegerán frente a los gérmenes verdaderos causantes de la



enfermedad, destruyéndolos y haciendo que no aparezca la enfermedad. Esta forma de reaccionar, proporciona inmunidad ante futuros encuentros con el microorganismo agresor, que desencadenará de nuevo

la producción de anticuerpos defensores. La vacunación es una de las medidas más eficaces para la prevención de las enfermedades. La vacunación debe ser controlada por el

médico o pediatra. La primera vacunación infantil se aplica en el centro sanitario. Allí recibirá su primera dosis de la vacuna contra la BCG. A partir de esta fecha, las vacunaciones se irán administrando a los 2 meses de edad, a los 4 meses, 6 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses.

- **El tiempo de protección de las vacunas**

La mayoría de las vacunas con una o varias dosis protegen del padecimiento de la enfermedad para toda la vida. Otras como el tétanos y la difteria, necesitan dosis de refuerzo para recuperar la protección adecuada.

- **Reacción que producen las vacunas**

Como cualquier medicamento, algunas vacunas pueden producir alguna reacción en el niño. Las más frecuentes son de tipo local, y se refieren al dolor, inflamación o enrojecimiento en el lugar de la inyección. En algunos casos, puede aparecer un poco de fiebre, normalmente moderada.

- **Enfermedad que previene la vacuna**

**Neumococo  
conjugada**

Neumonía, Meningitis,  
Otitis **DPT**

Difteria,  
Tosferina,

Tétanos

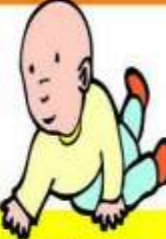
**VACUNAS QUE PREVIENEN**

**LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES**

<b>VACUNA</b>	<b>ENFERMEDAD</b>	<b>VACUNA</b>	<b>ENFERMEDAD</b>
<b>A</b>			
<b>BCG</b>	Meningitis  Tuberculosa	<b>SRP</b>	Sarampión,  Rubeola y  Parotiditis (paperas)
<b>Rotavirus</b>	Diarrea por rotavirus	<b>Varicela.</b>	Varicela
<b>OPV</b>	Poliomielitis  (Parálisis Flácida aguda)	<b>FA</b>	Fiebre Amarilla
<b>Pentavalente</b>	Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis y Neumonía por HaemophilusInfluenzae tipo b	<b>SR</b>	Sarampión y  Rubeola

# El ABC de las Vacunas

**¡VACÚNALO YA!**  
Para que crezca sanito



<b>BCG:</b> Vacuna contra las formas graves de tuberculosis	<b>DT:</b> Vacuna contra la difteria y el tétanos
<b>HVB:</b> Vacuna contra el virus de la Hepatitis B	<b>ROTAVIRUS:</b> Vacuna contra el rotavirus, la causa más común de diarrea severa en niños menores de 1 año.
<b>APO:</b> Vacuna oral contra la poliomielitis (Antipolio)	<b>SPR:</b> Vacuna contra el sarampión, paperas y rubeola
<b>Pentavalente:</b> Vacuna contra la difteria, tos convulsiva, tétanos, Haemophilus Influenzae B, Hepatitis B.	<b>AMA:</b> Vacuna Antiamarilla, contra la fiebre amarilla
<b>Hib:</b> Vacuna contra la bacteria de Haemophilus Influenzae tipo B, principal causa de la meningitis bacteriana	<b>SR:</b> Vacuna contra el sarampión y la rubéola
<b>Neumococo:</b> Vacuna contra el neumococo, causante más común de las neumonías en menores de 1 año	<b>DPT:</b> Vacuna contra la difteria, tos convulsiva y tétanos
	<b>Influenza:</b> Vacuna contra el virus de la Influenza estacional (Gripe)

“Da tu primer paso ahora. No es necesario que veas el camino completo, pero da tu primer paso. El resto irá apareciendo a medida que camines” (Martin Luther, Jr.)

## LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.

La OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida.



La lactancia natural es una forma sin similitud de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del

proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutrientes en calidad y cantidades adecuadas. Los niños amamantados tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños que reciben mamadera. Se ha observado que los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor y mejor capacidad de aprendizaje.

También se ha demostrado que niños prematuros alimentados con leche materna tienen un coeficiente intelectual, medido a los ocho años, significativamente

superior a los que no recibieron leche materna. Favorecer la lactancia significa, además, ahorro de recursos para los servicios de salud por concepto de fórmulas, biberones y personal. La menor incidencia de enfermedades del lactante determina menor gasto de recursos en hospitalización, medicamentos y atención profesional.

Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

### **Recomendaciones:**

- La lactancia materna se inicie en la primera hora de vida
- El lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua
- La lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche
- No utilizar biberones, tetinas, ni chupetes

## PERSONAL DE SALUD

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa.”(Mahatma Gandhi)

### TEST DE DENVER

#### Desarrollo:

Fue diseñada con el objetivo de obtener un método simple que pudiera detectar precozmente, retrasos en el desarrollo psicomotor a fin de poder brindar, si es necesario, atención médica, rehabilitaría y educativa al niño/a. Dicha prueba se administra con facilidad y rapidez y se presta para realizar evaluaciones en una misma hoja de prueba.

#### Características:

1. Es una prueba para niños/as de 0-6 años.
2. Es un método de simple aplicación.

3. Permite conocer la concordancia entre la edad cronológica y el desarrollo adquirido por el niño/a.

4. Está constituida por 105 actividades. Las actividades están organizadas en cuatro áreas.

#### Administración del test:

1. Establecer una relación adecuada con la madre y/o acompañante y con el niño/a mismo, que pueda facilitar su aplicación.
  - El examinador traza una línea (línea de edad) sobre la hoja de la prueba que una la edad del niño en ambas escalas.
  - Colocar en la parte superior de la línea trazada el nombre del examinador con la fecha de la evaluación.
  - Debe evaluar todas aquellas tareas que sean atravesadas por la línea de edad o bien que estén ligeramente atrás de ésta si antes no han sido evaluadas.



2. El examinador debe seleccionar con anticipación que actividades corresponde evaluar en el niño/a, para poder preparar anticipadamente los materiales que utilizara en la aplicación del test.

3. Es conveniente tratar de observar todo lo que el niño puede hacer en vez de pasar por reporte.

4. Comenzar con las actividades que ya el niño/a domine para tratar de darle seguridad.

5. Explicarle a los padres que esta no es una prueba de Inteligencia, por tanto no necesariamente el niño debe hacer bien todo lo que se le pide

## **Estructura:**

### **1.-Área de Coordinación:**

Evalúa las habilidades que ha desarrollado en sus manos es decir, la coordinación viso manual o vasomotora para alcanzar y manipular los objetos, habilidades motoras para resolver problemas, etc.



### **2.-Área Motora:**



Evalúa las habilidades que ha desarrollado en la coordinación de movimientos más complejos, es decir, del tono y la locomoción. Ejemplo: Posición sentado, de cubito ventral, de pie, en marcha, forma de aproximarse a los objetos.

### 3.- Área Personal Social:



Evalúa las habilidades que ha desarrollado a nivel social, es decir en el contacto y relaciones con los que le rodean. Ejemplo: Sonríe espontáneamente,

atiende con interés, temor a los extraños, etc.

### 4.- Área de Lenguaje:

Explora habilidades para hablar y comprender orientaciones de voz, expresiones faciales, mímicas, etc. La comunicación visible-audible: pásame eso, entonación del llanto, balbuceos, etc.



### Evaluación:





- Se toman los datos generales del niño/a, especificando su fecha de nacimiento, edad en años, meses y días exactos.

- Si nació pre-término (antes de 37 semanas) resto cada semana de prematuridad al total de la edad.

- Los niños/as de:

- ✓ 0 a 8 meses.....iniciar de 0 mes.
- ✓ 8 m. a 2 años.....iniciar 6 meses antes.
- ✓ 2 años a 6.....iniciar 1 año antes.

- Se valora progresivamente hasta que falle 3 veces en el área que se está evaluando.

- Antes de puntuar cada ítem darle 3 oportunidades al niño/a.

- LA PUNTUACION: se indica con el espacio en blanco de la barra.

- ✓ P-----Puede ejecutar.

- ✓ F-----Falló no pudo ejecutar.

- ✓ NO-----No ha experimentado la actividad, ejemplo: pedalea triciclo.

- ✓ R-----Rechazó ejecutar la actividad.

- Un retraso está indicado por cualquier actividad en la que se falla, es decir no la pudo realizar, ya sea por falta de deseo, incapacidad de responder (factores influyentes: patológicos y/o culturales.)

- El NO se toma como en cuenta solo para indicar fallas en un área.

- R indicado por negativa a ejecución de la actividad.

- Al final de la evaluación también es importante preguntar a los encargados si el comportamiento fue típico.

- Anotar observaciones al reverso de la hoja de respuesta sobre la conducta o actitud del niño/a, la relación con los padres, concentración, estado de salud.

## Interpretación:

### ANORMAL:

- ✓ 1.- Uno o dos retrasos en 2 o más áreas.
- ✓ 2.- Dos o más retrasos en un o más áreas.

### DUDOSO:

- ✓ 1.- Dos o más retrasos en un área.
- ✓ 2.- Un retraso en uno o más áreas.

NORMAL: Cualquier conducta no incluida.

No COOPERA: Cuando por alguna razón no logramos aplicar la prueba.

“Si el diagnóstico es anormal, más que brindárselo con esta categoría a los encargados del niño/a, es importante hacerles ver la necesidad de que deben insertarlo a un programa de atención temprana, rehabilitación y prevención.”

## BIBLIOGRAFÍA

- Despertad (2011) “como criar hijos responsables” Revista ¡Despertad!. Modificada en Octubre 2011. Disponible: [http://issuu.com/jahaz-el/docs/despertad\\_octubre\\_2011](http://issuu.com/jahaz-el/docs/despertad_octubre_2011)
- Gonzales. C. (2007). Revista Tu canal de alimentación en las Adolescentes Embarazadas. Revisada en Marzo del 2011. Disponible en: <http://espanol.babycenter.com/a600058/siete-reglas-para-comer-bien-durante-el-embarazo#ixzz2LgUUOvfN>.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2009). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Publicado junio 2009. Disponible en

<<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>>

- Zona Peditrica (2009). Red Social 3.0 Visitando al Peditra. Modificado el, 26 de Marzo de 2009. Disponible: <http://www.zonapeditrica.com/bebe-zona/visitando-al-peditra.html>

## 6.7 Modelo operativo

Fases	Etapas	Meta	Actividades	Presupuesto	Responsable
<b>Planificación</b>	1. Recolectar información científica sobre los temas a tratar.	Obtener información confiable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Búsqueda de la información en libros e internet.</li> <li>➤ Estudio del tema.</li> </ul>		
	2. Elaboración y recolección del material didáctico.	Disponer del material didáctico en su totalidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Plantear el bosquejo del manual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Material de escritorio: 70\$</li> <li>➤ Material Didáctico: 70\$</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Srta. Diana Arias.</li> <li>➤ Autoridades de la comunidad Rio Negro.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Impresiones</li> <li>➤ Elaboración de un manual para la exposición sobre los temas relacionados con las madres adolescentes y el personal de salud.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar el material comprensible.</li> </ul>		
	3. Socialización de la propuesta a las autoridades del Subcentro de Salud y autoridades de la comunidad.	Aceptación de la propuesta por parte de los beneficiarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Convocar al personal de salud y a las autoridades de las comunidades y socializar la propuesta.</li> </ul>		
4. Establecer el lugar adecuado para entregar el manual.	Lugar aprobado por el equipo de salud y las autoridades de las comunidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enviar una solicitud para la adquisición del sitio adecuado.</li> <li>➤ Enviar un</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Material de escritorio: 70\$</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Srta. Diana</li> </ul>	

	5. Convocatoria a las madres adolescentes a través de las autoridades de la comunidad.	El comunicado llega al mayor porcentaje de madres de las madres.	comunicado a través de las autoridades. ➤ Entrega de volantes con la invitación para la reunión.	➤ Material Didáctico: 70\$ Transporte: 60\$	Arias. ➤ Autoridades de la comunidad Rio Negro.
<b>Ejecución</b>	1. Dinámica de socialización para la bienvenida.	Las madres socializan y se integran en el grupo de trabajo	➤ Preparar una dinámica (dinámica de presentación)		Personal del subcentro de El Rio Negro
	2. Presentación y socialización de la entrega del manual para las madres adolescentes y el personal de salud.	Concientizar a las madres y al personal sobre los temas tratados.	➤ Explicación de los temas planteados.		
	3. Demostración del manual.	El taller es asimilado por las madres adolescentes.	➤ Ejecución del manual propuesto		
	4. Entrega del manual a las madres adolescentes y al personal de salud.	Entregar el material de apoyo al total de madres que asisten a las charlas.	➤ Donar los manuales entre las madres adolescentes que asisten y al personal de salud.		
<b>Evaluación</b>	1. Socialización de los temas tratados por parte de las madres adolescentes	Las madres explican de forma clara y sencilla los temas expuestos.	➤ Incentivar para que las madres socialicen los temas tratados.	➤ Material de escritorio: 70\$ ➤ Material Didáctico: 70\$	➤ Srta. Diana Arias.

2. Preguntas abiertas sobre los temas tratados. Las madres responden las preguntas planteadas.

➤ Elaborarun cuestionariosencil lo.

Transporte: 60\$

➤ Autoridades de la comunidad Rio Negro.

Personal del subcentro de El Rio Negro

### **Cuadro #9:** Modelo Operativo

**Elaborado por:** Diana Arias

## **6.8 Administración de la Propuesta**

### **6.8.1 Unidad Operativa**

La unidad operativa para la realización de esta propuesta es la Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud a través de la Coordinadora y las Estudiantes del VI Seminario de Graduación de la Carrera de Enfermería en el Subcentro de El Rio Negro y la colaboración de las autoridades de los sectores beneficiados; para efectos de la evaluación se tomará en cuenta la unidad de salud de dicha comunidad perteneciente al Área de Salud 4 del Ministerio de Salud Pública del Cantón Baños, Provincia de Tungurahua, tomando en cuenta al personal que ahí labora.

### **6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta**

Para efectos del monitoreo y evaluación de la propuesta se considerará lo previsto en el plan operativo, se analizará los resultados arrojados de esta técnica y se tomará en cuenta las respectivas sugerencias para modificar o mantener la propuesta.

## Plan de Monitoreo y Evaluación

- 1.- ¿Qué evaluar?
  - Nutrición durante el embarazo
  - Control prenatal
  - Cuidados del niño
  - Desarrollo del test de Denver
2. - ¿Por qué evaluar?
  - Se evaluará para comprobar la eficacia de la propuesta y arrojará aspectos importantes que aportaran al cambio o mantenimiento de la misma.
  - Comprobar los conocimientos adquiridos.
3. - ¿Para qué evaluar?
  - Detectar las dudas sobre los temas tratados.
  - Identificar aspectos importantes de los temas tratados.
  - Información de los cuidados prenatales y cuidados básicos del niño.
  - Claridad del Test de Denver.
  - La investigadora (Diana Arias)
4. -Indicadores.
5. - ¿Quién evalúa?
  - Luego de la ejecución del manual.
6. - ¿Cuándo evaluar?
7. - ¿Cómo evaluar?
  - Dinámica con preguntas claras, sencillas y abiertas.
  - Práctica realizada según las indicaciones en el manual
  - Continuo control del test de Denver
  - Manual entregado en la charla.
  - Expositora de los temas.
  - Cuestionario con preguntas abiertas.
  - Autoevaluaciones.
8. - Fuentes de Información.
9. - ¿Con qué evaluar?

**Cuadro #10:** Plan de Monitoreo y Evaluación

**Elaborado por:** Diana Arias



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 1.- BIBLIOGRAFÍA

- Alberbandura, J. (2008). “Psicología social de la educación” Barcelona: Hender sa.
- Cruces, H. (2007). “Patrón de ablactación durante el primer año de vida en lactantes de 12 a 18 meses” Pediatría. Guadalajara: Progreso SA
- Etchart, C. (2008). “Psicología social de la educación” Barcelona: Hender sa.
- García, T. (2007). “Control y pruebas de detección del desarrollo en lactantes y niños pequeños”. Pediatrics Madrid-Barcelona: Ergon, S.A
- Lippincot, W. (2008). “Pediatría Médica” Mexico: Trillas. 1ª Ed.
- López, M., Flores, L. y Roche, C. (2008). “Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones”. La Habana: Molinos Trade
- Näslund, E. y Binstock, G. (2011). Banco Interamericano de Desarrollo- Junio Mexico: Promxes.
- Ordóñez, J. y Oviedo, N. (2007). El Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social, “Fecundidad en el Ecuador” volumen 13. Ecuador. Editores SN
- Pérez, G. (2007). Psiquiatría, Forense, Sexología y Praxis,( vol. 5, Nº 3). España: Elso
- Ulanowicz, M., Parra, K. y Wendler, G. (2007). Riesgos en el embarazo adolescente. (VIª Cátedra de Medicina). Bogotá: Rev. Chil.
- Valdivia, C. (2008). “La Familia”. España-Bilboa: Editorial Elso
- Vásquez, E. (2008). “Nutrición en niños: recomendaciones, alergias y deficiencias”. México: DF Medigrap.

## 2.- LINKOGRAFÍA

- Adolescencia-Wikipedia (2008), la enciclopedia libre. Modificado 15 de noviembre del 2012. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>.
- Azpiazu. B. (2010). El mayor apoyo en la adolescencia: la amistad. Encuentro educativo. Revista de Enseñanza y Educación. 2010 enero . Disponible en: <http://www.encuentroeducativo.com/revista/wp-content/uploads/numero-5-deee.pdf#page=28>.
- Laurini T. Diario Hoy. (2008). Adolescencia y Sexualidad. Publicado el 01 de Agosto del 2008. Disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html>
- Galárraga. A. (2011). Madres Adolescentes. Actualizado el 26 de diciembre del 2011. Disponible en: [Http://suite 101.net/article/madres-adolescentes-en-ecuador](http://suite101.net/article/madres-adolescentes-en-ecuador).
- Gonzales. C. (2007). Revista Tu canal de alimentación en las Adolescentes Embarazadas. Revisada en Marzo del 2011. Disponible en: <http://espanol.babycenter.com/a600058/siete-reglas-para-comer-bien-durante-el-embarazo#ixzz2LgUUOvfN>
- Guerra. M. (2012). Sexualidad en la Adolescencia. Publicado martes 26 de junio del 2012. Disponible en: [http://www.ecured.cu/index.php/Sexualidad\\_en\\_la\\_Adolescencia](http://www.ecured.cu/index.php/Sexualidad_en_la_Adolescencia)
- Inec. Estadísticas (2010). Instituto Nacional de Estadística y Censos. Actualizado en el 2011. Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2009). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Publicado junio 2009. Disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>.

### 3. CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS U.T.A

- SCIELO: Hernández, A.; Payán, E; Monroy, O. Rev. biol.trop 59(3): 1285-1294, ILUS, TAB. 2011 Sep.
- SCIELO: Macias, I.; Gordillo, G.; Camacho, R., Rev. chil. nutr. 39(3): 40-43, ND. 2012 Sep.
- SCIELO: Macmillan, N. Rev. chil. nutr. 32(3): 232-237, ILUS. 2005 Dec.
- SCIELO: Nava, C.; Pérez, A.; Herrera, A.; Hernández, A. Rev. chil. nutr. 38(3): 301-312, ILUS, TAB. 2011 Sep
- SCIELO: Rodríguez, M.; Novalbos, J.; Villagran, S.; Martínez, M.; Lechuga, L. Rev Esp. Salud Publica 86(5): 483-494, TAB. 2012 Oct.

## **ANEXOS**

### **Anexo #1: Ficha de Recolección de Datos**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA ENFERMERÍA**

#### **Ficha de recolección de datos en las Historias Clínicas de las Madres Adolescentes**

**Objetivo:** Recolectar información sobre el crecimiento y desarrollo del niño/a

#### **Contenido**

##### **1. Incidencia de Madres Adolescentes por Grupo Etéreo**

- a) 10-13 años ( )
- b) 14-16 años ( )
- c) 17-19 años ( )

##### **2. Edad de la Menarquía**

- a) 10-13 años ( )
- b) 14-16 años ( )
- c) 17-19 años ( )

##### **3. Edad del Inicio de Relaciones Sexuales**

- a) 10-13 años ( )
- b) 14-16 años ( )
- c) 17-19 años ( )

##### **4. Estado Civil**

- a) Soltera ( )
- b) Casada ( )
- c) Divorciada ( )
- d) Viuda ( )
- e) Unión Libre ( )

**5. Grado de Instrucción**

- a) Nivel Básico ( )
- b) Bachillerato ( )
- c) Nivel Superior ( )

**6. Número de gestas**

- a) 1 Gesta ( )
- b) 2 Gesta ( )
- c) 3 Gesta ( )

**7. Número de Controles Prenatales**

- a) 1 Control ( )
- b) 2 Controles ( )
- c) 3 Controles ( )
- d) 4 Controles ( )
- e) 5 Controles ( )
- f) 6 Controles ( )
- g) 7 Controles ( )
- h) 8 Controles ( )
- i) 9 Controles ( )

**8. Complicaciones en el Embarazo**

- a) Anemia ( )
- b) IVU ( )
- c) Vaginosis Bacteriana ( )

**9. Edad Gestacional del primer control**

- a) 1er Trimestre ( )
- b) 2do Trimestre ( )
- c) 3er Trimestre ( )

**10. Tipo de parto**

- a) Parto céfalo vaginal ( )
- b) Cesárea ( )

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA ENFERMERÍA**

**Ficha de recolección de datos en las Historias Clínicas y Carnet de Vacunación de los niños/as.**

**Objetivo:** Recolectar información sobre el crecimiento y desarrollo del niño/a

**Contenido:**

**1. Percentiles según índice peso/edad**

- a) >97 Percentil ( )
- b) Entre 90-97 Percentil ( )
- c) Normal (10-90) ( )
- d) Entre 3-10 Percentil ( )
- e) < 3 percentil ( )

**2. Percentiles según índice talla/edad**

- a) >97 Percentil ( )
- b) Entre 90-97 Percentil ( )
- c) Normal (10-90) ( )
- d) Entre 3-10 Percentil ( )
- e) < 3 percentil ( )

**3. Percentiles según índice perímetro cefálico/edad**

- a) >97 Percentil ( )
- b) Entre 90-97 Percentil ( )
- c) Normal (10-90) ( )
- d) Entre 3-10 Percentil ( )
- e) < 3 percentil ( )

**4. Esquema de Vacunación**

- a) Acorde a la edad ( )
- b) Retrasado a la edad ( )

**5. Alteraciones en el Desarrollo del Test de Denver**

- a) Motor Grueso ( )
- b) Motor Fino Adaptado ( )
- c) Lenguaje ( )
- d) Personal Social ( )
- e) Sin Alteraciones ( )
- f) Niños no evaluados ( )

**6. Nutrición hasta los 6 meses**

- a) Leche materna ( )
- b) Fórmula ( )

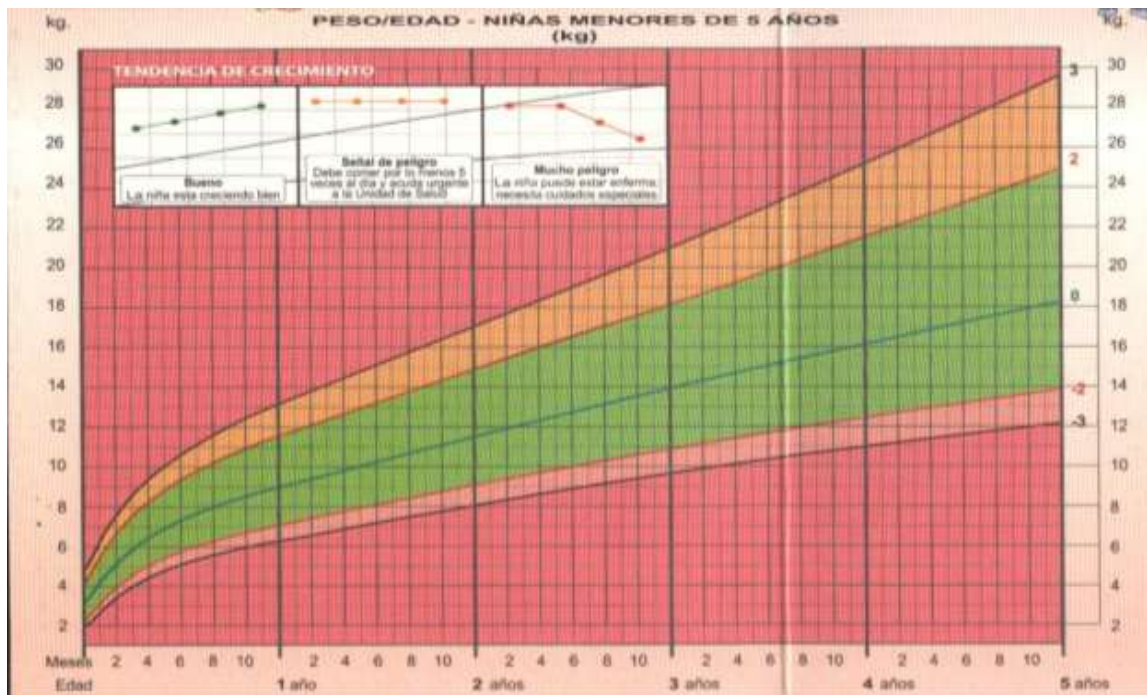
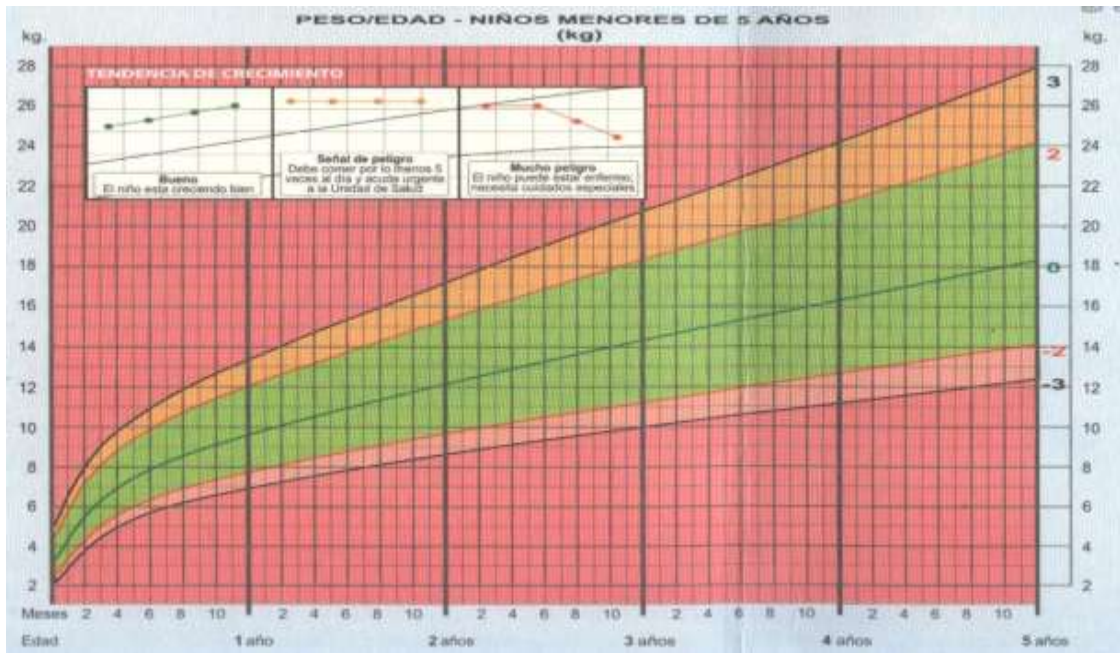
**7. Nutrición complementaria**

- a) Antes de los 6 meses ( )
- b) Después de los 6 meses ( )

**8. Enfermedades prevalentes de la infancia**

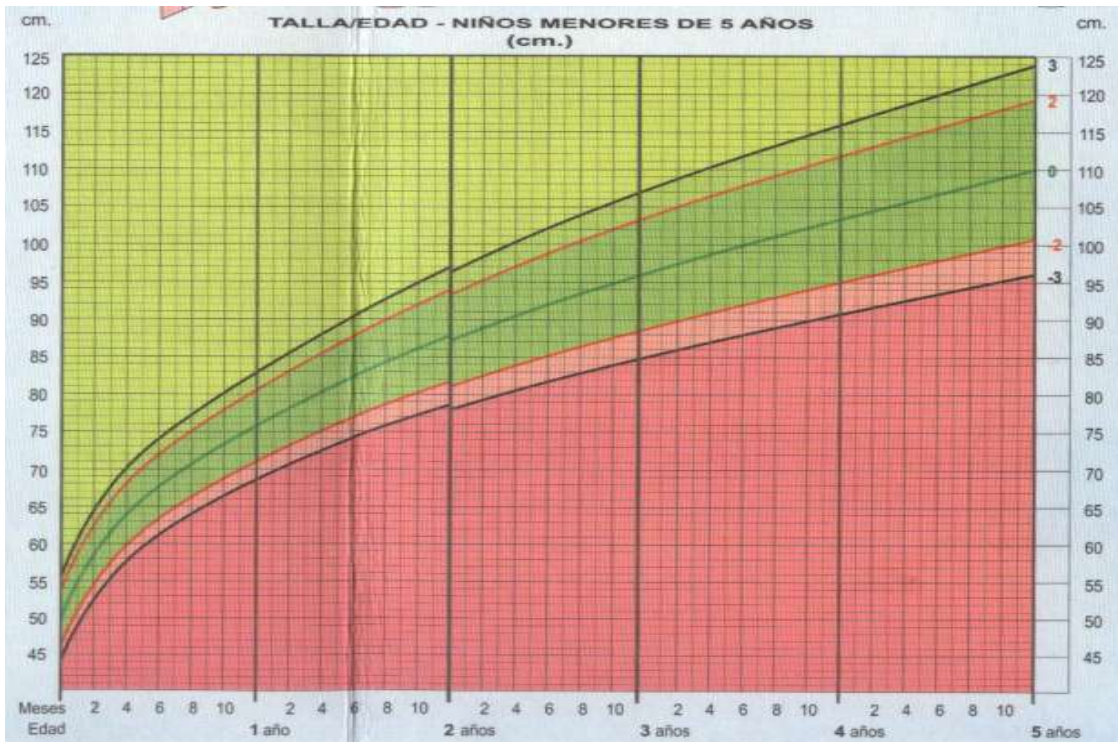
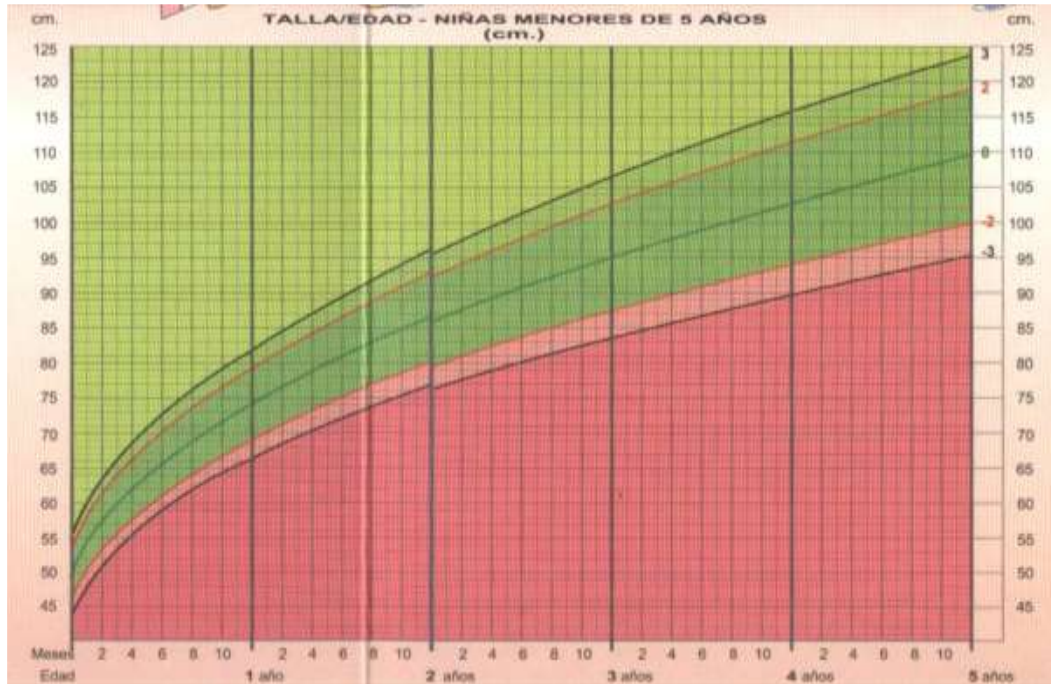
- a) IRA ( )
- b) EDA ( )
- c) Desnutrición ( )
- d) Todas ( )
- e) Ninguna ( )

## Anexo: #2 Curva de Crecimiento Peso/edad

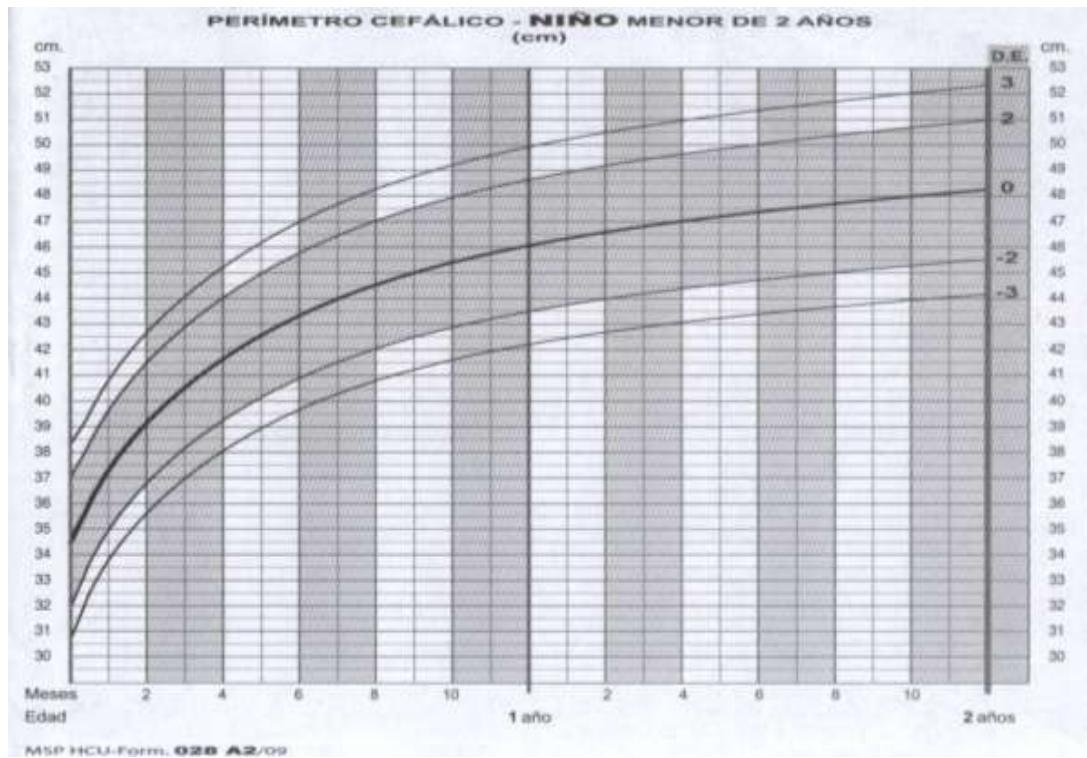
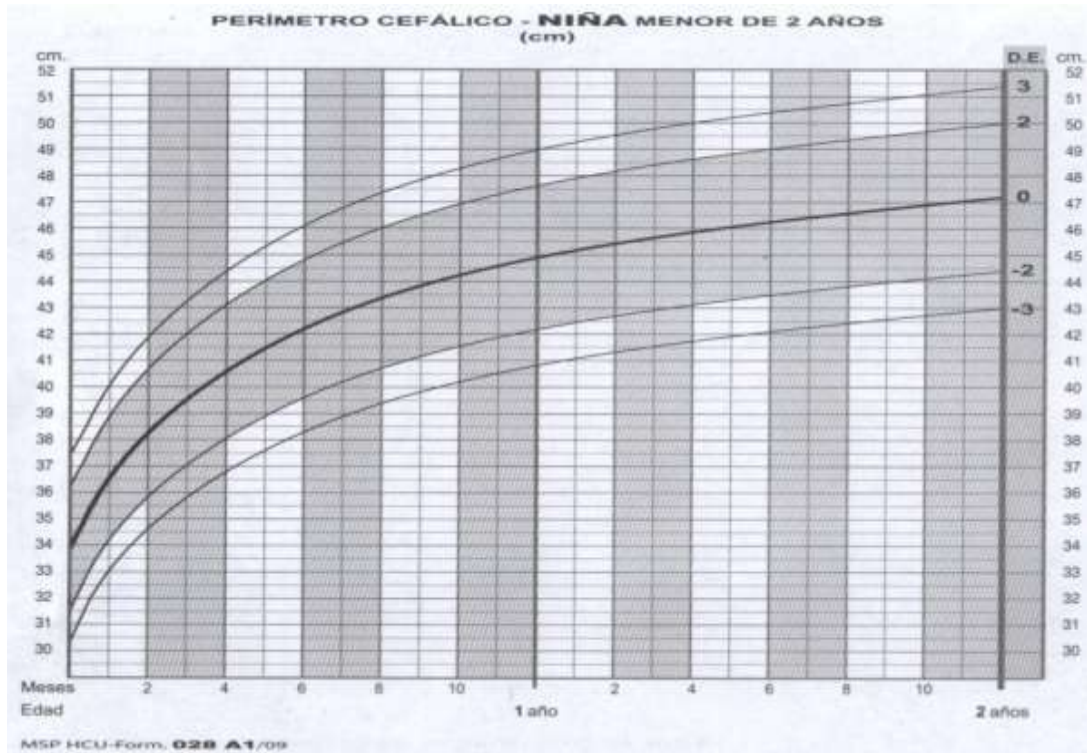




Anexo: #3 Curva de Crecimiento Talla /edad



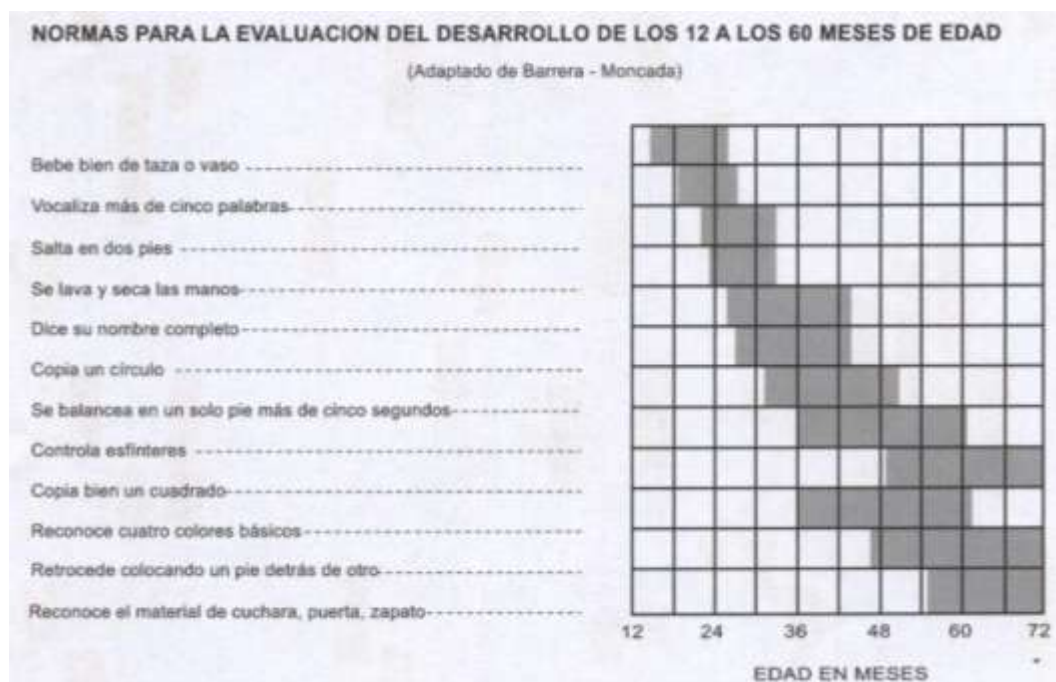
Anexo: #4 Curva de Crecimiento Perímetro cefálico/edad



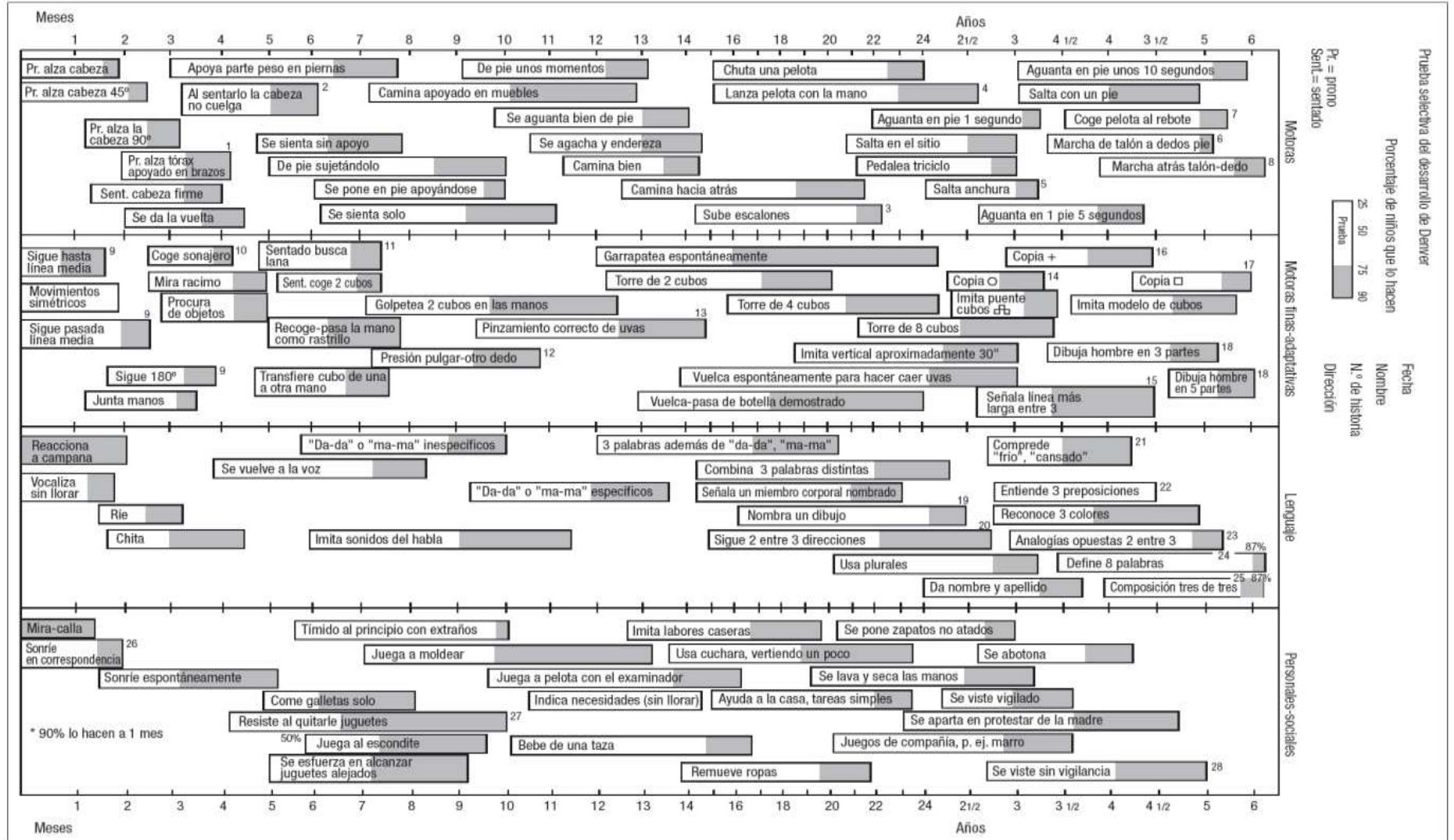
**Anexo: #5 Test de Aldrich y Norval**



**Anexo: #6 Test de Barrera-Moncada**



## Anexo: #7 Test de Denver



**Anexo: #8 Esquema de Vacunación**

GRUPOS DE EDAD	VACUNA	TOTAL DOSIS	DOSIS RECOMENDADA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN					
					NUMERO DE DOSIS			REFUERZOS		
					1ra: Dosis	2da. Dosis	3ra. Dosis	1er. Refuerzo	2do. Refuerzo	3er. Refuerzo
MENORES DE UN AÑO	BCG	1	*0,05 ml	I.D	R.N					
	HB( Amazonía)	1	0,05 ml	I.M	R.N					
	Rotavirus	2	1 ml	V.O	2 m.	4 m.				
	OPV	3	2 Gtts	V.O	2 m.	4 m.	6 m.			
	Pentavalente (DPT+HB+Hib)	3	0,5 ml	I.M	2 m.	4 m.	6 m.			
	NeumococoConjugada	2	0,5 ml	I.M	2 m.	4 m.				
	S R	1	0,5 ml	S.C			6 m.			
	Influenza Pediátrica	2	0,5 ml	I.M			6 m.	Al mes de la 1ra. Dosis	Solo en Campaña.	
12 a 23 meses	DPT	1	0,5 ml	I.M				1 año después de la 3ra. Dosis de Penta.		
	OPV	1	2 Gtts	V.O				1 año después de la 3ra. Dosis de OPV.		
	NeumococoConjugada	1	0,5 ml	I.M				1 año de Edad		
	SRP	1	0,5 ml	S.C	DosisÚnica Al año de edad					
	VARICELA	1	0,5 ml	S.C	DosisÚnica Al año 3 meses de edad					
	FiebreAmarilla	1	0,5 ml	S.C	Al año 3 meses de edad			Cada 10 años		
	Influenza Pediátrica	1	0,5 ml	I.M	Solo en Campaña.					

**Anexo: #9 Recolección de la Información en el Subcentro Rio Negro**









