



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

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 QUE ACUDEN A LOS SUB-CENTROS DE SALUD DE LAS PARROQUIAS DE EL PLACER EN QUERO Y SANTO DOMINGO EN CEVALLOS PERTENECIENTES, AL ÁREA DE SALUD N° 7 DEL MSP DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO 23 DE JUNIO A 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”.

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería.

Autora: Santos Freire, Natalia Elizabeth

Tutor: Lcda. Mgs. Venegas Mera, Beatriz

Ambato – Ecuador

Marzo, 2015

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 QUE ACUDEN A LOS SUB-CENTROS DE SALUD DE LAS PARROQUIAS DE EL PLACER EN QUERO Y SANTO DOMINGO EN CEVALLOS PERTENECIENTES, AL ÁREA DE SALUD N° 7 DEL MSP DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO 23 DE JUNIO A 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012” de Natalia Elizabeth Santos Freire, 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 el Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, febrero del 2014.

LA TUTORA

Lcda. Mgs. Venegas Mera, Beatriz

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 QUE ACUDEN A LOS SUB-CENTROS DE SALUD DE LAS PARROQUIAS DE EL PLACER EN QUERO Y SANTO DOMINGO EN CEVALLOS PERTENECIENTES, AL ÁREA DE SALUD N° 7 DEL MSP DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO 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 del trabajo de grado.

Ambato, febrero del 2014.

LA AUTORA

Santos Freire, Natalia Elizabeth

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para 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 la autora.

Ambato, febrero del 2014.

LA AUTORA

Santos Freire, Natalia Elizabeth

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del tribunal Examinador aprueba el Informe 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 QUE ACUDEN A LOS SUB-CENTROS DE SALUD DE LAS PARROQUIAS DE EL PLACER EN QUERO Y SANTO DOMINGO EN CEVALLOS PERTENECIENTES, AL ÁREA DE SALUD N° 7 DEL MSP DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO 23 DE JUNIO A 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”** de Natalia Elizabeth Santos Freire estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Marzo del 2015.

Para la constancia firman:

PRESIDENTE/A

1^{ER} VOCAL

2^{DO} VOCAL

DEDICATORIA

*“Ojo a las situaciones inesperadas.
En ellas se encierran, a veces las
grandes oportunidades”. Pulitzer*

Este trabajo se lo dedico primero a mi Dios por brindarme cada día de mi vida la oportunidad de alcanzar mis anhelos y colmarme de bendiciones. Luego a mis hijas Shantaell, Arlette, Amelie y Gia porque se han sacrificado para que yo pueda alcanzar esta meta y se convirtieron en mi inspiración para seguir formándome como profesional para poder brindarles el futuro que se merecen. A mi esposo Lic. Mgs Raúl Javier Caicedo que ha sido mi apoyo incondicional para continuar adelante con amor y paciencia. Y a mi madre quien siempre lucho para que yo triunfe en cada aspecto de mi vida.

A cada uno de ustedes con mucho amor.

Natalia

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de investigación es el resultado del esfuerzo conjunto de mis maestros y de mi persona. Y es a ellos a quienes deseo agradecer principalmente a mis profesores del VI Seminario de Enfermería y a mi Tutora de tesis la Lic. Mgs. Beatriz Venegas Mera, a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza, por la orientación a lo largo de este tiempo motivándome y creyendo en mí en todo momento sin dudar de mis habilidades.

Finalmente mi eterno agradecimiento a esta prestigiosa Universidad la cual me abrió sus puertas, preparándome para un futuro competitivo y formándome como una persona de bien.

Natalia.

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD QUE ACUDEN A LOS SUB-CENTROS DE SALUD DE LAS PARROQUIAS DE EL PLACER EN QUERO Y SANTO DOMINGO EN CEVALLOS PERTENECIENTES, AL ÁREA DE SALUD N° 7 DEL MSP DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO 23 DE JUNIO A 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012.”

Autora: Santos Freire, Natalia Elizabeth.
Tutora: Lic. Mgs. Venegas Mera, Beatriz
Fecha: Febrero del 2014.

RESUMEN

El embarazo y la maternidad adolescentes son problemas sociales de gran impacto y es por eso que su estudio se hace necesario pues crean una conmoción biopsicosocial a todo nivel, que no solo afecta a las adolescentes perjudicadas sino también sus hijos y familias. El estudio realizado en las comunidades de El Placer y Sto. Domingo busca establecer la relación entre ser madre adolescente y su influencia en el crecimiento desarrollo de sus hijos entre los 0 a 2 años 6 meses. La investigación se enmarca dentro del nivel exploratorio y descriptivo. Se encuestó a las madres adolescentes, al personal de los sub-centros de salud y se revisó las historias clínicas de los niños para conocer el nivel de desarrollo psicomotor en el test de Denver. De los 6 casos existentes de madres adolescentes, el 83% pertenecen a El Placer esto es 5 madres y 17% en Sto. Domingo que es igual a uno, la mayoría están casadas y solo una es madre soltera, el inicio de la vida sexual activa y el primer embarazo de las adolescentes estudiadas oscila entre los 15 y 18 años. En cuanto al crecimiento de los niños se encontró que no existen alteraciones en las medidas antropométricas, el 100% de estos infantes son alimentados con leche materna, mientras que en lo referente al desarrollo, los datos de los niños muestran algún tipo de alteración leve en el test de Denver.

PALABRAS CLAVES: EMBARAZO_ADOLESCENTE, MADRE_ADOLESCENTE, HIJOS, PROBLEMA_SOCIAL, CRECIMIENTO, DESARROLLO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING SCHOOL

“TEENAGE MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP THE WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN IN A RANGE OF 0-2 AND HALF YEARS OLD WHO GO TO HEALTH CENTERS OF THE PARISHES OF EL PLACER IN CEVALLOS IN AND SANTO DOMINGO IN QUERO, BELONGING TO THE #7 HEALTH AREA OF THE MSP IN THE PROVINCE OF TUNGURAHUA, PERIOD FROM JUNE 23 TO 23 NOVEMBER 2012”

Author: Santos Freire, Natalia Elizabeth.

Tutor: Lic. Mgs. Venegas Mera, Beatriz

Date: February, 2014.

SUMMARY

Adolescent pregnancy and adolescent motherhood are social problems that have a great impact that is why this research is necessary since both of the problems create a bio-psycho-social commotion and affect not only the teens involved in the problem but also their children and siblings. The study carried out in the communities, El Placer and Sto. Domingo pursues to establish the relationship between being a teen mother and how this fact influences her children's growth and development in a range of 0-2 and half years old. The investigation is encircled within the exploratory and descriptive level. The adolescent mothers and the staff at the health centers were polled. Also, the children's health record was revised in order to learn about the level of physic-motor development on the Denver Test. From a total of six adolescent mothers, 83% belongs to El Placer; this is 5 mothers and 17% which is one belongs to Sto. Domingo. Most of the mothers are married except for one who remains single. The beginning of the mothers' sexual life and first pregnancy ranges between 15 and 18 years old. Concerning the children's growth, no altered anthropometrical measurements were found. 100% of the infants are breast fed. According to children's data, it says that the children tested on the psychomotor show some kind a slight glitch on the Denver Test.

KEYWORDS: TEENAGE PREGNANCY, ADOLESCENT MOTHERHOOD, CHILDREN, SOCIAL PROBLEM, GROWTH AND DEVELOPMENT.

ÍNDICE

Índice de Contenidos	pág.
Portada	i
Aprobación del Tutor	ii
Autoría del Trabajo de grado	iii
Derechos de autor	iv
Aprobación del Jurado Examinador	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Resumen Ejecutivo	viii
Summary	ix

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

Introducción	1
Capítulo I	2
1.1. Tema	2
1.2. Planteamiento del Problema	2
1.2.1. Contextualización	2
1.2.2. Análisis Crítico	5
1.2.3. Prognosis	6
1.2.4. Planteamiento o Formulación del Problema	6
1.2.5. Preguntas Directrices	6
1.2.6. Delimitación del Problema	7
1.3. Justificación	7
1.4. Objetivos	8

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación	9
2.2. Fundamentación Filosófica	12
2.3. Fundamentación Legal	12
2.4. Categorías Fundamentales	16
1) MADRE ADOLESCENTE	17
2) ADOLESCENCIA	17
3) EMBARAZO ADOLESCENTE	28
4) SEXUALIDAD	20
1) CRECIMIENTO Y DESARROLLO	24
2) ESTADO NUTRICIONAL	58
3) CONTROL DEL NIÑO SANO	45
4) SALUD INFANTIL	47
2.5. Hipótesis	49
2.6. Variables de la Hipótesis	49

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Enfoque	50
3.2. Modalidad Básica de la Investigación	50
3.3. Nivel o Tipo de Investigación	50
3.4. Población y Muestra	51
3.4.1. Población	51
3.4.2. Muestra	51
3.5. Operacionalización de las Variables	52
3.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información	54
3.7. Plan de Recolección de la Información	54

3.8. Procesamiento de la Información e Interpretación de Resultados	55
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
4.1. Encuesta dirigida al personal	56
4.2. Encuesta dirigida a las madres adolescentes	66
4.3. Verificación de la hipótesis	76
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	80
5.2. Recomendaciones	80
CAPÍTULO VI: PROPUESTA	
6.1. Datos informativos	82
6.2. Antecedentes de la propuesta	86
6.3. Justificación	84
6.4. Objetivos	84
6.5. Análisis de Factibilidad	85
6.6. Fundamentación Científico – Técnica	85
6.6.1. Definición	86
6.6.2. Contenidos Temáticos	88
6.7. Modelo Operativo	95
6.8. Administración de la Propuesta	95
6.8.1. Unidad Operativa	95
6.9. Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta	95
BIBLIOGRAFÍA	97
LINKOGRAFÍA	98
BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO	99

ANEXOS	pág.
ANEXO I Encuesta dirigida al Personal de salud	101
ANEXO II Encuesta dirigida a Madres adolescentes	104
ANEXO III Cronograma	106
ANEXO IV Alteraciones del Crecimiento de acuerdo al Puntaje Z	107
ANEXO V Carnet de Salud del niño y niña	109
ANEXO VI Curvas de Crecimiento del Carnet de Salud	110
ANEXO VII Curvas de Perímetro Cefálico	111
ANEXO VIII Test de Aldrich y Norval	112
ANEXO IX Test de Barrera - Moncada	113
ANEXO X Test de Denver	114

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración #1 Categorías Fundamentales	16
--	----

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro # 1 Curvas de Crecimiento de la OPS/OMS (talla)	27
Cuadro #2 Curvas de Crecimiento de la OPS/OMS (peso)	28
Cuadro #3 Programa Ampliado de Inmunizaciones	29
Cuadro #4 Contraindicaciones Específicas y Generales de las Vacunas	30
Cuadro # 5 Desarrollo Motor de la Primera Infancia	32
Cuadro #6 Población en Estudio	51
Cuadro #7 Operacionalización de la Variable Independiente: Madre Adolescente	52
Cuadro #8 Operacionalización de la Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años, 6 meses de edad	53
Cuadro #9 Plan de Recolección de la Información	54
Cuadro #10 Verificación de la hipótesis peso	76
Cuadro #11 Verificación de la hipótesis talla	77
Cuadro #12 Verificación de la hipótesis perímetro cefálico	78
Cuadro #13 Materiales y Costos	83
Cuadro #14 Tema #1	88
Cuadro #15 Tema #2	90
Cuadro #16 Cronograma del Espacio Radial	93
Cuadro #17 Modelo operativo	94
Cuadro #18 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla #1 Causa para que existan madres adolescentes	56
Tabla #2 Rango de edad de las madres adolescentes	57
Tabla #3 Enfermedades que se han presentado con mayor frecuencia en los hijos de madres adolescentes	58
Tabla #4 Educación a la madre	59
Tabla #5 Alteraciones en el Test de Denver	60
Tabla #6 Actividades al identificar las alteraciones	61
Tabla #7 Talla – edad	62
Tabla #8 Peso – edad	63
Tabla #9 Esquema de vacunación	64
Tabla #10 Actividad	65
Tabla #11 Complicaciones durante el embarazo	66
Tabla #12 Aspectos que se han visto afectados durante la maternidad	67
Tabla #13 Ámbito familiar afectado	68
Tabla #14 Aptitud frente a la maternidad	69
Tabla #15 Edad al convertirse en madre	70
Tabla #16 Diferencia del niño en cuanto a peso y talla en comparación con otros niños de su edad	71
Tabla #17 Educación sobre el cuidado de su hijo por parte del personal de salud	72
Tabla #18 Alimentación con leche materna	73
Tabla #19 Frecuencia en la que lleva al niño al control médico	74
Tabla #20 Cumplimiento del esquema de vacunación de los	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico #1 Causa para que existan madres adolescentes	56
Gráfico #2 Rango de edad de las madres adolescentes	57
Gráfico #3 Enfermedades que se han presentado con mayor frecuencia en los hijos de madres adolescentes	58
Gráfico #4 Educación a la madre	59
Gráfico #5 Actividades al identificar las alteraciones	61
Gráfico #6 Talla – edad	62
Gráfico #7 Peso – edad	63
Gráfico #8 Actividad	65
Gráfico #9 Complicaciones durante el embarazo	66
Gráfico #10 Aspectos que se han visto afectados durante la maternidad	67
Gráfico #11 Aptitud frente a la maternidad	69
Gráfico #12 Edad al convertirse en madre	70
Gráfico #13 Diferencia del niño en cuanto a peso y talla en comparación con otros niños de su edad	71
Gráfico #14 Educación sobre el cuidado de su hijo por parte del personal de salud	72
Gráfico #15 Frecuencia en la que lleva al niño al control médico	74

INTRODUCCIÓN

La maternidad adolescente es un problema de gran trascendencia en la salud pública que genera una crisis en diferentes aspectos de las adolescentes como es en la educación, pues supone un obstáculo para el normal desarrollo del aprendizaje escolar; en la salud física por las complicaciones médicas durante el embarazo y en la salud mental por los problemas psicológicos como la depresión que a menudo suele aparecer después del parto; y además en la familia en donde por razones socio culturales se dan el prejuicio y la discriminación por la existencia de un hijo fuera del matrimonio creando para las jóvenes un obstáculo vivencial intrafamiliar que se expande hasta fuera del círculo familiar.

Estos antecedentes crean el escenario propicio para que se den las circunstancias caóticas en el que el binomio madre-hijo es el más afectado, los niños nacidos productos de estas relaciones tienen mayor riesgo de morbimortalidad desde su concepción por problemas como la desnutrición, la restricción del crecimiento intrauterino, el bajo peso al nacer y la prematuridad.

Es necesario que con las investigaciones hechas sobre este tema se llame la atención de la sociedad y se eduque de manera consciente y efectiva acerca de la sexualidad, la planificación familiar y la anticoncepción responsable, y no solo se deje esta labor al estado a través de iniciativas como el ENIPLA (Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente), que son de gran ayuda con campañas como “Habla serio, sexualidad sin misterios”, que tienen una línea gratuita 1800-445 566 y una página web donde dan información para tratar de erradicar los mitos y tabúes sobre temas de sexualidad.

A los jóvenes se les debe concientizar acerca de la importancia de tomar decisiones sobre convertirse en padres, que debe ser una decisión meditada para asegurar su futuro y el de los hijos por venir para que se puedan beneficiar de un bienestar físico, psicológico y material.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. Tema:

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD QUE ACUDEN A LOS SUB-CENTROS DE SALUD DE LAS PARROQUIAS DE EL PLACER EN QUERO Y SANTO DOMINGO EN CEVALLOS PERTENECIENTES, AL ÁREA DE SALUD No 7 DEL MSP DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO 23 DE JUNIO A 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”

1.2. Planteamiento del Problema

1.2.1. Contextualización

Macro

El embarazo en adolescentes es generalmente definido como un embarazo que se produce en una mujer menor de 19 años. Este tipo de embarazo usualmente genera una crisis en torno a la adolescente embarazada y su familia, reacciones comunes que incluyen la ira, la culpa y el rechazo hacia el nuevo ser, y sí se considera que el padre es también otro adolescente se darán las mismas reacciones en él y en su familia.

Las madres adolescentes no necesariamente se ajustan a un estereotipo específico de jovencitas, ni tampoco es un fenómeno existente solo de los sectores rurales; sin embargo esta situación genera en la sociedad un problema de salud pública porque generalmente se da en las familias más pobres lo que tiende a profundizar el círculo de pobreza y la falta de oportunidades, lo que hace que también exista un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad materno infantil, y se lo relacione con la deserción escolar entre las adolescentes a nivel mundial.

En el Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Volumen 87, 2009. Se estima que, 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en vías de desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales no son del todo reales, ya que numerosas veces muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados en ambientes desfavorables donde las condiciones sanitarias son inadecuadas y no existe ningún registro o control de estas prácticas.

En este mismo boletín se determina que en todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América. El hecho de que nuestro país no conste en esta lista no lo libera de responsabilidades, y el gobierno debe afrontar esta cruda realidad social, porque parte de la conducta reproductiva de las y los adolescentes tiene relación directa con las consecuencias económicas y de salud que afectan al país, y que son de gran trascendencia en este grupo social.

Una de las potencias mundiales en el que se ve incrementado este problema es Reino Unido, razón por la cual se mantiene investigando los riesgos de embarazos en edades tempranas, estas investigaciones están documentadas en el EUROCAT que es una network europea de los registros de población, para la vigilancia epidemiológica de las malformaciones congénitas. Según los estudios hechos por esta red los bebés de madres menores de 20 años, tienen mayor riesgo de padecer alguna malformación no cromosómica debido a la desnutrición, retardo en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematurez, anemia, cesáreas, etc, que aquellos hijos de las madres mayores de entre 25 y 29 años, pero no se debería en sí a la edad biológica, la asociación con el riesgo de dichas anomalías, sino a los factores reproductivos, sociales, étnicos, de exposición o de estilo de vida, que se relacionarían con la edad materna de la adolescente y como consecuencia en su bebé; estas circunstancias adversas influyen en la vida de las adolescente y su familia.

ISLAM. M, Dice: *“Reducir los riesgos del embarazo para las adolescentes debe ser una prioridad clara para los países que se están esforzando por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio”*, tales programas de salud para madres y recién nacidos deben atender mejor las necesidades de las madres jóvenes.

A nivel de Latinoamérica se consideran que los embarazos a muy temprana edad forman parte de un patrón cultural en combinación con la pobreza, esto influye para que la probabilidad de que estas jóvenes al quedar embarazadas tengan menos oportunidades de vida. Además, la maternidad precoz suele comprometer el crecimiento y desarrollo de los hijos de estas madres, y en el futuro el porvenir académico y económico de estos niños también se verá perjudicado.

Meso

El Ecuador ha sufrido algunos cambios culturales que han afectado la percepción de las libertades sociales en relación al concepto de pareja; es así que la unión libre que es en la actualidad lo más común, termina muchas veces con el abandono de la mujer y del hijo, lo que crea otro problema social como es el de las madres solteras. Los hijos nacidos de estas relaciones que en su mayoría son bebés nacidos de madres en desventaja social al nacer pueden presentar problemas de salud como bajo peso y prematurez.

De acuerdo con los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). En el Ecuador de las más de 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes, lo que las ubica en el 3,4% según el rango de edad que va desde los 12 a 19 años. El 24 % de las madres se ubican entre los 30 y 39 años.

La mayoría de madres adolescentes está presente en el grupo de Afroecuatorianas con un porcentaje de 5,2%, seguidas de las indígenas con 4,3%. El 81,4% de las madres adolescentes tiene un hijo, seguidas del 16% que tiene dos hijos.

El 8% de las adolescentes entre las edades de 10 a 19 años y que viven en la provincia de Tungurahua son madres, esto de acuerdo a las estadísticas que se manejan en la Dirección Provincial de Salud.

Micro

En relación a los cantones Quero y Cevallos no existen datos que puedan sustentar cuántas madres adolescentes en la realidad viven en estas comunidades o cómo se desenvuelven en el entorno. Se espera que con el presente proyecto de investigación se pueda definir la realidad y la necesidad de las jóvenes madres de estas comunidades. La mayoría de las familias que habitan en estas parroquias son hispanas con un nivel de escolaridad bajo.

Debido a que la agricultura y la ganadería han sufrido un gran deterioro empeorado por la emisión de ceniza del volcán Tungurahua, ha generado una crisis en la situación económica y social de estas poblaciones, razón por la cual se ha dado otros fenómenos como la migración, tanto dentro, como fuera del país, esta falta de oportunidad en cuanto al porvenir obliga a los niños y adolescentes dejen de estudiar para ayudar en sus hogares y emplearse; y por falta de conocimiento son madres adolescentes.

1.2.2. Análisis Crítico

Es evidente que la inmadurez psíquica de las y los jóvenes es una de las causas para que se produzca la maternidad en adolescentes debido principalmente a la falta de autocontrol, aspecto que es difícil de manejar para los jóvenes involucrados en una relación sentimental donde existe la inmadurez emocional propia de la edad, que es un factor para el inicio precoz de la sexualidad.

Luego que el embarazo sucede, también se dan las decepciones amorosas, la culpabilidad, el aislamiento social y otros sentimientos que son la causa de un gran stress emocional en las jóvenes, que puede llegar a afectar su embarazo dándose complicaciones que terminan por afectar al bebé y a su madre.

También existe una fuerte relación asociada a la falta de comunicación entre los y las adolescentes, sus padres y el sistema educativo; la precaria educación sexual que los jóvenes reciben en sus hogares y las instituciones educativas son los factores por lo que muchas veces se origina los embarazos no deseados, al no existir la suficiente confianza hacia los padres, como hacia sus maestros, hace que

los jóvenes tengan miedo a preguntar, por sentirse censurados y juzgados en lugar de apoyados.

A tales complicaciones maternas se les debe también asociar la falta de controles prenatales que afectan el normal transcurso del embarazo, y que además pueden derivar en afecciones que alteren el bienestar del infante, tales como la restricción del crecimiento intrauterino y las carencias nutricionales que acaban por ocasionar trastornos el crecimiento y desarrollo del nuevo ser.

1.2.3. Prognosis

De no ser atendido el problema de las madres adolescentes, se continuará encubriendo la irresponsabilidad sexual y el incremento de los embarazos no deseados entre las jóvenes de las comunidades de esta investigación, las mismas que seguirán accediendo a fuentes inadecuadas de información que en lugar de ayudarlas las confunde. A causa este estigma social de la maternidad adolescente habrá también un incremento en el número de niños con alteraciones físicas y psíquicas que aumentará la cantidad de problemas de crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz entre los hijos de estas mujeres.

1.2.4. Planteamiento o Formulación del Problema

¿Qué relación existe entre ser madre adolescente con el crecimiento y el desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses?

1.2.5. Preguntas Directrices

- ¿Qué factores influyen en ser madre adolescente?
- ¿Cómo afecta ser hijo de madre adolescente en la relación con el crecimiento y el desarrollo?
- ¿Qué actividades podría hacerse para disminuir las alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los hijos de madres adolescentes?

1.2.6. Delimitación del Problema

Delimitación del Contenido

- **Campo:** Enfermería
- **Área:** Salud Pública
- **Aspecto:** Relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses.

Delimitación Temporal

El período de investigación comprenderá desde los meses del 23 de junio a 23 de noviembre del 2012.

Delimitación Espacial

Sub-centros de Salud en el Placer en Quero y Santo Domingo en Cevallos, del Área 7 del MSP pertenecientes a la provincia de Tungurahua.

1.3. Justificación

En la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, en el Cairo 1994, se declaró que los adolescentes deberían tener la posibilidad de acceder a informaciones y servicios que los auxilien en la comprensión de su sexualidad.

Esta investigación pretende abordar dichas metas, y dar importancia a los problemas que una madre adolescente debe enfrentar, entre los que se pueden enumerar el estado de salud física y mental y la falta de apoyo social y familiar.

Dentro del campo de la salud este tipo de investigaciones son de importancia porque permiten enlazar la atención de salud primaria y sus diferentes niveles a las distintas necesidades de las madres y sus hijos para el mejoramiento de la salud y su desenvolvimiento social.

La originalidad del presente trabajo de investigación radica en que se dará atención a los aspectos físicos, emocionales y sociales en las madres a ser intervenidas, y además se hará uso de la comunicación radial como herramienta en las actividades que contribuyan a reducir el índice de embarazos y a evitar en parte que se den las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños.

El trabajo de investigación es factible porque las autoridades la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato tienen los permisos correspondientes para permitir el acceso a los, Sub-centros de Salud del Área 7 del MSP pertenecientes a la provincia de Tungurahua, y de esta manera poder desarrollar el presente trabajo de investigación.

1.4. Objetivos

Objetivo General

- Determinar la relación entre ser madre adolescente con el crecimiento y el desarrollo del niño de 0 a 2 años y 6 meses.

Objetivos Específicos

- Identificar los factores que influyen a ser madre adolescente.
- Comprobar de qué manera afecta ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años y 6 meses.
- Proponer una solución al problema.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación o Investigaciones Previas

Para la realización del siguiente trabajo investigativo se tomaron en cuenta diferentes estudios que aportan a esta investigación sustentando las variables de tanto independiente como dependiente.

RIEDEMANN. A, En su tesis “PERFIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL VALDIVIA Y SUS NECESIDADES EN RELACIÓN CON EL CUIDADO DE SU HIJO, UNIDAD DE PUERPUERIO”, realizada en Chile, en el 2003 concluye diciendo que: la familia de la madre adolescente es un pilar fundamental para la aceptación del embarazo, su evolución normal y la llegada de su hijo. Además, las madres adolescentes son capaces de gestar a un hijo, pero la preparación psicológica aún no se ha desarrollado. La crianza resulta compleja ya que aún no ha desarrollado las tareas propias de la adolescencia y debe enfrentar ésta con el rol materno.

Finalmente, este es un problema vigente en nuestra sociedad y la Enfermería cumple un rol fundamental en la prevención del embarazo en la adolescencia a través del trabajo en salud escolar, la aclaración de dudas sobre sexualidad del adolescente, sus padres y sus profesores.

SANTANDER. G, “MATERNIDAD ADOLESCENTE EN MÉXICO: DIVERSOS ESCENARIOS DE DESVENTAJA SOCIAL”, 2008. Esta es una investigación retrospectiva que describe y compara los escenarios en los que ocurrió la maternidad adolescente en función de ciertas características sociodemográficas presentes al inicio de la vida reproductiva de las adolescentes. Esta caracterización permite distinguir las configuraciones que implican condiciones de desventaja social para las madres, en los diferentes escenarios

donde se dio la maternidad por primera vez en distintos momentos de la adolescencia

La fuente de información utilizada fue la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003. En una población de interés que constituían mujeres de 20 a 49 años de edad con por lo menos un hijo nacido vivo. A partir de las características seleccionadas, se elaboró un modelo de regresión logística multinominal.

FIERRO. A, realizó una investigación en la ciudad de Huaquillas, con el tema “LIMITACIONES DE CALIDAD Y CALIDEZ EN LA ATENCIÓN DEL INSTITUTO DE LA NIÑEZ Y FAMILIA (INFA) A LOS GRUPOS VULNERABLES DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES”, durante el período 2010-2011, ella resume diciendo: que el Estado está actuando de manera transectorial para sentar las bases de la infancia fortaleciendo las capacidades de los niños y niñas desarrollándolas y consolidándolas adecuadamente.

El Ecuador comprometido con los derechos de la Niñez y adolescencia y partiendo de la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño promulga diferentes leyes para cumplir con este compromiso. Entre las más importantes se encuentran la nueva Constitución del año 2008 y el Código de la Niñez y la Adolescencia del año 2003; instrumentos que amparan el marco jurídico del país.

HAYA DE LA TORRE.I, “LAS CARACTERÍSTICAS DE LA INTERACCIÓN MADRE – BEBÉ Y EL CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO DEL NIÑO EN UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES Y SUS BEBÉS” esta investigación se desarrolló en Lima, Perú, en 2009, la investigadora llega a la conclusión que la maternidad adolescente es una condición que genera interés y preocupación a nivel mundial debido fundamentalmente a la situación de alto riesgo en la que se encuentran la madre adolescente y su niño. Las dificultades asociadas a la maternidad afectan a las adolescentes en diferentes aspectos como el psicológico, el educativo o el social (Molina, Ferrada y Pérez, 2004; Romo y Nadeem, 2007). Estas circunstancias se agravan cuando la madre adolescente y su hijo se encuentran en un medio marcado por la pobreza económica. Frente a esta

situación diversas instituciones, entre las que se encuentran la Organización Panamericana de la Salud (2006) y la Organización Internacional del Trabajo (2006), consideran de gran importancia enfocar sus proyectos de intervención en el embarazo y la maternidad adolescentes. Su finalidad es establecer políticas y brindar servicios específicamente diseñados para esta población.

El presente trabajo se enmarca dentro de este reconocimiento de la problemática y de la promoción de un desarrollo saludable de las madres adolescentes y sus hijos. Quisiéramos acercarnos a una mayor comprensión del tema desde el punto de vista psicológico. Nuestro interés se centra específicamente en las características de la interacción que las madres adolescentes desarrollan con sus bebés y en el conocimiento que las madres tienen acerca del desarrollo del niño como uno de los factores que podría vincularse a dicha interacción.

La interacción que se despliega entre una madre y su hijo resulta de gran importancia pues influye en el desarrollo del niño en aspectos como la salud, la cognición, el desarrollo neuro psicológico y el socio – emocional (Barwick, 2004; Brazelton, 1993; Mantymaa, Puura y Luoma, 2003; Stern, 1998).

TORRES. M, y MORÁN. K, en su trabajo “CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD, ATENDIDOS EN EL CENTRO INTEGRADO DE DESARROLLO INFANTIL” (SNOOPI), CANTÓN, SAN JACINTO DE YAGUACHI, 2009, resumen que los resultados del estudio, permitieron comprobar que muchos de los padres forman parte del personal voluntario del Centro Integrado de Desarrollo Infantil (CIDI), los cuales tienen conocimientos muy generales del crecimiento y desarrollo del niño. Por tanto como propuesta se recomienda, realizar un programa educativo de capacitación dirigido al personal voluntario que labora en el CIDI; en beneficio de los niños, para establecer mecanismos de mejoras en todo lo relacionado a su crecimiento físico y desarrollo intelectual, acorde a la edad.

2.2. Fundamentación Filosófica

La investigación se enmarca dentro del paradigma Crítico-Propositivo. *“Crítico porque los problemas parten de situaciones reales y tienen por objeto transformar esa realidad en pro del mejoramiento de los grupos o individuos implicados en ella”* Adames, Rudy K. Investigación Científica. (2003). Por tanto, los problemas de Investigación arrancan de la acción. En este caso se analizará la realidad de las madres adolescentes y las alteraciones del niño en proceso de crecimiento y desarrollo en su contexto; y propositivo porque busca plantear soluciones al problema investigado.

2.3. Fundamentación Legal

LA ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE

TITULO II

DERECHOS

Sección Séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

CAPITULO III

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

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

Además, esta investigación se empara en:

EL CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y DE LA ADOLESCENCIA

CAPÍTULO II

DERECHOS DE SUPERVIVENCIA

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

PLAN DECENAL DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

POLÍTICAS DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 AÑOS Y DE LOS ADOLESCENTES DE 12-18

Política 4.- Asegurar condiciones nutricionales adecuadas y oportunas a todos los niños y niñas.

Meta.- Disminuir en un sexto el nacimiento de niños y niñas con menos de 2,5 kg de peso.

Política 22.- Alcanzar los mejores niveles de salud y el ejercicio responsable de los derechos Sexuales y reproductivos.

Meta.- Disminuir el embarazo en adolescentes en un 25% y reducir la mortalidad por esta causa, especialmente en zonas pobres e indígena.

LEY ORGÁNICA DE LA SALUD

CAPÍTULO III

De la salud sexual y la salud reproductiva

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

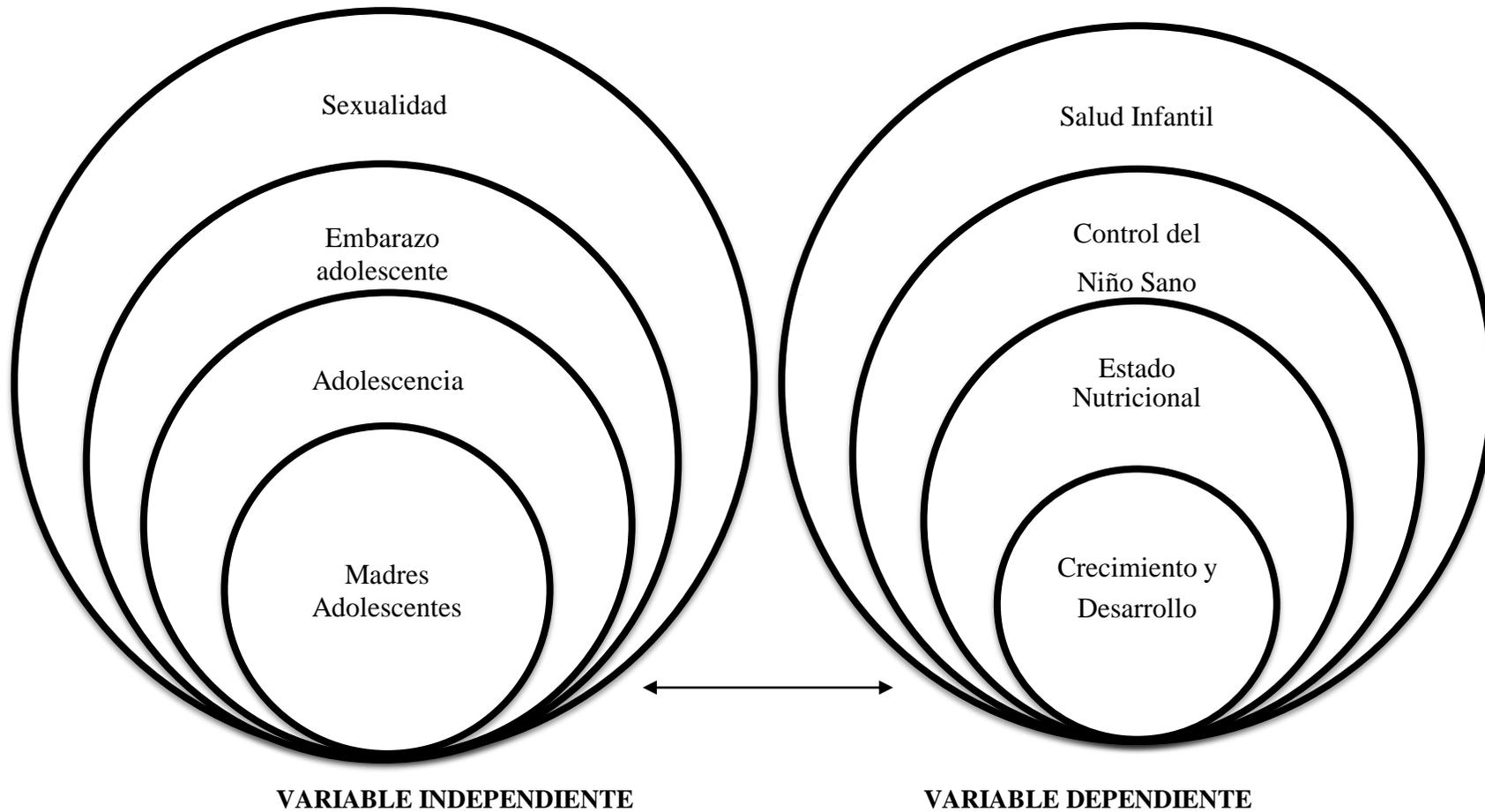
Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Art. 27.- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello.

Los medios de comunicación deberán cumplir las directrices emanadas de la autoridad sanitaria nacional a fin de que los contenidos que difunden no promuevan la violencia sexual, el irrespeto a la sexualidad y la discriminación de género, por orientación sexual o cualquier otra.

2.4. Categorías Fundamentales

Ilustración 1



Fuente: Tutoría de la Investigación Científica
Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Categorías Fundamentales de la Variable Independiente: Madres Adolescentes

1) MADRE ADOLESCENTE

OPS, (1995) define a las madres adolescentes como aquellas *“mujeres que tuvieron a su primer hijo antes de los 20 años”*.

La maternidad y/o el embarazo en cualquier etapa de la adolescencia dificulta la el desarrollo normal de la joven y crea conflictos; donde se dan las preocupaciones respecto al aspecto físico o de imagen corporal, el aumento de la dependencia con respecto a los miembros de la familia para obtener apoyo emocional y financiero y cambios normales de tipo fisiológico y psicológico que crean tensión interna y con frecuencia hace que la adolescente no se sienta preparada para ello.

Como madre, la adolescente debe satisfacer las necesidades de cuidados diarios de su hijo, proporcionarle un medio seguro, darle cuidados adecuados y criarlo. El sentido de confianza del lactante se desarrolla gracias al comportamiento de la madre, que le da cuidados congruentes y adecuados para su etapa de desarrollo. Como la madre adolescente quizá tenga que asumir un papel adulto de manera prematura, corre el riesgo de permanecer en la etapa de desarrollo y desarrollar una identidad con prejuicios.

El padre adolescente corre riesgos psicológicos similares y es probable que sus tareas de desarrollo también interrumpan por un embarazo temprano y no planeado. Además, se sentirá aislado, solitario y abrumado. Todas estas tensiones ejercen un impacto que influye en los planes para el futuro por ejemplo la interrupción de la educación, la falta de apoyo familiar y las dificultades económicas.

2) ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano que abarca la transición entre la niñez y la edad adulta. La palabra se deriva del latín *adoleceré* que significa crecer hacia la madurez.

La OMS define la adolescencia como *“la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años”*.

Sin embargo esta condición no es uniforme y varía de acuerdo al grupo social que se considere, la adolescencia también es vista como uno de las etapas más enérgicas de la vida y es también al mismo tiempo uno de los más problemáticos, por lo que se le asigna calificativos negativos (la edad del burro, la edad del rebeldía sin causa) y se la asocia con problemas de embarazos no deseados, rupturas familiares, problemas sentimentales, fracaso escolar, delincuencia, enfermedades sexuales transmisibles y drogas que son las principales causas de mortalidad y morbilidad en esta etapa.

El adolescente tiene un carácter cambiante lo que genera una crisis, va de una actitud prepotente a sentirse derrotado en corto período de tiempo. Toda dificultad es sentida como insuperable; pasa de la alegría a la desesperación; no le gusta su cuerpo; es muy influenciado por todo lo que le envuelve, modas, tendencias sociales. Es inconstante, desordenado, impetuoso, discutiendo, defensor de sus razonamientos; se rebela contra las normas familiares, etc. No es ni un niño ni un adulto. Todas estas características definen la manera normal de ser de la gran mayoría de los adolescentes, y los padres tienen que aprender a convivir con esta inestabilidad, dándoles tiempo y siendo tolerantes con sus conductas, de otra manera esta crisis puede poner en peligro el equilibrio el estado emocional del adolescente y de la familia.

3) EMBARAZO ADOLESCENTE

Según la definición existente en los Protocolos de Atención Integral de los Adolescentes del MSP del Ecuador: *“El embarazo en la adolescencia es la gestación que ocurre entre los 10 y 19 años. Por la edad y condiciones psicosociales es considerado de alto riesgo, especialmente durante los dos primeros años de edad ginecológica”*.

Embarazo de Alto Riesgo.- Es aquel que cursa con criterios de riesgo, que debe recibir atención en los niveles II y III. El embarazo adolescente requiere servicios diferenciados y especializados, ya que aunque evolucione sin riesgo biológico ha sido considerado de alto riesgo, especialmente psicosocial (*Norma Materna MSP 2008*).

Factores de Riesgo

- **Personales**

- ✓ Edad menor de 15 años y/o menos de dos años de edad ginecológica.
- ✓ Desconocimiento de la fecha de última menstruación (indicador de déficit en acciones de autocuidado).
- ✓ Bajo nivel de instrucción o analfabetismo.
- ✓ Embarazo no deseado o no aceptado.
- ✓ Antecedentes personales o familiares de enfermedad crónico degenerativa o incapacitante.
- ✓ Discapacidad
- ✓ Tentativa o intención de aborto.
- ✓ Trastornos depresivos, intento de suicidio.
- ✓ Consumo de tabaco, alcohol o drogas.
- ✓ Antecedentes de feto muerto, malformado, abortos, parto prematuro.
- ✓ Adolescentes viviendo con VIH positivo.

- **Familiares**

- ✓ Sin pareja o apoyo familiar.
- ✓ Disfuncionalidad familiar.

- ✓ Nutrición inadecuada.
- ✓ Violencia intrafamiliar.
- ✓ Socioculturales
- ✓ Pobreza.
- ✓ Explotación laboral.
- ✓ Abuso sexual o violación.
- ✓ Adolescentes viviendo en situaciones de alta vulnerabilidad (menores de 15 años, fuera del sistema escolar, indígenas y afro-descendientes, viviendo en zona de conflicto, migrantes o hijas de migrantes, explotación sexual).
- **Servicios de Salud**
 - ✓ Barreras para el acceso a los servicios de salud (geográfica, económica, cultural, social).
 - ✓ Identificación y/o captación tardía de la adolescente embarazada.

4) SEXUALIDAD

En el libro Salud y Sexualidad en la Adolescencia y Juventud (Monroy, A. 2002- pág. 81) se cita a lo dicho por la Organización Mundial de la Salud que indica que la sexualidad es *“la integración del ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social, de la conducta, para lograr un enriquecimiento positivo de la personalidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación de dar y recibir amor.*

Para poder describir lo que es la sexualidad hay que partir desde el concepto de sexo, que es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales y el aparato reproductor, lo que quiere decir que el sexo no se hace, sino es lo que el ser humano es.

Mientras que la sexualidad es la expresión del sexo en la conducta de un individuo con otros de diferente o del mismo sexo y tiene como finalidad perpetuar la especie y proporciona además la satisfacción mutua.

Estos dos conceptos permiten describir a la sexualidad como todo lo que influye en el comportamiento social mientras que el sexo es solo una parte.

Parte de la interacción social de los adolescentes desde el noviazgo que permite poner en práctica la capacidad de comunicación y comportamiento; los psicólogos y orientadores recomiendan que la relación entre pareja durante el enamoramiento de desarrolle no como una simple curiosidad o aventura y sin ningún sentido positivo sino más bien aplicando ciertos principios y valores que ayudarán a los adolescentes a mantener una relación segura y responsable.

Esto permitirá a los jóvenes vivir una sexualidad saludable y mantener una conducta sexual responsable.

La sexualidad del adolescente es un tema de gran interés a nivel de todas las naciones y es importante destacar que la sexualidad es un proceso vital humano que no se inicia con la adolescencia, sino que es un elemento inherente al ser humano desde al nacimiento hasta la muerte. La sexualidad constituye un elemento fundamental en el desarrollo de la personalidad humana en el contexto biopsicosocial.

- **Factores Determinantes**

- ✓ **Factores biológicos**, la menarquía temprana permite que las adolescentes sean más fértiles a una edad menor.
- ✓ **Factores psicosociales y conducta sexual**, la actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad.
- ✓ **Factores sociales**: en estos están el inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas, permanecer más tiempo solas/os, pocas oportunidades de esparcimiento y educación, escasa información y a veces deformada sobre

educación sexual y anticoncepción, la abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales y la falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

- **Factores Predisponentes**

- ✓ **Constitución familiar**, Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver sus problemas y esto la impulsa a tener relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento que afecto o un genuino vínculo de amor
- ✓ **Rebeldía de la edad**, eso se debe a la severidad y censura de los padres ante los temas relacionados con el sexo
- ✓ **Factores socioculturales**, como se mencionó anteriormente la nueva libertad sexual permite que se degenere el concepto de sexualidad, que termina afectando en los diferentes niveles socioeconómicos

- **Educación Sexual**

La educación va más allá de socializar entre individuos, es también actuar en ellos sembrando inquietudes, preguntas, espíritu crítico, de conjetura y de creatividad que les permita rescatar lo más valioso, sus talentos y capacidades innovadoras, su potencialidad como persona, su compasión y su solidaridad, esto en cuanto a lo secular y en relación a la cultura.

Mientras que Mejía, G 2006, se refiere a la educación sexual, en sentido de que esta *“Cumple la función de adaptación social y proceso, mediante el cual una sociedad incorpora valores, reglas, pautas de comportamiento, saberes, prácticas, ritos y costumbres que la caracterizan”*.

A esto se debe sumar la calidad de la Salud Sexual, la misma que es descrita por la PAHO como: *“una experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.”*

Esta se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que favorecen un bienestar de armonía personal y social, misma que

enriquece la vida individual y social. Es mucho más que la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

Según consumer.es, a lo largo de la historia reciente se han puesto de manifiesto diferentes modelos de educación sexual que la han convertido en discursos con trasfondos ideológicos lo que hace difícil concretar su enseñanza y teorías. Entre estas se puede citar las siguientes teorías:

Educación Tradicional

Este modelo tuvo su mayor auge en Europa durante el siglo XIX y mantuvo una notable influencia hasta no hace muchos años. Algunas de sus características son:

- ✓ La procreación es el principal objetivo de la sexualidad, esto deviene en que se defiende la sexualidad como una característica que se desarrolla a partir de la adolescencia y termina al final de la madurez (etapa fértil), por lo que se niega la sexualidad infantil y la de los ancianos.
- ✓ Liga el placer a la sexualidad del varón y el sentimiento a la sexualidad de la mujer.

- **Educación Higienista**

El objetivo de esta educación es evitar riesgos inherentes a la actividad sexual. Se insiste en la abstinencia fuera del matrimonio o en el uso de métodos preventivos eficaces (según la ideología). No aporta una revaloración ética de la sexualidad y fomenta su visión negativa con el refuerzo de la idea de peligro asociada a la práctica sexual.

- **Educación Procreadora**

En este modelo, la educación depende de una antropología y una moral de determinadas creencias religiosas. La información se presenta de modo sesgado y moralizador. Otorga a la procreación toda la importancia y niega la anticoncepción. Ofrece un valor negativo a la masturbación, la homosexualidad y

las relaciones prematrimoniales. Niega el derecho al placer y considera la sexualidad como un mero medio para un fin superior: la procreación.

- **Educación Profesionalizada, Democrática y Abierta**

Se basa en posturas plurales de ideas, en el rigor científico y en actitudes democráticas, abiertas y tolerantes. Se insiste en la búsqueda de una ética personal ligada a la práctica sexual y a la asunción de actitudes responsables en relación a la misma. Este modelo quiere serlo desde el respeto por la pluralidad y la diferencia. Sus objetivos generales son:

- ✓ Transmisión de una visión globalizada y positiva de la sexualidad humana.
- ✓ Conocimiento del propio cuerpo y sus posibilidades como receptor y productor de placer.
- ✓ Posibilitar cambios de actitudes, conductas y valores sobre la sexualidad humana.
- ✓ Promoción de la calidad de vida, merced a un acceso a toda la información y orientación necesaria sobre la temática sexual.

Categorías Fundamentales de la Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo

1) CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Crecimiento

Es el proceso de incremento de la masa de un ser vivo que se produce por aumento del número o de la masa celular.

Los mecanismos para el crecimiento son básicamente dos:

- A. Hiperplasia o aumento del número de las células
- B. Hipertrofia o aumento en el volumen de las células.

Tendencia de crecimiento

Es la dirección que sigue el crecimiento, se representa a través de una línea que dibuja entre el peso anterior con el peso actual, en una gráfica de crecimiento.

- ✓ **Tendencia ascendente:** el peso ha aumentado a relación con el último control.
- ✓ **Tendencia estacionaria:** el trazado es horizontal, el peso no ha aumentado desde el último control.
- ✓ **Tendencia descendente:** el peso ha disminuido desde el último control.

Evaluación del Crecimiento

- Realizar antropometría peso, talla, perímetro cefálico, perímetro braquial y registrarlas en las curvas respectivas.
- Ficha de crecimiento o patrón de referencia para comparar los datos obtenidos.

Al realizar la evaluación se debe recordar que se puede hacer dos tipos de interpretación.

- Interpretación con un solo registro para conocer el estado actual del crecimiento y detectar algún riesgo.
- Interpretación con dos o más registros para tener un diagnóstico de crecimiento.
- Se puede evaluar a través del uso de índices o indicadores antropométricos: el índice peso/edad permite realizar un diagnóstico nutricional actual, es útil sobre todo para desnutrición aguda
- El índice peso/talla permite realizar un diagnóstico nutricional y un diagnóstico de crecimiento sobre todo en desnutrición crónica

- El índice talla/edad es útil en el diagnóstico de crecimiento y desnutrición crónica.
- ✓ **Curvas de Crecimiento.**
 - Crecimiento entre P25-P75.
 - Crecimiento continuo y que no sea antes de tiempo.
 - Dimorfismo sexual
- ✓ **Retraso del crecimiento.**
 - Son aquellos niños/as que tienen peso o talla 2 ó 3 desviaciones estándar por debajo de la media y que no presentan una patología evidente que lo explique.
 - Si talla o longitud \leq P3 o de dos desviaciones estándar, se remitirá al Hospital.
 - Si talla o longitud \geq P3 o de dos desviaciones estándar, se seguirá controlando periódicamente cada 6-12 meses y hacer seguimiento del crecimiento. Si la velocidad de crecimiento se mantiene \uparrow P25, se seguirá con controles periódicos. Si la velocidad de crecimiento \downarrow P25, se remitirá al niño al Hospital.

Talla

El primer parámetro de medición es la talla o estatura. En ella no solo los factores de la alimentación influyen sino otros como la herencia y el medio ambiente en mayor o menor grado. El mayor crecimiento lo experimenta el niño desde la concepción hasta el nacimiento en donde pasa de ser del tamaño de dos células a medir entre 48 a 52 cm en nueve meses. Este ritmo de crecimiento disminuye al nacimiento. En los primeros 3 meses de vida aumenta 9 cm de talla para luego crecer 7 cm de los 3 a 6 meses. El niño aumenta 5 cm de los 6 a 9 meses y unos 3 a 4 cm de los 9 a 12 meses de edad.

En el segundo año de edad el niño crece un centímetro por mes aproximadamente y los niños son más altos que las niñas. En la edad escolar los niños aumentan

unos seis centímetros por año con un incremento mayor en las niñas que en los niños. La adolescencia presenta un nuevo período de crecimiento acelerado y se inicia alrededor de los 9 años en niñas y a los 11 - 12 años en niños. El momento de mayor crecimiento ocurre dos años después del inicio de la adolescencia y da un crecimiento de 9 cm. por año en los varones y 8 centímetros en las mujeres en promedio.

Cuadro 1

EDAD	TALLA EN LOS NIÑOS (cm)		TALLA EN LAS NIÑAS (cm)	
	- 2E	+2DE	-2DE	+2DE
Nacimiento	46,2	54	46	54
6 meses	63,4	72	61	70,1
12 meses	71	80,5	69	79,1
24 meses	81	93	79,5	92,5
30 meses	85	98,8	83,9	97,9

Fuente: Curvas de Crecimiento de la OPS/OMS.

Peso

El segundo parámetro a medir es el peso. El niño recién nacido pierde un 10% de su peso inicial en los primeros 10 días. Esto ocurre porque el niño nace con exceso de líquidos para soportar primero la baja producción de leche de la madre en los primeros días y segundo, porque viene de un medio líquido dentro del otero, el cual está constantemente tomando y eliminando.

En los primeros tres meses el niño aumenta unos 25 - 33 gramos diarios, que suman un kilo por mes en promedio. Después del tercer mes, baja su ritmo de crecimiento a un aumento de peso de 600 gramos al mes hasta el sexto mes. De ahí en adelante el niño sube 500 gramos al mes hasta el año. Esto quiere decir que en el primer año el niño triplica su peso, pero este ritmo de crecimiento cae drásticamente hacia el segundo año, cuando por mes el niño aumenta solo 200 gramos y es ahí donde su apetito disminuye en forma importante. En general, los niños son más pesados que las niñas en los primeros 6 años de vida.

En la edad preescolar entre los 2 y 6 años aumentan en promedio dos kilos por año y ya en la edad escolar, entre los 6 y 11 años se aumenta 3 - 4 kilos/año y la velocidad de crecimiento es mayor en niñas que en niños.

Cuadro 2

EDAD	PESO EN LOS NIÑOS (Kg)		PESO EN LAS NIÑAS (Kg)	
	-2DE	+2DE	-2DE	+2DE
Nacimiento	2,7	4,8	2,4	4,3
6 meses	6,4	10	5,8	9,4
12 meses	7,8	12,2	7,1	11,6
24 meses	9,8	15,4	9,1	14,9
30 meses	10,6	17	10	16,5

Fuente: Curvas de Crecimiento de la OPS/OMS.

Perímetro Cefálico

El último parámetro a medir es el perímetro cefálico que muestra de forma indirecta cómo crece el cerebro. El niño nace con una medida de 34 cm más o menos y crece 2 cm por mes en los primeros tres meses, luego entre los 3 y 6 meses aumenta 0,5 cm al mes. Entre el año de edad y los dos años la circunferencia de la cabeza crece 3 cm y de ahí hasta los 5 años de edad crece 2 cm, alcanzando 90% del tamaño definitivo, el cual se logra a los 15 años. Estos datos son sólo un punto de referencia y no son iguales para todos los niños.

Inmunización

La inmunización es el procedimiento para desarrollar protección o inmunidad contra determinada enfermedad con las vacunas (activa) o administración de anticuerpos (pasiva), para prevenir esa enfermedad, precisamente provocando factores inmunitarios.

El objetivo general del Manual de Normas Técnico – Administrativas, Métodos y Procedimientos de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es, el disminuir las tasas de morbilidad y

mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación en la población objeto. Esto se debe a que su misión es la de lograr el control, eliminación y/o erradicación de las EPV.

A continuación se presenta el esquema de vacunación:

Cuadro 3

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES								
EDAD	VACUNA	# DOSIS	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN			REFUERZOS
					DOSIS SEGÚN EDAD			
					1ª d	2ªd	3ªd	
Menores de 1 año	BCG.	1	0,1 ml	I.D	R.N			
	HB (Amazonia)		0,5 ml	I.M	R.N			
	Pentavalente (DTP+HB+Hib)	3	0,5 ml	I.M.	2 m	4m	6m	
	Triple bacteriana (DPT)	1	0,5 ml	I.M	1 año después de la dosis de pentavalente.			
	Neumococo conjugada	1.	0,5 ml	I.M	2 m	4m	1a	
	Rotavirus	2	2 ml	V.O	2 m	4m		
	Anti-poliomielítica (OPV)	4	2 gotas	V.O	2 m	4m.	6m.	1 año después de la tercera dosis.
	Influenza (Hib)	2	0,5 ml	I.M	Primer contacto y al mes En campañas			
12 a 23 meses	Triple Viral (SRP)	1	0,5 ml	S.C	12-23 meses			
	SR	1	0,5 ml	S.C	Campañas			
	Fiebre amarilla (FA)	1	0,5 ml	S.C	15 meses			

Fuente: MSP, Programa Ampliado de Inmunizaciones, carnet del niño sano

Cuadro 4

CONTRAINDICACIONES ESPECÍFICAS Y GENERALES DE LAS VACUNAS		
VACUNA	CONTRAINDICACIONES ESPECÍFICAS	CONTRAINDICACIONES GENERALES DE LAS VACUNAS
B.C.G	Recién nacido/a con peso inferior a 2200 gr.	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedades febriles agudas (SEVERA). Leucemia, linfoma, cáncer en general. Terapia inmunosupresiva, incluyendo radioterapia, corticosteroides,
D.P.T Hib H.B (Penta)	Antecedentes convulsivos no controlados.	
O.P.V (Antipolio)	Diarrea intensa.	
S.R.P.	Alergia al huevo, infectados	

	VIH.	antimetabolitos, agentes alquilantes y citotóxicos.
D.P.T. (Triple)	Antecedentes convulsivos no controlados.	<ul style="list-style-type: none"> • Uso reciente de gammaglobulina, plasma o transfusión sanguínea (8 semanas previas a la vacunación). • Estados de inmuno-deficiencia. • Niños con SIDA. • Administración simultánea de otra vacuna de virus vivo atenuado (a excepción de las que se ha demostrado que pueden aplicarse juntas). • Reacción alérgica severa previa a la misma vacuna o a sus componentes. 27

Realizado por Investigadora: Natalia Santos

Cabe la pena recalcar que las infecciones respiratorias agudas, la desnutrición y las enfermedades diarreicas con vómitos banales no contraindican la vacunación.

Reacciones postvacunales

El personal de enfermería siempre de educar a las madres sobre las posibles reacciones postvacunales como fiebre, dolor local en el sitio de la aplicación, abscesos, rash, convulsiones y becegeitis, y cuáles son las precauciones y cuidado que debe tomarse en cada una de ellas.

Desarrollo

Es el proceso por el cual los seres vivos adquieren mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones.

Desarrollo Psicomotor.- Es deber ineludible del equipo básico de salud, evaluar periódicamente el desarrollo sicomotor que manifieste un/a niño/a, muy especialmente en los primeros dos años de vida. El crecimiento y el desarrollo Psicomotor 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 sicomotor 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.

Cuadro 5

DESARROLLO MOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA				
EDAD	MOTOR GRUESO	MOTOR FINO	AUDICIÓN/ LENGUAJE	SOCIAL/PERSONAL
1er mes	<ul style="list-style-type: none"> • Sostiene la cabeza unos segundos • Hipertonía de los músculos flexores 	<ul style="list-style-type: none"> • Sigue una luz con la mirada con una curva de 90 grados 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciona a los sonidos • Se asusta con los ruidos • Se tranquiliza con la voz de su madre 	<ul style="list-style-type: none"> • Deja de llorar al cogerle
2do mes	<ul style="list-style-type: none"> • Levanta la cabeza en decúbito prono 	<ul style="list-style-type: none"> • Sigue objetos de colores vivos vertical y horizontalmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Cesa momentáneamente en su actividad cuando oye un ruido 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonríe
3er mes	<ul style="list-style-type: none"> • Patalea libremente 	<ul style="list-style-type: none"> • Se mira las manos y juega con ella • Mira de un objeto a otro 	<ul style="list-style-type: none"> • Busca un sonido con la mirada • Contesta con sonidos: e, a, o 	<ul style="list-style-type: none"> • Sigue con la mirada a otra persona
4to mes	<ul style="list-style-type: none"> • Sostiene la cabeza y el tórax en decúbito prono 	<ul style="list-style-type: none"> • Coge al contacto y retiene un cubo, llevándoselo a las boca 	<ul style="list-style-type: none"> • Ríe a carcajadas • Gorjea y grita para llamar la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Devuelve la sonrisa al examinador
5to mes	<ul style="list-style-type: none"> • Sostiene la cabeza sin apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Se quita un pañuelo de la cara 	<ul style="list-style-type: none"> • Vuelve la cabeza hacia el sonido 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfruta con el juego • Reconoce quienes están con el • Establece un lazo afectivo con las personas que lo rodean

6to mes	<ul style="list-style-type: none"> Se incorpora apoyándose en sus muñecas boca abajo Se sostiene sentado con apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> Se coge los pies y a descubriendo su cuerpo Toma un cubo de la mesa 	<ul style="list-style-type: none"> Parlotea ante una voz Empieza a imitar los sonidos 	<ul style="list-style-type: none"> Vuelve la cabeza ante un interlocutor
7mo mes	<ul style="list-style-type: none"> Se da la vuelta en la cuna 	<ul style="list-style-type: none"> Explora los objetos dándoles vueltas en sus manos Sigue un objeto al caer. 	<ul style="list-style-type: none"> Emite sonidos: ga, ta, da 	<ul style="list-style-type: none"> Puede beber de un vaso aunque lo normal es realizarlo a los 10 y 12 meses
8vo mes	<ul style="list-style-type: none"> Ensayo el gateo o rastreo 	<ul style="list-style-type: none"> Intenta coger cosa que están fuera de su alcance 	<ul style="list-style-type: none"> Emite sonidos para llamar la atención 	<ul style="list-style-type: none"> Se contempla en el espejo Llora al dejarle con extraños
9no mes	<ul style="list-style-type: none"> Voltea por sí mismo en el suelo 	<ul style="list-style-type: none"> Manipula simultáneamente 2 objetos uno en cada mano 	<ul style="list-style-type: none"> Dice papa y mama Los sonidos adquieren entonación 	<ul style="list-style-type: none"> Sostiene un vaso para beber Palmotea y dice adiós con la mano
10mo mes	<ul style="list-style-type: none"> Sostiene con ayuda o agarrados a los barrotes de la cuna Gatea 	<ul style="list-style-type: none"> Voltea 2 objetos conjuntamente 	<ul style="list-style-type: none"> Escucha un reloj Debe responder a su nombre un en voz baja 	<ul style="list-style-type: none"> Serie y toca su imagen en el espejo
11vo mes	<ul style="list-style-type: none"> Se endereza para sostenerse de pie 	<ul style="list-style-type: none"> Agarra con pinza 	<ul style="list-style-type: none"> Dice dos palabras 	<ul style="list-style-type: none"> Come con los dedos Reconoce cuando le nombran a papá y mamá y los busca

12vo mes	<ul style="list-style-type: none"> • Camina con apoyo • Anda a su alrededor 	<ul style="list-style-type: none"> • Introduce objetos dentro de otros y hace torres con cubos grandes • Sostiene un lápiz con intención • Tira el mantel para coger juguetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 3 palabras 	<ul style="list-style-type: none"> • Juego organizado, interactivo: interpreta mensajes acompaña con gestos
13vo mes	<ul style="list-style-type: none"> • Se sostiene solo 	<ul style="list-style-type: none"> • Preferencia por una mano • Señala personas u objetos familiares si se le pide 	<ul style="list-style-type: none"> • Señala un ruido inesperado 	<ul style="list-style-type: none"> • Se interesa por los juguetes de los otros niños
14vo mes	<ul style="list-style-type: none"> • Camina solo 	<ul style="list-style-type: none"> • Raya con un lápiz 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce su nombre 	<ul style="list-style-type: none"> • Usa la cuchara
15vo mes	<ul style="list-style-type: none"> • Trepa la escalera 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloca un objeto sobre otro 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 4 palabras 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseña los zapatos
16vo mes	<ul style="list-style-type: none"> • Empuja un cochecito o un juguete 	<ul style="list-style-type: none"> • Garabatea libremente 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 6 palabras • Sigue indicaciones sencillas • Señala y nombra parte de su cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Intenta voltear un tirador de una puerta

17vo mes	<ul style="list-style-type: none"> Trepa un silla 	<ul style="list-style-type: none"> Tira del mantel para coger un juguete, busca estrategias para conseguir un fin 	<ul style="list-style-type: none"> Conversación, balbuceo 	<ul style="list-style-type: none"> Maneja bien un vaso
18vo mes	<ul style="list-style-type: none"> Anda hacia atrás 	<ul style="list-style-type: none"> Juego constructivo con juguetes 	<ul style="list-style-type: none"> Disfruta con un libro con dibujos 	<ul style="list-style-type: none"> Se quita los zapatos y calcetines
19vo mes	<ul style="list-style-type: none"> Trepando sube y baja escaleras 	<ul style="list-style-type: none"> Torre de 3 ladrillos 	<ul style="list-style-type: none"> Dice 9 palabras Señala las partes del cuerpo cuando se le pide 	<ul style="list-style-type: none"> Conoce una parte de sus cuerpo
20vo mes	<ul style="list-style-type: none"> Puede saltar 	<ul style="list-style-type: none"> Torre de 4 ladrillos 	<ul style="list-style-type: none"> Dice 12 palabras 	<ul style="list-style-type: none"> Control intestinal
21vo mes	<ul style="list-style-type: none"> Corre 	<ul style="list-style-type: none"> Garabateo circular 	<ul style="list-style-type: none"> Frases de 2 palabras 	<ul style="list-style-type: none"> Control diurno de orina
22vo mes	<ul style="list-style-type: none"> Sube escaleras a pie 	<ul style="list-style-type: none"> Torre de 5 o más ladrillos 	<ul style="list-style-type: none"> Escucha cuentos 	<ul style="list-style-type: none"> Intenta explicar experiencias

23vo mes	<ul style="list-style-type: none"> • Se siente por sí mismo en la mesa 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia trazos verticales 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 20 o más palabras • Baila al ritmo de la música 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce 2 partes de su cuerpo
24vo mes	<ul style="list-style-type: none"> • Sube y baja escaleras solo 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia trazos horizontales 	<ul style="list-style-type: none"> • Frases de 3 palabras 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce 4 partes de su cuerpo
30vo mes	<ul style="list-style-type: none"> • Sube y pedalea un triciclo 	<ul style="list-style-type: none"> • Torre de 9 ladrillos 	<ul style="list-style-type: none"> • Es la edad de todas las preguntas 	<ul style="list-style-type: none"> • Come bien por sí mismos.

Realizado por Investigadora: Natalia Santos

Test de Aldrich y Norval

Se aplicarán el Test de Aldrich y Norval para los 12 primeros meses de edad

Test de Barrera –Moncada

Se aplicará para niños/as de 12 a 60 meses de edad. 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 o de 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 mandatorio en niños/as que presenta retraso en la prueba de Aldrich y Norval o de Barrera –Moncada

Para que exista una armonía en el crecimiento y desarrollo de los niños se debe mantener equilibrio en parámetros como: la nutrición, la alimentación, la lactancia materna y la ablactación

Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo.

Dentro de las alteraciones del crecimiento Pérez Trinidad refiere las siguientes:

Talla baja: el potencial genético condiciona que la talla del niño se encuentre en los límites bajos de la normalidad desde los primeros años de vida.

Bajo peso: se considera que un niño tiene en bajo peso al nacer cuando su peso es inferior a los 2500g. 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.

Macrocefalia: que es el aumento del PC (Perímetro craneal o cefalico) en más de dos desviaciones estándar por encima de la media para la edad, sexo, raza y tiempo de gestación.

Microcefalia: se refiere a la disminución del perímetro cefálico de los niños.

El (RCIU) o retraso de crecimiento intrauterino: se explica como la situación que provoca un peso neonatal por debajo del percentil 10 para la edad gestacional

Entre las alteraciones del desarrollo tenemos:

Debilidad motriz: básicamente se presenta en los niños como torpeza de movimientos (movimientos pobres y dificultad en su realización) y paratónía 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 la incapacidad 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) ESTADO NUTRICIONAL

En las Normas de Atención Integral a la Niñez dice que: *“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.*

En los lactantes la diarrea infecciosa es una de las primeras causas de enfermedad y muerte debida a malos hábitos higiénicos, escasa disponibilidad de agua potable y habitualmente condicionada por inadecuadas prácticas en la

alimentación. Las enfermedades infecciosas, en especial la diarrea, desnutren a los niños/as”.

Nutrición

La licenciada master en Nutrición Enna Cristal Gonzáles Medina en un blog del internet (www.entornomedico.org) explica, *“la nutrición es el conjunto de fenómenos mediante los cuales nuestro organismo va a obtener, utilizar y desechar las sustancias nutritivas o nutrimentos que requiere para funcionar adecuadamente”.*

Y continúa diciendo que es la manera correcta en que un ser humano debe alimentarse, de tal forma que su crecimiento físico y su desarrollo mental sean saludables. Un niño que no lleva una alimentación correcta, llega a tener diversos trastornos funcionales, aumentando así la posibilidad de adquirir enfermedades crónicas, arteriosclerosis, diabetes, obesidad, hipertensión, cirrosis y hasta cáncer. Una buena alimentación sobre todo durante el primer año de vida, es la base para un crecimiento adecuado.

Una buena nutrición es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños de por vida.

Alimentación

La adecuada alimentación de una niña o niño lactante o que ya comienza su ablactación y es muy importante ya que constituye la oportunidad de adquirir los nutrientes necesarios para que los niños sanos, inteligentes, fuertes y felices. Si el niño o niña no tiene acceso a una buena alimentación no se dará un correcto crecimiento y las pueden ser fatales e irreversibles. Pero es también fundamental que quienes están a cargo de su cuidado le brinden cariño y le enseñen al niño tiene que aprender a comer de todo, pero siempre con moderación

La alimentación de los niños debe ser variada, equilibrada y proporcionada tanto en cantidad como en calidad. Los alimentos deben proporcionarle las calorías,

proteínas, vitaminas, minerales y demás principios necesarios para su organismo en desarrollo.

Alimentación balanceada: Es aquella que incluye alimentos de cada uno de los siete grupos durante el día, por ejemplo frutas, verduras, lácteos entre otros.

Alimentación variada: Implica que además de incluir en el consumo diario alimentos de todos los grupos se debe variar los alimentos dentro de cada grupo, es decir, si consumimos frutas se deben consumir la mayor cantidad diferente de éstas sin limitarnos a solo 3 ó 4 preferidas.

Alimentación en cantidad adecuada: La cantidad de alimentos que debemos consumir diariamente se define según el requerimiento de cada persona y depende de la edad, el sexo, la actividad física y el estado fisiológico.

Lactancia Materna

La lactancia materna es el método de alimentación recomendado en todos los casos mientras no se presente algún tipo de problema, como la ausencia de leche por parte de la madre u otros aspectos. Su composición es la ideal para el adecuado crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 4-6 meses de vida.

En la lactancia materna se consiguen varios objetivos en una sola acción: como proporcionar anticuerpos e inmunizar al niño contra infecciones; suministrar una leche completamente estéril y a temperatura corporal, además durante el período de la lactancia se consigue establecer una relación afectiva madre-hijo muy profunda.

Otros beneficios de la alimentación con leche materna es que supone una mejor regulación metabólica, un menor riesgo de sensibilidad alérgica y muerte súbita.

Ventajas: La lactancia favorece que haya menos:

- Diarreas

- Infecciones respiratorias y otitis media
- Eccema atópico
- Infecciones urinarias
- Infecciones invasivas

Ablactación

El inicio de la alimentación complementaria o ablactación se debe dar a los seis meses de nacido el infante, cuando la maduración digestiva, renal y neurológica es óptima y le permite al infante:

- Mejorar la capacidad de deglutir, digerir y absorber otros alimentos diferentes a la leche.
- Diferenciar variedad de sabores, texturas y colores de los alimentos.
- Excretar cargas osmolares sin pérdidas excesivas de agua.
- Disminuir el reflejo de extrusión o rechazo con la lengua de cualquier sólido en la boca.
- Sostener la cabeza y mantenerse sentado.

Educación Alimentaria Nutricional (Esquema de Alimentación)

- Las madres o cuidadores/as de los niños/as que acuden a los servicios, deben ser informados y aconsejados en:
- Lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes, a libre demanda de día y de noche (mínimo 8 veces al día) por las múltiples ventajas inmunológicas, psicológicas, económicas y nutricionales irremplazables.
- Prevención de los problemas más frecuentes durante la lactancia.

- Lactancia en las madres que trabajan fuera del lugar. Extracción manual, almacenamiento y administración de la leche.
- Ablactación.
- Medicación y lactancia.
- Importancia de la lactancia materna continua, con alimentación complementaria desde los 6 meses hasta los 2 años de edad.
- Todos los servicios de salud, en particular los que atienden partos, deben aplicar los pasos para una lactancia materna exitosa.
- En casos excepcionales, en los que no es posible la lactancia materna (agalactia, hipogalactia, tuberculosis pulmonar activa, portadora de VIH/SIDA), se puede reemplazar la alimentación natural según prescripción médica. Para la alimentación sustitutiva se evitará el uso de biberón y en su lugar se recomienda el uso de taza, cuchara o gotero.
- Alimentación complementaria
- Introducción de alimentación complementaria a partir del sexto mes. En casos excepcionales se anticipará por indicación médica.
- Continuar la alimentación complementaria a la lactancia materna desde el sexto mes hasta los dos años de edad según esquema descrito en el Carné de Salud Infantil del niño/a.

Alimentación de los 6 meses de edad:

- Leche Materna
- Frutas dulces: manzana, pera, banano, papaya, granadilla, guayaba, mango.
- Verduras: zanahoria, espinacas, zapallo, habichuela, remolacha, acelgas, brócoli.

- Cereales: arroz, maíz, avena y cebada.
- Las frutas no deben cocinarse, se deben ofrecer en jugo o papilla. En preparación compota la cocción es mínima (5 minutos)
- Se debe elegir verduras de colores intensos, amarillos o verdes.
- Los cereales pueden prepararse en papilla, solo con un poco de leche materna o jugo de fruta
- No adicionar azúcar, sal, miel o panela a ninguna preparación

Alimentación de los 7-8 Meses de Edad:

- Importante continuar lactancia materna
- Iniciar carne de res, pollo y viseras
- Iniciar tubérculos: papa, yuca, arracacha, ñame, ullucos
- Iniciar plátano verde y/o maduro
- Variedad de formas (licuados, puré, compotas, desmechado)
- Mezclas o combinaciones (Consistencias, sabor, color y aroma)
- Trozos pequeños o triturados (No licuar)
- Introducción del hígado fuente importante de hierro
- No adicionar azúcar, sal, miel o panela a ninguna preparación

Alimentación de los 8-9 Meses de Edad:

- Importante continuar lactancia materna
- Iniciar las leguminosas: frijol, lenteja, blanquillos, alverjas, garbanzos y mezclas vegetales

- Yema de huevo según tolerancia individual
- Incluir aceite vegetal (girasol, maíz) de 1 solo ingrediente

Alimentación de los 10-12 Meses de Edad:

- Continuar con lactancia materna
- No se debe licuar ni triturar, dar trozos y cuadritos mayores
- Alimentación similar resto de familia
- Aumentar tamaño de porciones
- Comparte la mesa y los horarios de la comida familiar.
- Uso de sus propios utensilios de comida (platos, cubiertos, vaso)
- El número de comidas diarias es de 5 (3 principales, 2 refrigerios) a partir de los 12 meses
- No adicionar azúcar, sal, miel o panela a ninguna preparación

Alimentación a partir de los 12 meses de edad:

- Continuar con lactancia materna
- Productos elaborados de trigo: Galletas, pan, pastas
- Huevo completo a tolerancia individual
- Pescado Leche entera, yogurt, quesos
- Todas las frutas y verduras
- Mínima cantidad de azúcar, sal, miel o panela
- Todas las comidas que se sirvan al niño/a deben ser espesas.

Alteraciones de la Nutrición

Desnutrición: 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.

La Organización Mundial de la Salud define a la Desnutrición como la mayor amenaza individual a la salud pública mundial. La mejora de la nutrición es vista de modo amplio como la forma de ayuda más efectiva

Los efectos de la desnutrición en la primera infancia, que va desde los 0 a 8 años, pueden ser devastadores y duraderos.

Los niños que están desnutridos, los que no reciben la lactancia materna o sufren carencia de micronutrientes, tienen limitadas posibilidades de sobrevivir que aquellos niños que están bien alimentados, los seguimientos hechos por la UNICEF de los Progresos en la Nutrición de los Niños y las Madres muestra que dentro de este grupo están los hijos de madres que se desenvuelven en condiciones de pobreza, falta de salud y con una instrucción en valores y educación deplorable.

Mal nutrición: es el estado que aparece como resultado de una dieta desequilibrada, en la cual hay nutrientes que faltan, o de los cuales hay un exceso, o cuya ingesta se da en la proporción errónea. Puede tener como causa también la sobre alimentación.

Con una mala nutrición se puede reducir la inmunidad del organismo, haciendo que se aumente la fragilidad de la salud y debido a que el ser humano va a estar más vulnerable a las enfermedades, lo que termina por destruir el desarrollo físico y mental de los niños en etapa de crecimiento y desarrollo.

3) CONTROL DEL NIÑO SANO

El Ministerio de Salud tiene el programa de control del niño sano que se realiza gratuitamente a niños y niñas menores de 5 años.

Tiene como objetivos:

- Detección precoz de anomalías.
- Actividades de prevención.
- Educación para la salud familiar.

El control es muy importante pues constituye, un espacio idóneo para que los padres y madres puedan adquirir conocimientos sobre varios aspectos del crecimiento infantil, que van desde sus necesidades nutricionales, de vacunación, de salud y hasta las emocionales.

El control mensual y bimensual según la edad, ayuda a realizar un seguimiento de la medición de talla y peso pues el crecimiento físico, está directamente ligado al desarrollo de su inteligencia. Según los expertos, la niña o niño debe medir 70 centímetros al cumplir un año y 80 centímetros al tener dos años, ya que este es un indicador que asegura el sano crecimiento y desarrollo de la inteligencia, por eso es indispensable que quienes son responsables del cuidado del pequeño o la pequeña, le proporcionen una adecuada alimentación. (*Niño esperanza, una campaña de Ecuavisa y Unicef, juntos por la niñez.*)

Actividades que incluye control de niño sano:

- Historia clínica, carnet de salud de niño-a y examen
- Evaluación de crecimiento antropométrico peso, talla y perímetro cefálico (solo hasta los 2 años) graficado según edad y sexo
- Evaluación del desarrollo psicomotor en sus 4 áreas (motor, lenguaje, coordinación y personal-social)
- Estudio del medio ambiente familiar y social para la detección de déficits psicoafectivos
- Detección de patologías, con el uso del Programa de Control de enfermedades prevalentes (AIEPI), en especial respiratorias y diarreicas.

- Evaluación del estado nutritivo
- Evaluación de visión – audición
- Entrega de contenidos educativos (alimentación, hábitos de higiene, vestuario, estimulación desarrollo psicomotor, prevención de accidentes y otros)
- Vacunación
- Visita domiciliaria

4) SALUD INFANTIL

Comité de Evaluación de la Salud de los Niños de Estados Unidos dice que *la salud infantil se extiende a los niños individualmente o grupalmente que son capaces o están habilitado para (a) crear y desarrollar todo su potencial, (b) satisfacer sus necesidades, y (c) desarrollar las capacidades que les permitan interactuar con éxito con sus características biológicas, los entornos físicos y sociales*, este concepto se basa en la definición adoptada por la Carta de Ottawa en 1986.

Salud Materno-Infantil

Dentro de la salud pública no se puede hablar solo de la salud infantil de manera individual, sino se debe hablar de la salud materno-infantil que está encaminada a atender a la población diana; madre, recién nacido y familia. Dentro de los programas de salud materno-infantiles, la nutrición infantil es uno de los aspectos centrales, pero, la información existente no permite describir con precisión la magnitud de los trastornos nutricionales que afectan a los niños de las áreas investigadas.

La salud materno-infantil está dentro de la Salud Pública la cual se define como *“el conjunto de actividades encaminadas a promocionar y promover la salud, prevenir la enfermedad, a curar y a rehabilitar a la comunidad en general”*.

El MSP ha puesto a disposición de los clientes diferentes programas que favorecen la salud materno-infantil, tales como:

- **Desnutrición Cero**, que como programa sirve para atender a mujeres embarazadas y niños con edad menor a un año con el propósito 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.
- **Tamizaje Neonatal**, tiene como meta prevenir las discapacidades asociadas a cuatro enfermedades:
 - Hipotiroidismo Congénito
 - Fenilcetonuria
 - Galactosemia
 - Hiperplasia Suprarrenal congénita.

La prueba es gratuita y se la efectúa 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.

- **Programa Integrado de Micronutrientes (PIM)**, que ya se los menciono anteriormente y fue creado con el objetivo de contribuir a la reducción y prevención de los problemas nutricionales.
- **Maternidad Gratuita**, programa que pretende el acceso a la salud, de las gestantes, madres y sus hijos financiando sus gastos médicos, micronutrientes, insumos médicos y de laboratorios, en todas las unidades de Salud Pública del País para prestaciones de salud sexual y reproductiva sin costo para los usuarios la misma que está vigente desde el 2002.

2.5. Hipótesis

Existe relación con el ser madre adolescente y el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad.

2.6. Variables de la hipótesis

- **Variable Independiente:** Madre adolescente
- **Variable Dependiente:** Crecimiento y desarrollo de los niño de 0 a 2 años 6 meses de edad
- **Nexo o Término de Relación:** Relación

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque

Al tratarse de una investigación enmarcada dentro del paradigma crítico–propositivo, el enfoque es predominantemente cuanti-cualitativo pues trata de comprender el fenómeno en su totalidad, logrando una visión más amplia en los aspectos globales del mismo. Se busca investigar las características del problema y comprenderlos para buscar soluciones acertadas, mediante la presentación de una propuesta en una acción conjunta en donde interactúen la madre y su hijo.

3.2. Modalidad Básica de la Investigación

En la presente investigación se trabaja con una modalidad mixta, porque su estudio es tanto de campo, como bibliográfico.

De Campo pues se investiga tanto a las madres adolescentes, como a sus hijos, en su entorno, para observar la realidad de su situación, sus condiciones de vida y de manera especial se identifican las alteraciones que se pudieran presentar en cuanto al crecimiento y desarrollo de sus hijos durante los primeros 2 y medio años de vida. Es además Bibliográfico porque se profundiza en el aspecto teórico de esta problemática basándose en criterios científicos de varios autores, al igual que se analizan estándares utilizados por el MSP para valorar a los niños y se hace uso de algunos de los contenidos de los programas y políticas de salud dirigidas hacia esta población.

3.3. Nivel o Tipo de Investigación

Este estudio parte desde un nivel exploratorio que permite ubicar de manera correcta la situación objeto y también desde el nivel descriptivo porque se comparará las diferentes problemáticas que se presenten en la investigación. Se realizará también una asociación de variables a fin de buscar e identificar sí la

presencia de alteraciones o patologías en el desarrollo y crecimiento de los niños tienen relación con las etapas ocurridas en el embarazo y la maternidad en la adolescencia, o sí tienen que ver con algún otro factor. Este tipo de investigación permite evaluar las variaciones de comportamiento de una variable en función de otra.

3.4. Población y Muestra

3.4.1. Población

Para realizar siguiente estudio se utilizó el siguiente universo de trabajo que pertenece al Área de Salud No 7 del MSP, en los que se hallan los Sub-centros de Salud de Santo Domingo del cantón Cevallos y del Placer del cantón Quero, de la provincia de Tungurahua. Constituidos de la siguiente manera:

Cuadro 6

PUESTOS DE SALUD		
Población en estudio	Sto. Domingo del cantón Cevallos	Placer del cantón Quero
Casos	1	5

Realizado por Investigadora: Natalia Santos

3.4.2. Muestra

Para esta investigación se usara la muestra NO PROBABILÍSTICA INTENCIONAL, debido a la escasa presencia de casos en cada uno de los puestos de salud designados, por diferentes razones como son que las pacientes prefieren acudir a otras instituciones de salud ya sean públicas o privadas. Pero además se debe aclarar que los casos en cada lugar son 2 y 4, lo que justifica el motivo para realizar el presente estudio.

3.5. Operacionalización de Variables

Cuadro 7 Variable Independiente: Madre Adolescente

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Se llama madre adolescente a quien ha tenido un embarazo y parto entre los 10 a 19 años de edad.	Embarazo y Parto	<ul style="list-style-type: none"> - Edad del embarazo. - Embarazo planificado o no. - Problemas en el embarazo. - Controles prenatales. - Tipo de parto. - Edad gestacional. - Lugar del parto. - Complicaciones en la madre. - Complicaciones en el niño. 	¿Qué características presentó en el embarazo y en el parto las madres adolescentes de los sectores a ser investigados?	Encuesta	Cuestionario
	Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> - De 10 a 13 años. - De 14 a 16 años - De 17 a 19 años 	¿Cuántas adolescentes han sido atendidas por embarazo y control postparto en los sectores investigados de: ¿Entre 10 y 13 años? ¿Entre 14 y 16? ¿Entre 17 y 19?	Encuesta	

Fuente: Subcentros de Salud del Placer y Santo Domingo
 Realizado por Investigadora: Natalia Santos

Cuadro 8 Variable Dependiente: Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del Niño de 0 a 2 años, 6 meses de edad.

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMES BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Manifestaciones o patologías que alteren el normal crecimiento y desarrollo del niño.	Alteraciones en el crecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Obesidad - Sobrepeso - Bajo peso - Bajo peso severo - Baja talla - Baja talla severa - Macrocefalia - Microcefalia 	¿Existen alteraciones en los índices antropométricos de los niños, hijos de madres adolescentes?	Observación	<ul style="list-style-type: none"> - Registro específico. - (Historia clínica o carné de salud infantil) - Cuaderno de notas
	Alteraciones en el Desarrollo.	Alteraciones en: <ul style="list-style-type: none"> - Motricidad gruesa. - Motricidad fina. - Lenguaje. - Desarrollo Cognoscitivo - Desarrollo Social. 	¿Existen alteraciones en el desarrollo motor, cognoscitivo, social y el lenguaje de los niños hijos de madres adolescentes?	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta - Test de Barrera Moncada y Aldrich y Norval - Indicadores de Desarrollo del Manual de AIEPI (2006) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario - Cuestionario del testde Barrera Moncada y Aldrich y Norval - Indicadores de Desarrollo del Manual de AIEPI (2006)

Fuente: Subcentros de Salud del Placer y Santo Domingo
Realizado por Investigadora: Natalia Santos

3.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

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 como son la ficha médica y el carnet de salud en los infantes a fin de obtener información sobre medidas antropométricas y evolución de su crecimiento y desarrollo.

La encuesta utilizará como instrumento un cuestionario que 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 utilizará el test de Denver.

3.7. Plan de Recolección de la Información

El sustento de la presente investigación surge de la colaboración tanto del personal de salud que labora en los diferentes puestos de salud, como de las personas sujetos de este estudio.

Cuadro 9

PREGUNTAS BÁSICAS	INFORMACIÓN
¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos y comprobar la hipótesis
¿De qué persona u objeto?	Las madres adolescentes y sus hijos que viven en Santo Domingo del cantón Cevallos y del Placer del cantón Quero
¿Sobre qué aspectos?	Embarazo, maternidad, crecimiento antropométrico, desarrollo psicomotriz y vacunación
¿Quién?	Natalia Santos
¿Cuándo?	Período 23 de junio a 23 de noviembre del 2012
¿Dónde?	Puestos de Salud de Santo Domingo del cantón Cevallos y del Placer del cantón Quero, del Área 7 del MSP, de la provincia de Tungurahua.
¿Cuántas veces?	Las que sean necesarias aplicar para la veracidad de la investigación
Técnicas de recolección	Encuesta, observación
¿Con qué?	Entrevista, cuestionario
¿En qué situación?	Ambiente poco social y de difícil acceso

Realizado por Investigadora: Natalia Santos

3.8. Procesamiento de la Información e Interpretación de Resultados

Una vez aplicadas las encuestas a las madres adolescentes, personal y autoridades de los diferentes puestos de salud se procederá al estudio estadístico descriptivo de las mismas, y se tabularán los datos a través de números y porcentajes, para luego realizar cuadros y gráficos de los diferentes aspectos que se investiga, para de este modo realizar el análisis e interpretación de los datos que ayudaran a inferir las conclusiones que llevan a verificar las hipótesis planteadas, y finalmente poder hacer recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ENCUESTA DIRIGIDA A: el personal de los Sub-centros de salud de Sto. Domingo de Cevallos y de El Placer de Quero

1. ¿Cuál es la causa más importante para que existan madres adolescentes?

Tabla 1

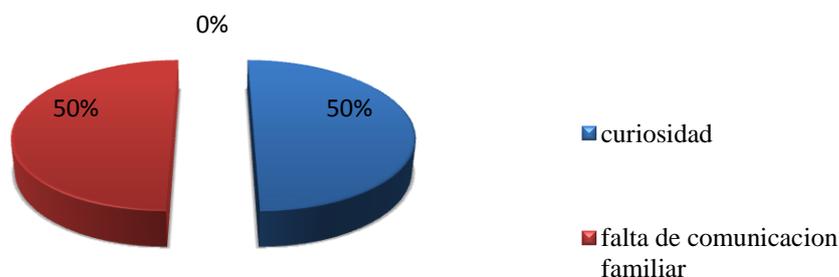
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Curiosidad	3	50
Falta de comunicación familiar	3	50
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 1

CAUSAS PARA QUE EXISTAN MADRES ADOLESCENTES



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla muestra que del 100% de los entrevistados en los Sub-centros de salud el 50% contestan que tienen curiosidad, mientras el otro 50% refieren que es por falta de comunicación familiar o conocimiento.

Esta encuesta al ser graficada determina que la mitad de adolescentes se convierten en madres por la curiosidad de experimentar una relación sexual lo que es un aspecto muy preocupante ya que indica que no existe una adecuada información y educación acerca del sexo seguro y responsable, mientras que la otra mitad prueba la existente debilidad en las comunicaciones familiares.

2. ¿A qué rango de edad se presentan los casos más frecuentes de madres adolescentes?

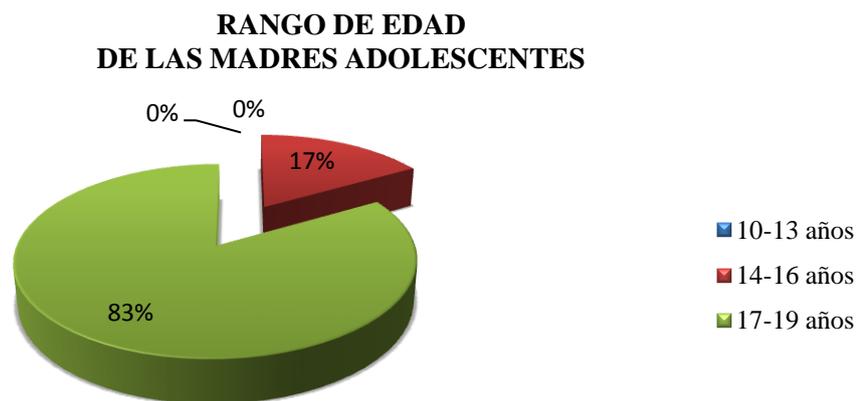
Tabla 2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
10-13 años	0	0
14-16 años	1	17
17-19 años	5	83
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 2



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el 100 % de las madres estudiadas, el 83% (5 mujeres), se convirtieron en madres entre los 17-19 años de edad, y solo el 17% (1 madre) lo hizo entre los 14 a 16 años y ninguna entre de las jóvenes de 10-13 años.

Se observa que la mayoría de las adolescentes de estas comunidades se convirtieron madres entre los 17 a 19 años edad, a pesar de que las jóvenes están atravesando una adolescencia están listas para tener hijos, pero preocupa ver que exista una madre entre los 14 a 16 años porque fisiológicamente tiene mayores complicaciones en el embarazo.

3. ¿De los siguientes parámetros que enfermedades que se han presentado con mayor frecuencia en los hijos de madres adolescentes?

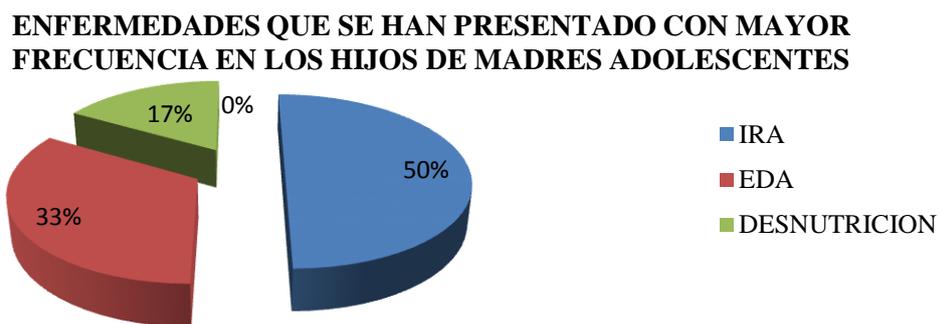
Tabla 3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
IRA	3	50
EDA	2	33
Desnutrición	1	17
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 3



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del 100% de los de enfermedades relacionadas a los hijos de madres adolescentes se muestra que las IRAs se presentan en un 50% de los niños esto es en 3 casos, luego las enfermedades las EDAs han afectado al 33% que son 2 niños, y solo en un 17% un niño se le atribuye a la desnutrición. Gráficamente se puede apreciar que la mayor parte de los hijos de madres adolescentes han padecido de alguna enfermedades en su vida, pero que en la mayoría se han presentado las IRAs luego están las EDAs y por último la desnutrición, todas estos problemas de salud se presenta con mayor frecuencia en los niños que viven en lugares con una higiene deficiente.

4. ¿Brinda usted educación a la madre adolescente sobre los diferentes test para la valoración del desarrollo psicomotriz cuidado de sus hijos?

Tabla 4

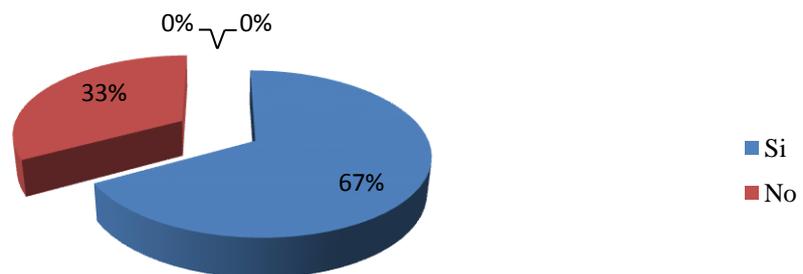
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	4	67
No	2	33
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 4

EDUCACIÓN QUE SE BRINDA A LA MADRE ADOLESCENTE SOBRE LOS DIFERENTES TEST PARA LA VALORACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ CUIDADO DE SUS HIJOS



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el 100% de las entrevistas que se hicieron a 6 personas que forman parte del personal de salud en los sub-centros, el 67% que son 4 personas, manifestaron que si se brinda la educación a las madres adolescentes acerca de estos test, mientras que el 33% manifestaron que no impartían ningún tipo de educación acerca de dichos test. En el gráfico se puede apreciar que en la mayor parte el personal de salud de las unidades estudiadas brindan la educación necesaria a las madres sobre aspectos referentes al test del desarrollo psicomotriz.

5. ¿Al evaluar el test de DENVER en el hijo de madre adolescente en que aspecto identifica alteración con mayor frecuencia?

Tabla 5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Personal Social	0	0
Motor Fino Adaptado	0	0
Lenguaje	0	0
Motor Grueso	0	0
No es evaluado	6	100
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo al cuadro y gráfico del 100%, (6 niños) no han sido evaluados en el test de Denver, por lo cual no se puede determinar ninguna alteración en aspectos como el lenguaje, motor fino adaptado, motor grueso y en lo personal social.

6. ¿De llegarse a identificar alguna alteración en el test de la pregunta anterior que actividad realiza?

Tabla 6

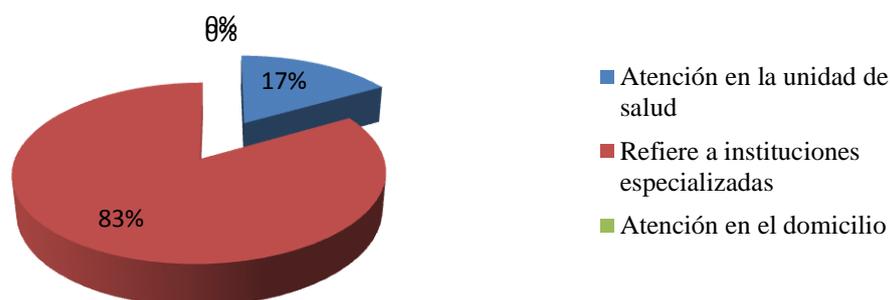
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Atención en la unidad de salud	2	33
Refiere a instituciones especializadas	4	67
Atención en el domicilio	0	0
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 5

ACTIVIDADES AL IDENTIFICAR LAS ALTERACIONES EN EL TEST



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del 100% de los casos, el personal de salud manifiesta en un (33%) lo que es 2 personas que de llegarse a identificar algún tipo de alteración en el test de Denver se podría dar atención a estos niños dentro de las unidades a su cargo, mientras que el (64%) 4 personas referirían los casos a especialistas o instituciones especializadas y ninguno lo atendería en los domicilios. Los resultados el gráfico muestran que el personal de los sub-centros de salud en su mayoría no aplica el test de Denver

7. ¿De acuerdo a lo observado en el crecimiento de los hijos de madres adolescentes en que percentil se encuentran según el índice talla-edad?

Tabla 7

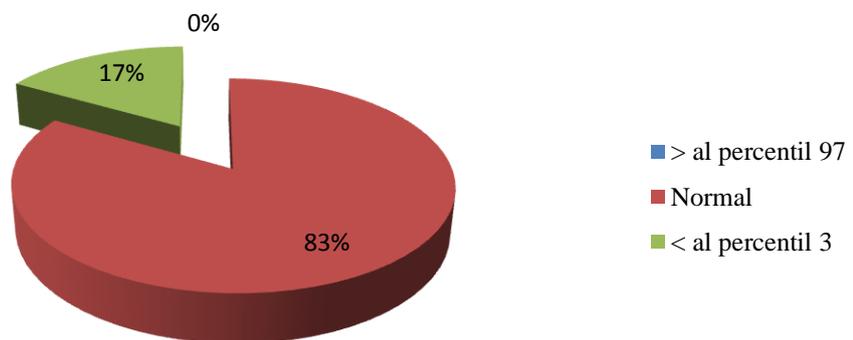
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
> al percentil 97	0	0
Normal 90-97	5	83
< al percentil 3	1	17
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 6

PERCENTIL EN EL QUE SE ENCUENTRAN LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES SEGÚN EL ÍNDICE TALLA-EDAD



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla muestra que del 100% esto es 6 niños, la mayor parte de estos que representan el 83% que son 5 niños se encuentran en un percentil normal dentro de las curvas talla-edad, estos niños reciben una alimentación adecuada y no existen problemas de desnutrición crónica, solo un niño que representa el 17% se la investigación presento desnutrición pero no implica que sea un problema crónico.

8. ¿De acuerdo a lo observado en el crecimiento de los hijos de madres adolescentes en que percentil se encuentran según el índice peso-edad?

Tabla 8

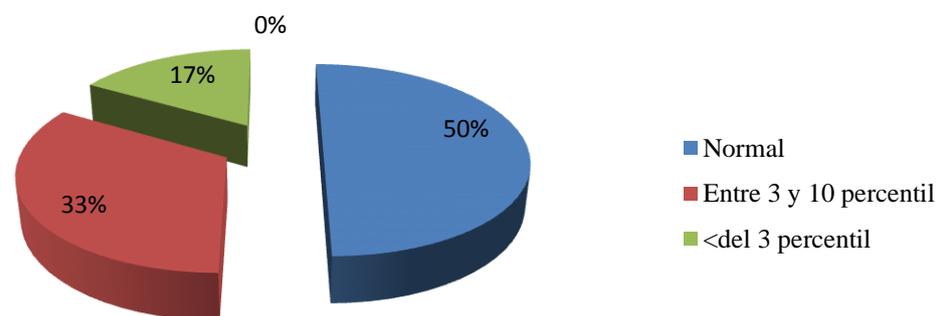
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Normal 90-97	3	50
Entre 3 y 10 percentil	2	33
<del 3 percentil	1	17
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 7

PERCENTIL EN EL QUE SE ENCUENTRAN DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES PESO - EDAD



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De todo los casos estudiados que son 6 y que es igual al 100% se puede distinguir que el 50% de los hijos de las madres adolescentes que son 3 casos se encuentran en el percentil 90-97 considerado dentro de lo normal y que muestran que los niños van adquiriendo una ganancia de peso acorde a la edad, luego del percentil 3 al 10 que son el 33% lo que son 2 casos se encuentran dentro de los rangos calificados como normales y solo un caso menor al percentil 3 que representa el 33% existe la presencia de desnutrición en un niño.

9. ¿Cumplen las madres adolescentes con el esquema de vacunación de sus hijos, en qué porcentaje?

Tabla 9

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
50%	0	0
75%	0	0
100%	6	100
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En cuanto al cumplimiento del esquema de vacunas, la totalidad de las madres esto es 6 madres cumplen con el 100% de la vacunación de sus niños, este resultado se puede observar que existe responsabilidad de parte de las jóvenes madres en cuanto al cumplimiento de la vacunación de sus hijos. Además hay que añadir que los sub-centros de salud de los sectores investigados están haciendo una gran labor en cuanto a la vacunación ya sea con los barridos y con el monitoreo rápido de cobertura.

10. ¿Qué actividad se debería implementar para que las madres adolescentes mejoren el crecimiento y desarrollo de sus hijos?

Tabla 10

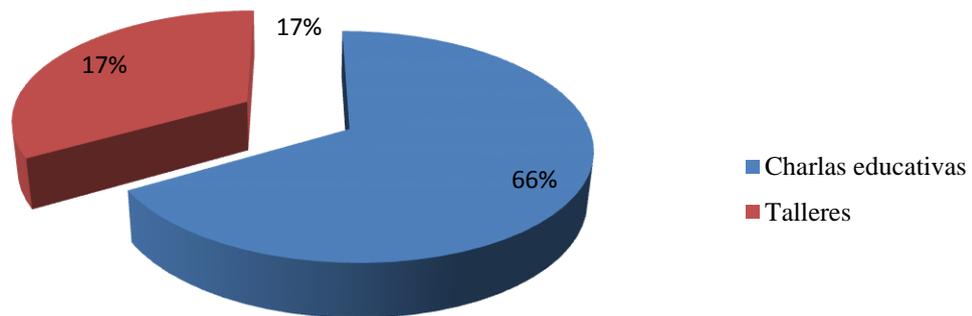
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Charlas educativas	4	67
Talleres	2	17
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 8

ACTIVIDAD SE DEBERÍA IMPLEMENTAR PARA QUE LAS MADRES ADOLESCENTES MEJOREN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE SUS HIJOS



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del 100% del personal de encuestado 6 personas el 67% que son 4 personas creen que es necesario que se implementen actividades como charlas educativas para que exista una mejora en la calidad de vida y de salud de las madres adolescentes y de sus hijos, mientras que 2 personas que es el 33% piensa que es mejor el uso de talleres.

4.2. ENCUESTA DIRIGIDA A: las Madres Adolescentes que asisten a puestos de salud de Sto. Domingo de Cevallos y de El Placer de Quero.

1. ¿Presentó algún tipo de complicación durante el embarazo?

Tabla 11

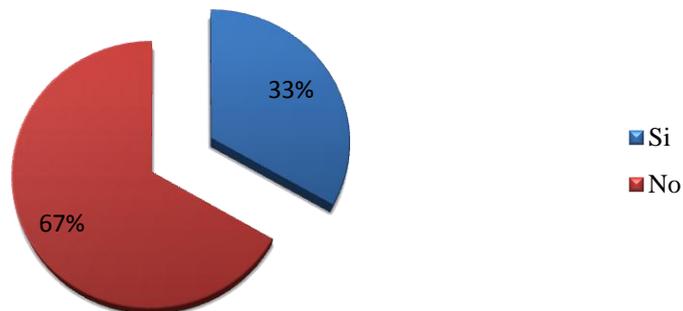
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	2	33
No	4	67
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 9

PRESENCIA DE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo al gráfico del 100% de madres adolescentes encuestadas 6 madres, el 67% lo que son 4 madres no presentaron ningún tipo de alteración durante su embarazo, mientras que el 33% (2 madres) tuvieron complicaciones debido a la presencia de algún tipo complicación, a pesar que las complicaciones durante el embarazo no fueron frecuentes las madres manifestaron haberse sentido bien durante su gestación.

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos se han visto afectados en su maternidad?

Tabla 12

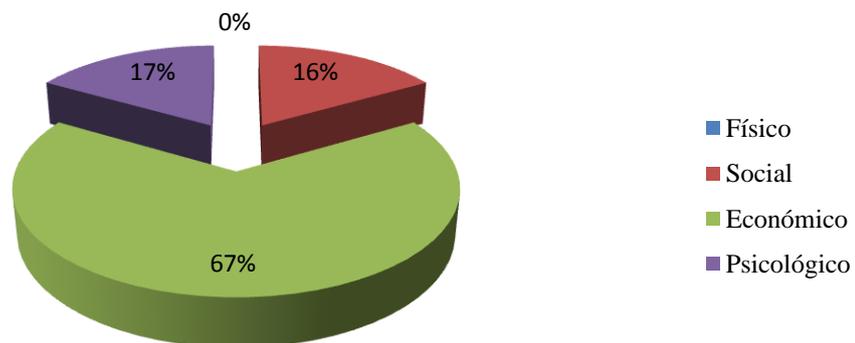
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Físico	0	0
Social	1	17
Económico	4	67
Psicológico	1	17
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 10

ASPECTOS QUE SE HAN VISTO AFECTADOS DURANTE LA MATERNIDAD



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo al gráfico se puede apreciar que el 67% que es igual a 4 madres adolescentes se sintieron afectadas en el aspecto económico, esto se debe a que ellas no se encuentran preparadas para afrontar los gastos y la manutención de sus hijos. Mientras que afectadas en aspectos como lo social y psicológico solo fueron el 17% esto es una de cada una, y ninguna pensó o sintió sentirse afectada en lo físico.

3. ¿Se ha visto afectado su ámbito familiar?

Tabla 13

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	6	100
No	0	0
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 100% de las madres adolescentes contestaron que el ámbito familiar se vio afectado debido a su maternidad por haberse convertido en madres tan jóvenes.

4. ¿Qué aptitud tomo la gente de su entorno frente a su maternidad?

Tabla 14

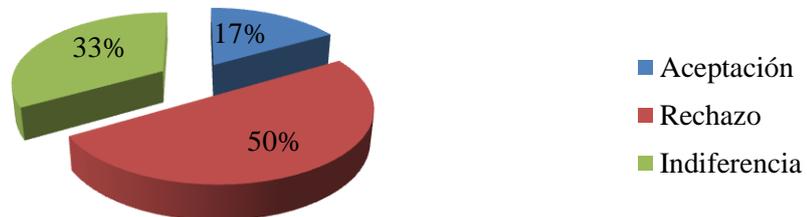
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Aceptación	1	17
Rechazo	3	50
Indiferencia	2	33
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 11

APTITUD FRENTE A LA MATERNIDAD



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 50% de madres adolescentes encuestadas que es igual a 3 jóvenes, contestaron que fueron rechazadas debido a su embarazo lo que indica que no existe una total aceptación por parte de la sociedad ante el problema de las madres adolescentes, mientras que el 33% que son 2 percibieron indiferencia por parte de su entorno y solo 1 madre que representa el 17% dijo tener la aceptación por parte de la gente.

5. ¿Señale su edad al convertirse en madre?

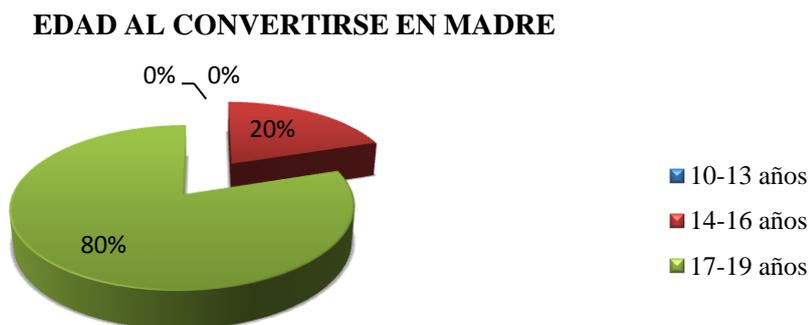
Tabla 15

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
10-13	0	0
14-16	1	17
17-19	5	67
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 12



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el 100% de las encuestas hechas un 17% lo que es 1 madre se convirtió en madre entre los 14 a 16 años a pesar de que solo es un caso es alarmante porque la madre sigue siendo muy joven e inmadura física y psicológicamente para enfrentar el reto de la gestación y posteriormente la maternidad, mientras que un 67% que es igual a 5 adolescentes lo hicieron entre 17 a 19 años. En el análisis e interpretación se puede observar que el fenómeno de la maternidad adolescente continua incrementándose.

6. ¿Ha observado diferencia en su niño en cuanto a peso y talla en comparación con otros niños de su edad?

Tabla 16

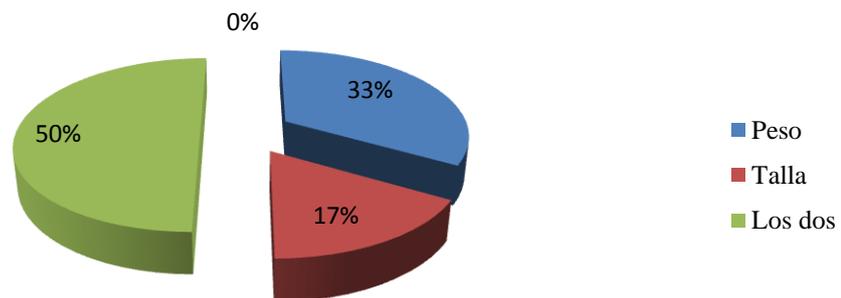
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Peso	2	33
Talla	1	17
Los dos	3	50
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 13

DIFERENCIA DEL NIÑO EN CUANTO A PESO Y TALLA EN COMPARACIÓN CON OTROS NIÑOS DE SU EDAD



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Las madres adolescentes observan diferencia entre sus hijos en comparación con otros niños misma edad, en cuanto al peso y la talla, el 50% (3 madres) contestaron que la diferencia de sus hijos con otros niños se presenta en peso y en talla, el 33% que son 2 madres contesto que la diferencia es solo en cuanto al peso porque sus hijos eran más delgados, y el otro 17%, 1 madre notaba diferencia en cuanto a la talla, porque pensaba que su hijo es muy bajo. En la mayoría las madres desearían ver a sus hijos más gorditos o más altos.

7. ¿Recibió algún tipo de educación sobre el cuidado de su hijo por parte del personal de salud?, sobre:

Tabla 17

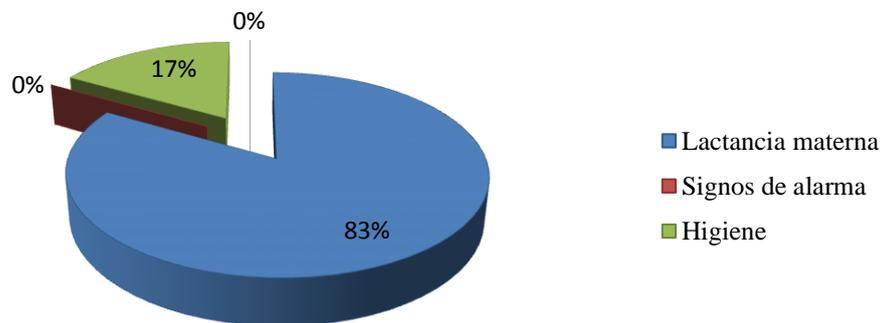
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Lactancia materna	5	83
Signos de alarma	0	0
Higiene	1	17
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 14

EDUCACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE SU HIJO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al 83% de las madres encuestadas que son 5, si se les ha brindado educación sobre lactancia materna, al 17% que es 1 madre dijo haber recibido educación acerca de la higiene y ninguna sobre signos de alarma. Se puede estimar que el personal de salud brinda mayor educación sobre la importancia de la lactancia materna y sobre la higiene, pero temas acerca del reconocimiento de los signos de alarma en sus hijos no han sido tratados.

8. ¿Hasta qué edad su hijo se alimentó solo de leche materna?

Tabla 18

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Hasta los 3 meses	0	0
Hasta los 6 meses o más	6	100
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 100% de madres adolescentes contestaron que amamantaron a sus hijos hasta los 6 meses de edad y más allá de esta edad. La lactancia materna ha sido la única opción de alimentación por parte de madres adolescentes para sus hijos hasta los 6 meses de edad y por encima de esta, lo que es muy alentador porque estos niños todavía cuentan con el aporte nutricional de la leche materna.

9. ¿Con qué frecuencia lleva al niño al control médico?

Tabla 19

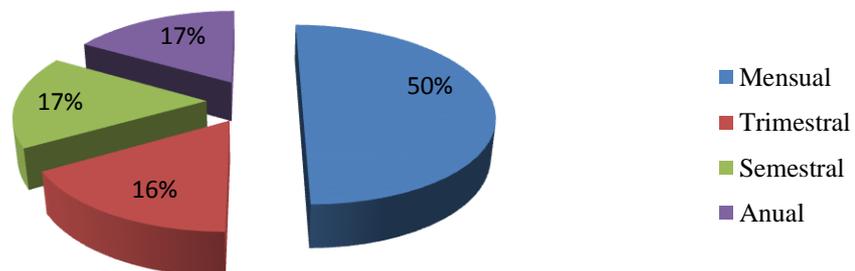
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Mensual	3	50
Trimestral	1	17
Semestral	1	17
Anual	1	17
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Gráfico 15

FRECUENCIA EN LA QUE LLEVA AL NIÑO AL CONTROL MÉDICO



Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En los resultados de las encuestas aplicadas a las 6 madres que corresponde al 100%, el 50% de madres llevan a su hijo al control médico cada mes, mientras que un 17% de madres adolescentes respondieron que llevan a sus hijos de forma trimestral, semestral y hasta anual al control médico. Tomando en cuenta el resultado anterior se puede apreciar que el mayor porcentaje de madres si cumplen con el control médico a sus hijos de forma mensual, pero sigue siendo preocupante la falta de interés o la despreocupación del resto de madres en cuanto a los controles que deben hacer en sus hijos.

10. ¿Cumple usted con el esquema de vacunación establecido para la edad de su hijo?

Tabla 20

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	6	100
No	0	0
TOTAL	6	100

Fuente: Encuestas

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Las madres adolescentes si cumplen en un 100% con el esquema de vacunación, indicando el interés acerca de la salud de sus hijos. las madres adolescentes conocen que la vacunación protege a sus hijos de enfermedades que pueden afectar tanto en su crecimiento como u desarrollo. Se debe destacar la labor de las instituciones de salud pública están haciendo para que se cumpla con la vacunación

4.3. Verificación de la hipótesis

Peso

Hipótesis

Hipótesis nula Ho: los valores del peso en los niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes de los sub-centros de salud de El Placer en Quero y Sto. Domingo en Cevallos no difieren de los valores referenciales, dentro del período investigado.

Hipótesis alternativa H1: los valores del peso en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes de los sub-centros de salud El Placer en Quero y Sto. Domingo en Cevallos difieren de los valores referenciales, dentro del período investigado.

Cuadro 10

PESO		
Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales del peso de los hijos de madres adolescentes los sub-centros de salud de El Placer en Quero y Sto. Domingo en Cevallos		
	<i>Peso</i>	<i>Peso real</i>
Media	6.36666667	5.983333
Varianza	0.31066667	0.469667
Observaciones	6	6
Varianza agrupada	0.39016667	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	10	
Estadístico t	1.06294827	
P(T<=t) una cola	0.15640005	
Valor crítico de t (una cola)	1.81246112	
P(T<=t) dos colas	0.31280011	
Valor crítico de t (dos colas)	2.22813885	

Fuente: Fichas de Observación.

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Resultado

La Hipótesis nula Ho se acepta es decir los valores promedio del peso, analizados de manera general los niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes de los sub-centros de salud de El Placer en Quero y Sto. Domingo en Cevallos se encuentran dentro de los valores normales referenciales.

Talla

Hipótesis

Hipótesis nula Ho: los valores de la talla en los niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes de los sub-centros de salud de El Placer en Quero y Sto. Domingo en Cevallos no difieren de los valores referenciales, dentro del período investigado.

Hipótesis alternativa H1: los valores de la talla en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes de los sub-centros de salud El Placer en Quero y Sto. Domingo en Cevallos difieren de los valores referenciales, dentro del período investigado.

Cuadro 11

TALLA		
Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales de la talla de los hijos de madres adolescentes los sub-centros de salud de El Placer en Quero y Sto. Domingo en Cevallos		
	<i>Talla</i>	<i>Talla real</i>
Media	62.2	57.2
Varianza	4.2	22.7
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	13.45	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	2.15565307	
P(T<=t) una cola	0.03160805	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.0632161	
Valor crítico de t (dos colas)	2.30600414	

Fuente: Fichas de Observación.

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Resultado

La Hipótesis alternativa H1 se acepta es decir los valores promedio de la talla, analizados de manera general los niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes de los sub-centros de salud de El Placer en Quero y Sto. Domingo en Cevallos revelan que si hay diferencia entre los valores normales referenciales.

Perímetro cefálico

Hipótesis

Hipótesis nula Ho: los valores del perímetro cefálico en los niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes de los sub-centros de salud de El Placer en Quero y Sto. Domingo en Cevallos no difieren de los valores referenciales, dentro del período investigado.

Hipótesis alternativa H1: los valores del perímetro cefálico en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes de los sub-centros de salud El Placer en Quero y Sto. Domingo en Cevallos difieren de los valores referenciales, dentro del período investigado.

Cuadro 12

PERÍMETRO CEFÁLICO		
Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales del perímetro cefálico de los hijos de madres adolescentes los sub-centros de salud de El Placer en Quero y Sto. Domingo en Cevallos		
	<i>Perímetro cefálico</i>	<i>Perímetro cefálico real</i>
Media	41.4	40.04
Varianza	0.7	1.608
Observaciones	5	5
Varianza agrupada	1.154	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	8	
Estadístico t	2.00173235	
P(T<=t) una cola	0.04015022	
Valor crítico de t (una cola)	1.85954804	
P(T<=t) dos colas	0.08030043	
Valor crítico de t (dos colas)	2.30600414	

Fuente: Fichas de Observación.

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Resultado

La Hipótesis alternativa H1 se acepta es decir los valores promedio del perímetro cefálico, analizados de manera general los niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes de los sub-centros de salud de El Placer en Quero y Sto.

Domingo en Cevallos revelan que si hay diferencia entre los valores normales referenciales.

Conclusión:

EL valor t-student calculado es menor al valor t crítico al 5% de significancia $P(T \leq t)$ dos colas por tanto se acepta la H_0 en la que se señala que no hay diferencia significativa entre ser madre adolescente con alteraciones en las medidas antropométricas y el desarrollo psicomotriz de los hijos de madres adolescentes.

#	Edad de la madre	Tipo de parto	Edad del niño	Genero	Peso	Peso real	Talla	Talla real	Per. Cef.	Per. Cef. Real	Pers. Social	Motor fino	Motor grueso	Language
1	19	E	5 m	F	6.8	6.5	64	59	42.2	41	** NEE	** NEE	** NEE	** NEE
2	19	E	4 m	F	6.2	5.3	62	55	41.2	40	** NEE	** NEE	** NEE	** NEE
3	18	E	3 m	F	5.4	5	59	50	40.2	38	** NEE	** NEE	** NEE	** NEE
4	19	E	4 m	F	6.2	6	62	59	41.2	40	** NEE	** NEE	** NEE	** NEE
5	19	E	5 m	F	6.8	6.6	64	60	42.2	41	** NEE	** NEE	** NEE	** NEE
6	15	D	5 m	F	6.8	6.5	64	62	42.2	41.2	** NEE	** NEE	** NEE	** NEE

** NEE.- No existen evaluaciones

Fuente: Fichas de Observación.

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

Al finalizar la interpretación de los datos investigados y relacionarlos con los datos obtenidos en la estudio de las historias clínicas, el carnet de vacunas y los Test de Denver aplicados en los hijo de madres adolescentes que reposan en los SCS de El Placer en Quero y Sto. Domingo en Cevallos, se puede apreciar, 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

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.

- A través de la presente investigación se pudo establecer que la relación entre ser madre adolescente y su influencia en el crecimiento y desarrollo de sus hijos entre las edades de 0 a 2 años y 6 meses no es trascendente, sin embargo el ser madre adolescente si representa un problema para la joven que se convierte en madre debido a los prejuicios y las dificultades socio económicas a los que ella se enfrenta.
- El crecimiento y desarrollo de los hijos de madres adolescentes no han sido afectados físicamente, pero se pueden dar otros problemas a largo plazo en el vínculo madre – hijo como consecuencia de que estos niños quedan al cuidado de otras personas para que sus madres pues estas tienen que dejarlos para salir a trabajar y/o estudiar.
- La falta de programas con carácter educativo y de apoyo dirigidos hacia estas jóvenes de manera individual o comunitaria, hace que este problema se agrave y se den problemas en la crianza de sus hijos, así como en su evolución como individuos.

5.2 Recomendaciones.

- Es indispensable que se ayude fortalecer la convivencia entre las madres y sus niños para que su crecimiento y desarrollo no se vean afectados y continúen de manera normal y equilibrada.
- Se debe implementar esquemas que favorezcan tanto el crecimiento y desarrollo, además de la procurar que la relación del apego afectivo entre este binomio se fortalezca para el futuro desarrollo de una personalidad sana.

- Es necesaria la creación de programas tanto con carácter educativo, como de apoyo que beneficien de manera individual y comunitaria el desenvolvimiento de las jóvenes madres y de sus hijos, y que además estos programas estén encaminados a reducir el índice de embarazos adolescentes.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos informativos

Título:

“Plan radial para reducir el índice de embarazos entre las adolescentes, perfeccionar la atención a sus hijos, y disminuir alteraciones en su crecimiento y desarrollo en los mismos”

Institución ejecutora

Universidad Técnica de Ambato

Beneficiarios

Madres adolescentes de los Sub-centros de Salud de Sto. Domingo de Cevallos y del Placer de Quero, perteneciente al Área de Salud N° 7 del MSP de la Provincia de Tungurahua.

Ubicación

Sub-centros de Salud de Sto. Domingo de Cevallos y del Placer de Quero.

Tiempo estimado para la ejecución

- Fecha de inicio: Junio 2012
- Fecha final: Noviembre 2012.

Responsable

- Natalia Elizabeth Santos Freire

Medio auxiliar

- Radio Panamericana del Cantón Quero

Costo

Cuadro 13

Materiales y Costos

Material de oficina	110
Internet	100
Transporte	50
Material didáctico	45
Refrigerio	50
TOTAL	355

Elaborado por: Natalia Santos

6.2 Antecedentes de la propuesta

El fenómeno de la maternidad adolescente es un problema creciente que necesita de la intervención de todos los sistemas sociales para poder enfrentarlo, y es por medio de estudios como el realizado que se puede empezar a buscar solución a problemas como el tratado en la investigación previa con el tema: **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD QUE ACUDEN A LOS SUB-CENTROS DE SALUD DE LAS PARROQUIAS DE EL PLACER EN QUERO Y SANTO DOMINGO EN CEVALLOS PERTENECIENTES, AL ÁREA DE SALUD N° 7 DEL MSP DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO 23 DE JUNIO A 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”**.

Se puede observar que son la falta de educación, información y métodos de comunicación las herramientas que hacen falta para reducir la creciente problemática alrededor de las madres adolescentes, de sus hijos y de sus familias; con la presente propuesta se busca llegar a esta población a través de nuevas vías para la difusión de dichos instrumentos.

6.3 Justificación

El proceso de educar a un segmento de la población donde la necesidad de comunicación es creciente, hace necesario buscar nuevas vías para que la información llegue con mayor aceptación dentro de un nuevo estilo que no sea el de solo recibir información escrita sino también de manera oral.

En la presente investigación se determina que el uso de un programa de radio donde se traten temas acerca de las madres adolescentes, ayudara a despertar el interés de las jóvenes y el público en general, y a través de este medio de difusión los actores directos e indirectos puedan participar y dar opiniones sobre esta problemática social. Además de brindar educación en temas relacionados a necesidades como el cuidado de los hijos de estas jóvenes, la vacunación, la planificación familiar, etc.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo general

Crear un espacio de concientización a través de la radio para mejorar la comunicación intrafamiliar en temas coadyuvantes a las madres adolescentes que acuden los sub-centros de salud de las parroquias de El Placer en Quero y Santo Domingo en Cevallos.

6.4.2 Objetivos Específicos

- Solicitar a diferentes emisoras de preferencia del sector que presten un espacio para la emisión de temas en beneficio a las madres adolescentes.
- Buscar temas que sean de interés para el público meta y que despierte interés a aquellos que forman parte de la audiencia de la emisora.
- Proporcionar al público adolescente un foro abierto donde puedan expresar sus opiniones y preocupaciones acerca de temas relacionados con salud sexual y reproductiva.

6.5 Análisis de Factibilidad

6.5.1 Factibilidad sociocultural

Este proyecto tiene un enfoque social porque su estudio se lo hizo con un grupo de madres adolescentes y sus hijos, en los sectores de Santo Domingo y El Placer, pertenecientes a los cantones de Quero y Cevallos. Tiene factibilidad cultural porque se quiere cambiar el modo de pensar de las adolescentes acerca de las relaciones premaritales y sus consecuencias, mediante charlas radiales, donde se enfoque el inicio de la vida sexual y reproductiva.

6.5.2 Factibilidad organizacional

Se cuenta con el respaldo de la Universidad Técnica de Ambato, mediante el VI Seminario de Graduación Coordinado por la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud. Los permisos enviados a los Sub-centros de Salud de Área # 7, facilitó el acceso a ciertos documentos para la investigación, se envió una solicitud a la propietaria y gerente de la Radio Panamericana del cantón Quero, para el permiso de transmitir los mensajes radiales a través de la emisora.

6.5.3 Factibilidad ambiental

Los programas radiales tienen gran acogida por parte del público adolescente generando el ambiente propicio para llegar con un mensaje a las madres y a la sociedad en general, esto ayuda a que la propuesta se desarrolle con normalidad.

6.5.4 Factibilidad financiera y económica

Para el cumplimiento de la propuesta se cuenta con los recursos económicos necesarios, permitiendo el autofinanciamiento de la investigación.

6.6 Fundamentación Científico - Técnica

6.6.1 Definición

Radio

La radio es un medio de comunicación masiva, que se basa en el envío de señales de audio a través de ondas de radio y permite la interacción entre los encargados de comunicar y la sociedad, con el propósito de lograr una dinámica informativa entre los radioescuchas.

Para el Programa Internacional para el Desarrollo de la Comunicación (PIDC) de la UNESCO. La radio es: *“el medio más favorable para los países en desarrollo, teniendo en cuenta su accesibilidad y rentabilidad. Es fácil de operar y asequible para muchas comunidades locales, que a menudo son dejadas de lado por los grandes medios de comunicación y canales de información”*.

Funciones de la radio

Existen varias y diversas reseñas que hablan sobre las funciones de la radio como medio de comunicación y el papel importante que juega en la sociedad como medio masivo de información. Para la UNESCO la radio es una herramienta para la educación que tiene diversas funciones, esta organización las ha establecido según un orden de prioridades y estas funciones son:

- Información.
- Educación y cultura.
- Desarrollo.
- Movilización política y social.
- Entretenimiento y recreación
- Publicidad y anuncios

Perfil de un programa radial

El perfil es un esbozo que define las características del programa radiofónico, tanto en forma como en contenido, que incluye una serie de elementos que crean simpatía y familiaridad con el público. Dichos elementos son:

GÉNERO: se refiere al enfoque del programa radial por ejemplo Radio-revista o llamada también magazine.

TIPO: se refiere al tipo de género (periodístico, educativo, de entretenimiento, comercial) Educativa y de entretenimiento.

NOMBRE: todo programa de radio debe tener un nombre original, creativo y único. Ej.: CONTRASTES.

OBJETIVO: tanto de manera general como específica que expresen la intención de satisfacer la necesidad de información en un sector de la población a efectos de orientar, informar y recrear.

PÚBLICO META: es el segmento de población al que se dirige el programa de radio y que efectivamente lo escuchará.

PÚBLICO BIENVENIDO: Es la población que podría estar interesada en escuchar el programa, pero al cual no se dirige el espacio.

TRANSMISIÓN: es el horario, por ejemplo Radio Corona (101.9 FM), miércoles, 3:00 pm.

FRECUENCIA: se refiere a la periodicidad de la transmisión: semanal, quincenal o mensual.

DURACIÓN: el tiempo de del programa, sí son 30 minutos el programa durara 25 a 27 minutos realmente por sus compromisos comerciales.

JUSTIFICACIÓN: se debe justificar todos lo anterior, de manera breve, entonces se justificara a qué se debe el género, por qué el nombre del programa, los objetivos, la emisora, la duración, el público meta y el horario de transmisión.

RESUMEN: El perfil debe incluir también una descripción del programa, sus participantes introducir los temas del programa y comentarios sobre el acontecer diario.

SECCIONES: se trata de separar los temas dentro de la programación con el propósito de tratarlos forma eficiente. Dentro del programa debe existir una lista de temas tentativos con el propósito de valorar si el espacio responde a las necesidades del medio.

Estructura de un programa de radio

Es la manera en que se diseña un programa de radio y esta se encuentra la temática, el tono y la duración.

Temas de radio

La temática radial en conjunto son asuntos a desarrollarse y que se abordan en un programa.

6.6.2 Contenidos temáticos

Tema # 1: LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

Cuadro 14

SUBTEMAS	CONTENIDO	DURACIÓN
Bienvenida e introducción al tema.	LA MATERNIDAD ADOLESCENTE	1 minuto
Pausa con música	A consideración de la emisora	2 minutos
De adolescente a mujer	Cuando se está en medio de la adolescencia las chicas cambian su cuerpo de niña a tener cuerpo de mujer y todos estos cambios físicos tendrán lugar en la pubertad depende de cada niña.	1 minuto
Cambios Fisiológicos	CAMBIOS PRIMARIOS (Relacionados con los genitales):	4 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • El útero, las trompas de Falopio y los ovarios, donde se forman los óvulos que desprenden y permiten la menstruación. • Aparece la primera menstruación. • Crece el vello púbico. <p>CAMBIOS SECUNDARIOS (Relacionados con el resto del cuerpo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • El pecho y las glándulas mamarias empiezan a crecer. • Se marcan la cintura y las caderas ensanchan. • Desaparece el vello fino en los brazos y la espalda y crece en las axilas. • La piel se hidrata y se vuelve más suave debido al cambio hormonal. • Cambio de voz en menor intensidad que en el hombre. • Crecimiento rápido, sobre todo de estatura. 	
Responsabilidad en el cuidado de un nuevo ser. (madurez prematura)	<p>La se tiene que hablar de una paternidad precoz, pero con el mayor peso recae sobre las chicas ellas deben enfrentar en el embarazo y las consecuencias que sus estado genera ya que su cuerpo no está al 100% desarrollado y durante esta etapa pueden sufrir ciertas complicaciones, tanto como en la madre o en el feto, y cómo salir adelante como una nueva familia y también aprender sobre las responsabilidades que esto genera.</p>	3 minutos
Aspecto Económico (inserción laboral obligatoria)	<p>Esta problemática que afecta cada vez más a las adolescentes, resulta en ver como las jóvenes con sus barriguitas</p>	2 minutos

	grandes y con sus mochilas van a las instituciones educativas y sus padres o sea los abuelos se responsabilizan de esta problemática, asumiendo no sólo la responsabilidad económica sino también en relación al cuidado de los niños, en el mejor de los casos, sino estas chicas están expuestas a subemplearse y no poder terminar con sus estudios.	
Consejos	La comunicación intrafamiliar es lo mejor, una educación sexual adecuada y orientada a proteger a los niños y jóvenes y que existan espacios donde se pueda hablar acerca de este problema como son la radio otros medios de comunicación.	3 minutos
Pausa con música	A consideración de la emisora	3 minutos
Palabras finales de concientización sobre esta temática	Buscar consejo con personas o entidades que tengan el conocimiento necesario y pensar en las consecuencias sus actos.	2 minutos
Música final	A consideración de la emisora	3 minutos

Realizado por Investigadora: Natalia Santos

Tema # 2: CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Cuadro 15

SUBTEMAS	CONTENIDO	DURACIÓN
Bienvenida e introducción al tema.	CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	1 minuto
Pausa con música	A consideración de la emisora	2 minutos
Problemas de salud durante el embarazo	Mal nutrición.- hay que señalar que la adolescencia es la etapa fundamental del crecimiento y desarrollo humano y cuando una adolescente se embaraza se pueden producir riesgos en la nutrición porque tanto madre como feto están	4 minuto

	<p>creciendo y los dos necesitan del aporte de nutricional, por lo tanto se crea una competencia entre la madre y el feto por los nutrientes esto terminara afectado el crecimiento fetal y el peso del recién nacido, porque el aumento de peso total durante el embarazo sirve para predecir el peso del niño al nacer, y cuando existe carencias de nutrientes va a existir un retraso en el crecimiento tanto en el peso como en su talla y van a surgir alteraciones en el desarrollo del bebe. Por otra parte en la madre se darán alteraciones como la anemia, hipoglucemia, dolores de cabeza, etc.</p> <p>También puede sumarse otro tipo de alteraciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pre eclampsia • Diabetes por embarazo • Falta de control médico durante el embarazo 	
<p>Salud mental en las adolescentes post parto.</p>	<p>Las alteraciones en el embarazo adolescente están ligadas a factores biológicos, psicológicos y sociales negativos que afectan tanto a la madre como al hijo; siendo la depresión posparto (DPP) uno de los principales riesgos.</p> <p>La DPP se define como un episodio de ánimo depresivo, con sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones, a menudo la joven se siente cansada o pierde el apetito y el sueño, pueden aparecer ideas o intentos de suicidio o incluso de deshacerse del niño, debido a los sentimientos depresivos, ideas obsesivas y la culpa. La madre se siente que es mala e incapaz de cuidar bien a su hijo, o no sentir ningún</p>	<p>4 minutos</p>

	apego emocional por éste.	
Falta de responsabilidad en el cuidado de sus hijos.	En la constitución política del Ecuador en el capítulo IV de los derechos económicos, sociales y culturales el <i>Art. 39.- Se propugnarán la maternidad y paternidad responsables.</i> En Ecuador son miles los niños que crecen sin la presencia del padre, esta carencia de la figura paterna ha acrecentado la idea de que el hombre tiene la capacidad de amar y cuidar a sus hijos, dejándolos en una situación de orfandad. Y para acrecentar los males la madre debe adoptar el rol de dos, madre y padre a la vez en el mejor de los casos y cuando la madre no pudo desarrollar el apego afectivo hacia su hijo, el niño deberá buscar amor de familia en terceros para no sentirse abandonado.	3 minutos
Consejos	Buscar la información necesaria acerca de los cuidados pre y post natales, además de buscar ayuda legal tanto para protección de las jóvenes y de sus hijos.	1 minutos
Pausa con música	A consideración de la emisora	3 minutos
Palabras finales de concientización sobre esta temática	Hoy en día las políticas actuales se preocupan del bienestar de la familia y de quienes son cabeza de hogar, pero de manera especial de los niños para que puedan crecer en un entorno biopsicosocial favorable para su crecimiento y desarrollo.	2 minutos
Música final	A consideración de la emisora	3 minutos

Realizado por Investigadora: Natalia Santos

Cronograma del Espacio Radial

Cuadro 16

SEMANAS	FECHA	TEMA	TIEMPO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Nov. 1-2013	LA MATERNIDAD ADOLESCENTE	24´	Dialogo informativo sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Los cambios físicos en la adolescencia • La madurez prematura • La inserción laboral 	NATALIA SANTOS
2	Nov.8-2013	CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	20´	Dialogo informativo acerca de: <ul style="list-style-type: none"> • Los Problemas de salud durante el embarazo 	NATALIA SANTOS
3	Nov. 15-2013	SEXUALIDAD	20´	Narración del tema	NATALIA SANTOS
4	Nov. 22-2013	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	20´	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de técnicas participativas • Dar a conocer la utilización correcta, ventajas y desventajas de cada uno de los métodos anticonceptivos. • Crear conciencia y responsabilidad en los adolescentes. 	NATALIA SANTOS

Realizado por Investigadora: Natalia Santos

6.7 MODELO OPERATIVO

Cuadro 17

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	PRESUPUETO	RESPONSABLE	TIEMPO
PRIMERA	1. Recolección de información y elaboración de materiales.	Difundir y socializar la información	<ul style="list-style-type: none"> Redacción de temas para la difusión radial 	<ul style="list-style-type: none"> Recurso humano Recurso financiero Recurso material 	<ul style="list-style-type: none"> Internet 100,00 Transporte 50,00 Material de escritorio 45,00 Impresiones 10,00 Refrigerio 50,00 	Natalia Santos	20´
SEGUNDA	2. Ejecutar el plan radial de capacitación sobre los temas de importancia para los adolescentes	Concientizar al 100% de las madres adolescentes en estudio	<ul style="list-style-type: none"> Permiso para la adquisición del espacio Radial 	<ul style="list-style-type: none"> Recurso humano 		Natalia Santos	5semanas Una vez por semana 20´ cada uno
TERCER O	3. Evaluar el plan de capacitación radial	Calcular el porcentaje de comprensión de la población	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración del Instrumento 	<ul style="list-style-type: none"> Recurso humano 		Natalia Santos	1 día

Realizado por Investigadora: **Natalia Santos**

6.8 Administración de la Propuesta

6.8.1. Unidad Operativa

La propuesta administrada por la Universidad Técnica de Ambato, la Facultad Ciencias de la Salud, la Carrera de Enfermería, con la colaboración de la Coordinación del VI Seminario de Graduación, el Personal de Salud de los Sub-centros de salud de El Placer y Sto. Domingo, y la Radio Panamericana del cantón Quero.

6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

El monitoreo y evaluación de la propuesta se lo realizará según lo planificado en el modelo operativo es decir a través de las exposiciones e intervenciones del público meta y/o bienvenido que se encuentren escuchando la radio se analizarán los resultados de la aceptación a los temas expuestos y se tomarán en cuenta las respectivas sugerencias para modificar la propuesta o a su vez mantenerla.

Cuadro 18

1.- ¿Que evaluar?	Los temas con contenido de interés entre los y las adolescentes: <ul style="list-style-type: none">• Cambios Físicos, sociales y Económicos en la adolescente.• Consecuencias de un Embarazo en la adolescencia
2.- ¿Por qué evaluar?	Para comprobar la importancia de la propuesta y arrojar aspectos importantes que aporten al cambio o mantenimiento de la misma.
3.- ¿Para qué evaluar?	<ul style="list-style-type: none">• Para demostrar que los conocimientos adquiridos entre los y las adolescentes les permite tener mejor conocimiento sobre las dificultades del embarazo y la maternidad adolescente.• Permitir que el público manifieste las dudas u opiniones sobre los temas tratados.• Identificar aspectos importantes.
4.- Indicadores.	<ul style="list-style-type: none">• Número de temas a ser emitidos en el espacio radial sobre de importancia para los y las adolescentes.• Claridad durante la exposición de los temas.• Aceptación del público acerca de los temas.

5.- ¿Quién evalúa?	Natalia Santos
6.- ¿Cuándo evaluar?	Durante la transmisión radial
7.- ¿Cómo evaluar?	Respondiendo a las preguntas que pueden surgir durante la transmisión de los temas
8.- Fuentes de Información.	Bibliografía
9.- ¿Con qué evaluar?	Rating de la transmisión

Realizado por Investigadora: Natalia Santos

BIBLIOGRAFÍA:

- Adames, Rudy. (2003). *La Investigación Científica*. Carabobo: Universidad de Carabobo.
- Arena, S. Z. (2003). *Aspectos Socioeconómicos de la Problemática de México*. México: Limusa.
- Equipo Nacional y Provincial del PAI y Colaboradores. (2006). *Manual de Normas Técnico – Administrativas, Métodos y Procedimientos de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)*. Quito: NUEVO ARTE.
- Mejía, G. (2006). *Guía Didáctica para Adolescentes*. México D.F: Books.
- Monroy, A. (2002). *Salud y Sexualidad en la Adolescencia y Juventud*. México: Pax.
- Price, D. (2007). *Enfermería Materno Infantil Texto Introductorio*. China: Saunders Elseveir.
- Wiley John. (2010). *Support during pregnancy for women at increased risk of low birth weight babies*. The Cochrane Collaboration. Published by & Sons, Ltd.

LINKOGRAFÍA:

- Beltrán, B. (2013). Las relaciones sexuales son cada vez más precoces en el Ecuador. Recuperado el 2013, de <http://www.hablemoslaplena.com/>: http://www.elcomercio.com/sociedad/Ecuador-sexo-relaciones-sexuales-estadisticas-educacion_sexual_0_895110523.html.
- Boletín Epidemiológico / OPS, Vol. 25, No. 2 (2004). Recuadro 1: Objetivos de Desarrollo del Milenio, Metas e Indicadores; objetivos 5 y 6. http://www.developmentgoals.org/About_the_goals.htm
- Eurocat. (2012). Congenital Anomalies and Public Health. Recuperado el 2012, de <http://www.eurocat-network.eu/>
- Extra. (2011). ¡Pilas con jugar al papá y a la mamá tan jovencitos! Recuperado el 2012, de Extra: <http://www.extra.ec/>
- Extra. (2011). Alarma por el aumento de adolescentes embarazadas. Recuperado el 2012, de Extra: <http://www.extra.ec/>
- La Hora. (2011). La realidad de un embarazo en la adolescencia. Recuperado el 2012, de La Hora: http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101209931/-1/La_realidad_de_un_embarazo_en_la_adolescencia_.html#.VEc2EeO6sy4
- Lurán, A., López, E., Pinilla, C., Sierra, P. (2004). Situación de la mortalidad por causas reducibles en menores de cinco años, Colombia, 1985-2004. <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v29n1/v29n1a12.pdf>

BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

- **EBRARY.** Marín, F. (2011). Adolescentes y maternidad en el cine: «Juno», «Precious» y «The Greatest». Comunicar, XVIII, 36, desde [http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10625944&p00=teen age%20motherhood](http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10625944&p00=teen%20age%20motherhood)
- **EBRARY.** Santrock, J (2010). Psicología del desarrollo en la infancia. 586, desde [http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10472977&p00=teen age%20motherhood](http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10472977&p00=teen%20age%20motherhood)
- **PROQUEST.** Moratilla, M., Taracena, B. (2012). Vulnerabilidad social y orfandad: trayectoria vital de una adolescente. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud/ Scholarly Journals, 10, 841-854, desde <http://search.proquest.com/docview/1095092816?accountid=36765>
- **SPRINGER.** Salguero, C. (1984). The Role of Ethnic Factors in Adolescent Pregnancy and Motherhood. Adolescent Parenthood, 75-98, desde <http://link.springer.com/book/10.1007/978-94-011-5924-1>
- **SPRINGER.** Merle, G., Church, M., (1982). Effects of Teenage Motherhood. Women's Sexual Experience/Explorations of the Dark Continent, 151-166, desde http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-4025-6_8

SOX

ANEXO I



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

A. Encuesta dirigida a: Autoridades que laboran en los Sub-centros de Salud de Sto. Domingo de Cevallos y El Placer en Quero.

B. Datos Informativos

Dirección:

Cargo:

C. Objetivo:

- Obtener información relacionada con los cuidados de las madres adolescentes hacia sus hijos de 0 a 2 años, 6 meses de edad.

D. INSTRUCCIONES

- Marque con una X la respuesta que usted considere correcta dentro de la apreciación personal

E. Cuestionario:

1. ¿Cuál es la causa más importante para que existan madres adolescentes?

- Curiosidad ()
- Falta de orientación ()
- Falta de comunicación familiar ()

2. ¿A qué rango de edad se presentan los casos más frecuentes de madres adolescentes?

- 10-13 () • 14-16 () • 17-19 ()

3. ¿De los siguientes parámetros que enfermedades se han presentado en los hijos de madres adolescentes?

- IRA () • Desnutrición ()
- EDA ()

4. ¿Brinda usted educación a la madre adolescente sobre los diferentes test para la valoración del desarrollo psicomotriz cuidado de sus hijos?

- Si () • No ()

5. ¿Al evaluar el test de DENVER en el hijo de madre adolescente en que aspecto identifica alteración con mayor frecuencia?

- Personal- social ()
- Lenguaje ()
- Motor fino adaptado ()
- Motor grueso ()
- No es evaluado ()

6. ¿De llegarse a identificar alguna alteración en el test de la pregunta anterior que actividad realiza?

- Atención en la unidad de salud ()
- Atención en el domicilio ()
- Refiere a instituciones especializadas ()

7. ¿De acuerdo a lo observado en el crecimiento de los hijos de madres adolescentes en qué percentil se encuentran según el índice talla-edad?

- Mayor al percentil 97 ()
- Normal 90-97 ()
- Menor al percentil 3 ()

8. ¿De acuerdo a lo observado en el crecimiento de los hijos de madres adolescentes en qué percentil se encuentran según el índice peso-edad?

- Normal ()
- Entre el 3 y 10 percentil ()
- Menor del 3 percentil ()

9. ¿Las madres adolescentes cumplen con el esquema de vacunación de sus hijos en un porcentaje de?

- 50% ()
- 75% ()
- 100% ()

10. ¿Qué actividad se debería implementar para que las madres adolescentes mejoren el crecimiento y desarrollo de sus hijos?

- Charlas educativas ()
- Talleres ()

Gracias por su colaboración



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

A. Encuesta dirigida a: Madres adolescentes que asisten a los Sub-centros de Salud de Sto. Domingo de Cevallos y El Placer en Quero.

B. Datos Informativos

Dirección:

Edad:

C. Objetivo:

- Obtener información relacionada con los cuidados de las madres adolescentes hacia sus hijos de 0 a 2 años, 6 meses de edad.

D. INSTRUCCIONES

- Marque con una X la respuesta que usted considere correcta dentro de la apreciación personal

E. Cuestionario:

1. ¿Presentó algún tipo de complicación durante el embarazo?

- Si ()
- No ()

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos se ha visto afectada en su maternidad?

- Físico ()
- Económico ()
- Social ()
- Psicológico ()

3. ¿Se ha visto afectado su ámbito familiar?

- Si ()
- No ()

4. ¿Qué aptitud tomo la gente de su entorno frente a su maternidad?

- Aceptación ()
- Rechazo ()
- Indiferencia ()

5. ¿Señale su edad el convertirse en madre?

- 10-13 ()
- 14-16 ()
- 17-19 ()

6. ¿Ha observado diferencia en su niño en comparación con otros niños de su edad?

- Peso ()
- Talla ()
- Los dos ()

7. ¿ Recibió algún tipo de educación sobre el cuidado de su hijo por parte del personal de salud?, sobre:

- Lactancia materna ()
- Signos de alarma ()
- Higiene ()

8. ¿Hasta qué edad su hijo se alimentó solo de leche materna?

- Hasta los 3 meses ()
- Hasta los 6 meses 0 más()

9. ¿Con qué frecuencia lleva al niño al control médico?

- Mensual ()
- Semestral ()
- Trimestral ()
- Anual ()

10. ¿Cumple usted con el esquema de vacunación establecido para la edad de su hijo?

- Si ()
- No ()

Gracias por su colaboración

ANEXO III
Cronograma

#	MESES Y SEMANAS ACTIVIDADES	MAR.	ABR.	MAYO	JUN.	JUL.	AGST.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1	Elaboración del proyecto del seminario de graduación hasta marzo de 2012	X									
2	Presentación del proyecto de seminario		X								
3	Aprobación del proyecto		X								
4	Inscripciones del 01 al 05 de mayo del 2012			X							
5	Matriculas del 07 al 11 de mayo de 2012			X							
6	Inicio de clases 14 de mayo de 2012			X							
7	Inicio de clases 14 de mayo 2012			X							
8	Módulo 1 PARTE I. problemática relacionada al embarazo en la adolescente Técnicas de evaluación de crecimiento y desarrollo del infante del 14 de mayo al 18 de junio de 2012			X	X						
9	Módulo 2 Diseño del proyecto de investigación 23 de junio al 14 de julio 2012						X	X	X		
10	Aprobación de temas y designación de tutores 16 de julio de 2012					X					
11	Módulo 3 Ejecución del proyecto y monitoreo 21 de julio al 08 de septiembre 2012							X	X	X	

Elaborado por Investigadora: Natalia Santos

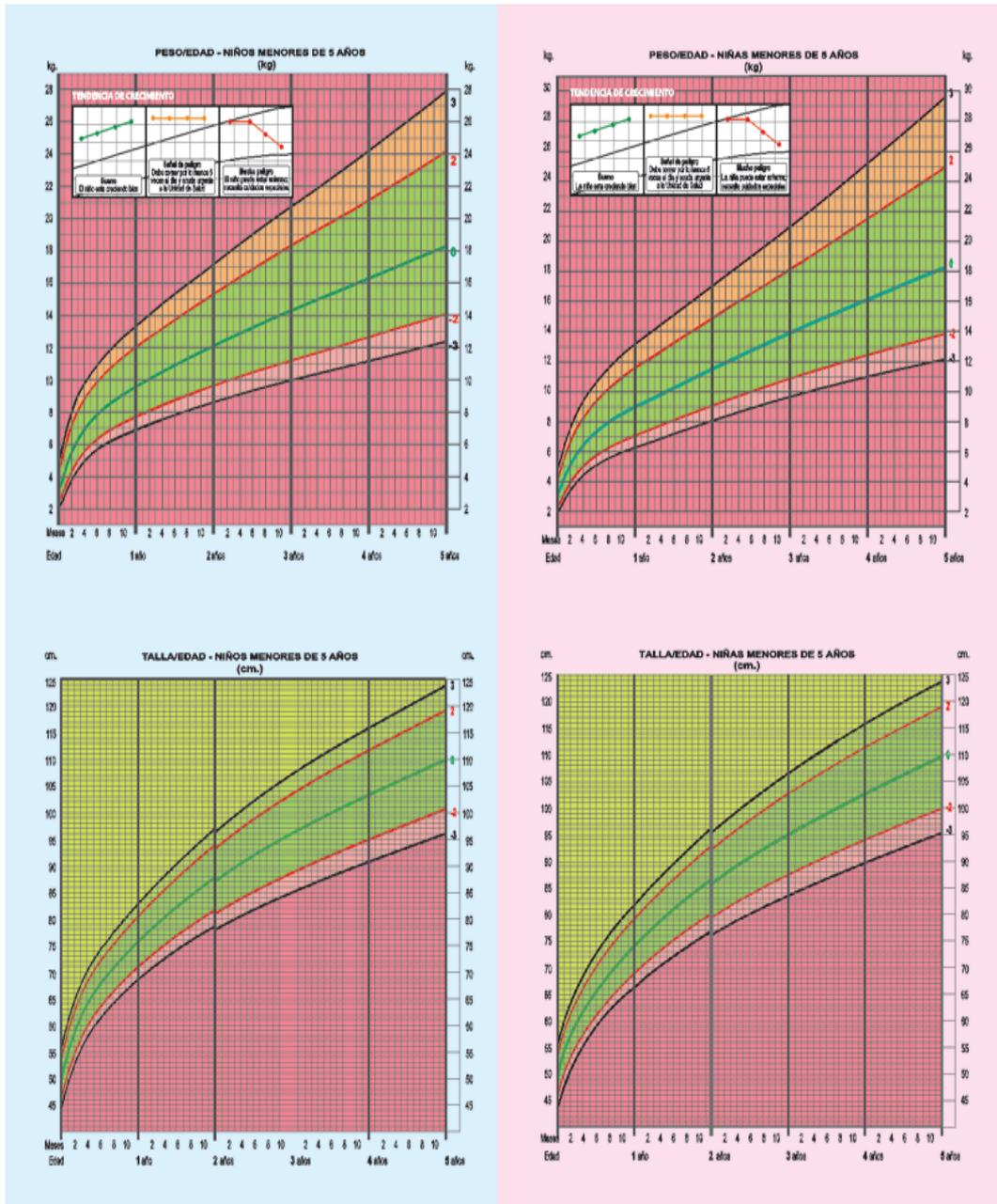
ANEXO IV

PUNTUACIÓN Z	ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO DE ACUERDO AL PUNTAJE Z				
	INDICADORES DE CRECIMIENTO				
	Longitud/talla para la edad	Peso para la edad	Peso para la longitud/talla	IMC para la edad	Perímetro cefálico para la edad en menores de 2 años
Por Encima de 3	Un niño en este rango es muy alto, en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos. Si hay sospecha referir al niño para una evaluación médica (ej. padres con una estatura normal y con hijo excesivamente alto para su edad).	Un niño cuyo P/E cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con peso para la longitud/talla o IMC para la edad.	Obeso	Obeso	Macrocefalia En estas condiciones los niños y niñas con macrocefalia o con microcefalia requieren referencia para evaluación médica especializada
Por Encima de 2			Sobrepeso	Sobrepeso	Macrocefalia En estas condiciones los niños y niñas con macrocefalia o con microcefalia requieren referencia para evaluación médica especializada
Por Encima de 1			Possible riesgo de sobrepeso Un punto marcado por encima de 1 muestra un posible riesgo. Una tendencia hacia la línea de puntuación z 2	Possible riesgo de sobrepeso Un punto marcado por encima de 1 muestra un posible riesgo. Una tendencia hacia la línea de puntuación z 2	

			muestra un riesgo definitivo	muestra un riesgo definitivo	
0 (Mediana)	NORMAL				
Por Debajo de -1					
Por Debajo de -2	Baja talla Es posible que un niño con retardo en talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso.	Bajo peso	Emaciado	Emaciado	Microcefalia En estas condiciones los niños y niñas con macrocefalia o con microcefalia requieren referencia para evaluación médica especializada
Por Debajo de -3	Baja talla severa Es posible que un niño con retardo o baja talla severa desarrolle sobrepeso.	Bajo peso severo Signos clínicos de marasmo y kwashiorkor, referir para atención especializada	Severamente emaciado	Severamente emaciado	Microcefalia En estas condiciones los niños y niñas con macrocefalia o con microcefalia requieren referencia para evaluación médica especializada

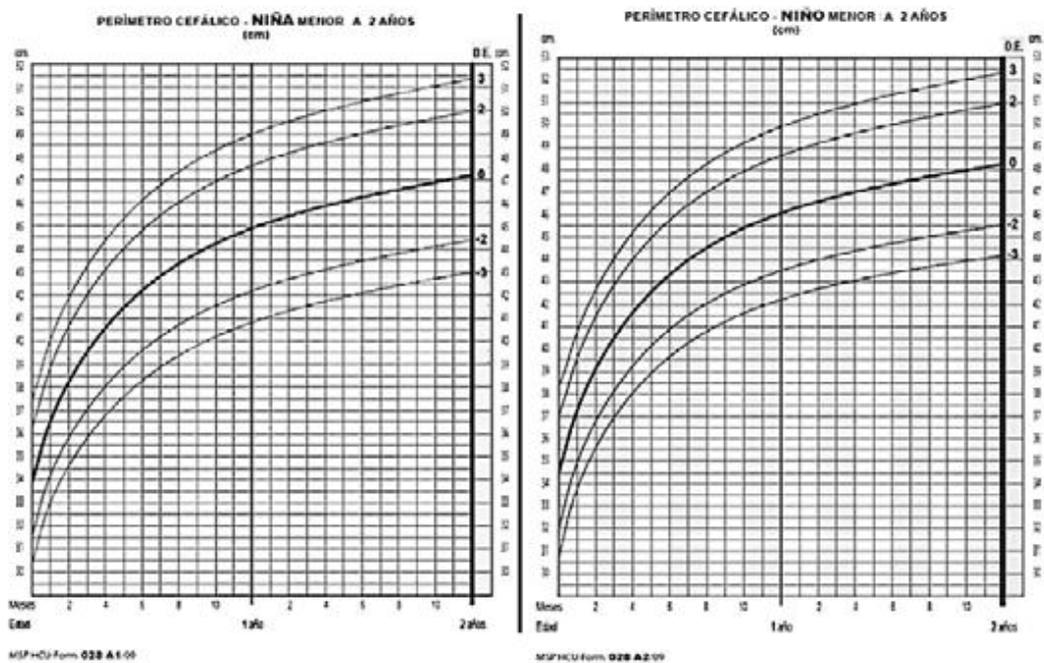
Fuente: OMS, Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño (2008)

ANEXO VI



Fuente: Curvas de Crecimiento del Carnet de Salud, MSP (2008)

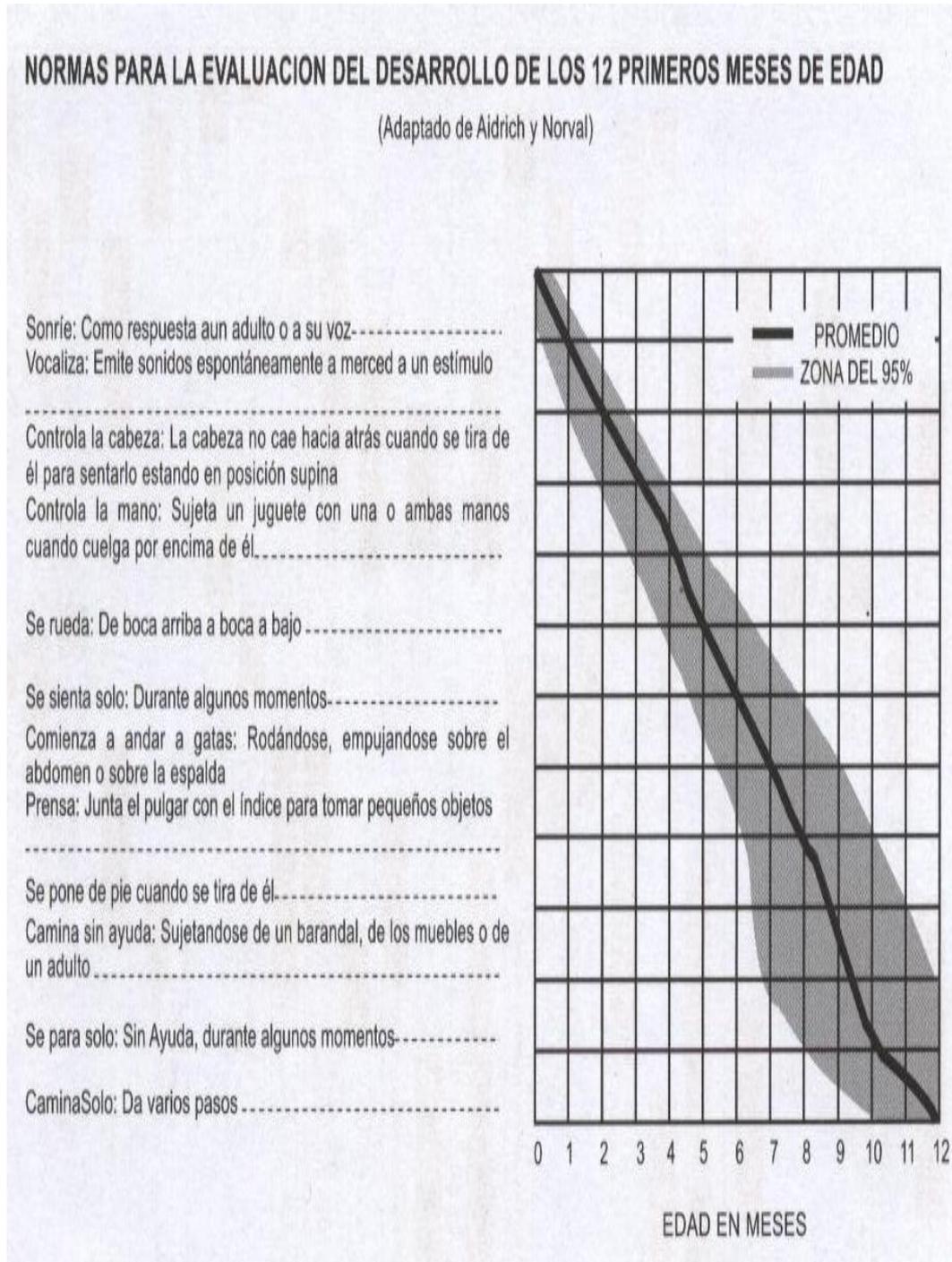
ANEXO VII



Fuente: Historia Clínica Única - MSP HCU - Form. 028 A1/09

ANEXO VIII

TEST DE ALDRICH Y NORVAL

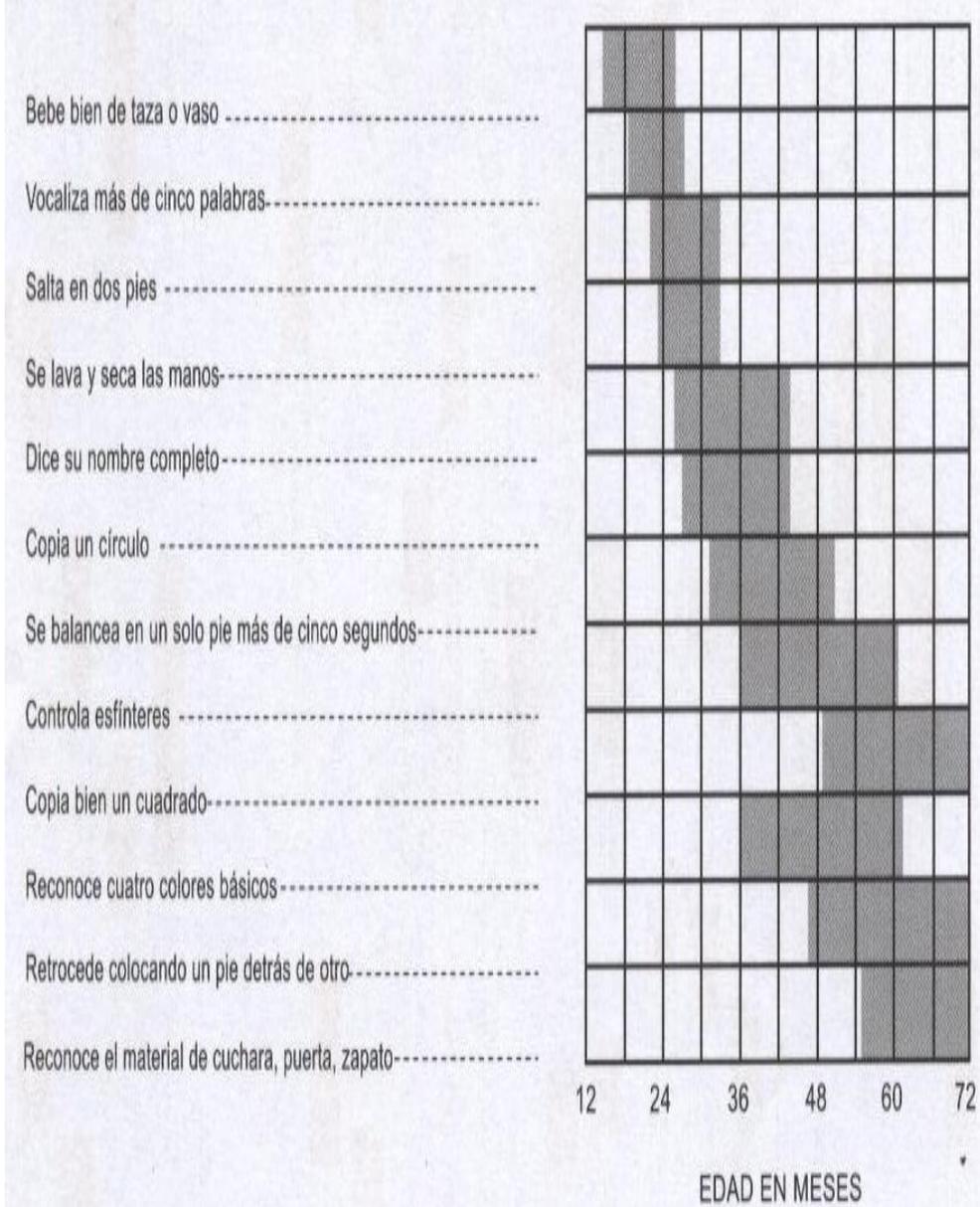


ANEXO IX

TEST DE BARRERA – MONCADA

NORMAS PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO DE LOS 12 A LOS 60 MESES DE EDAD

(Adaptado de Barrera - Moncada)



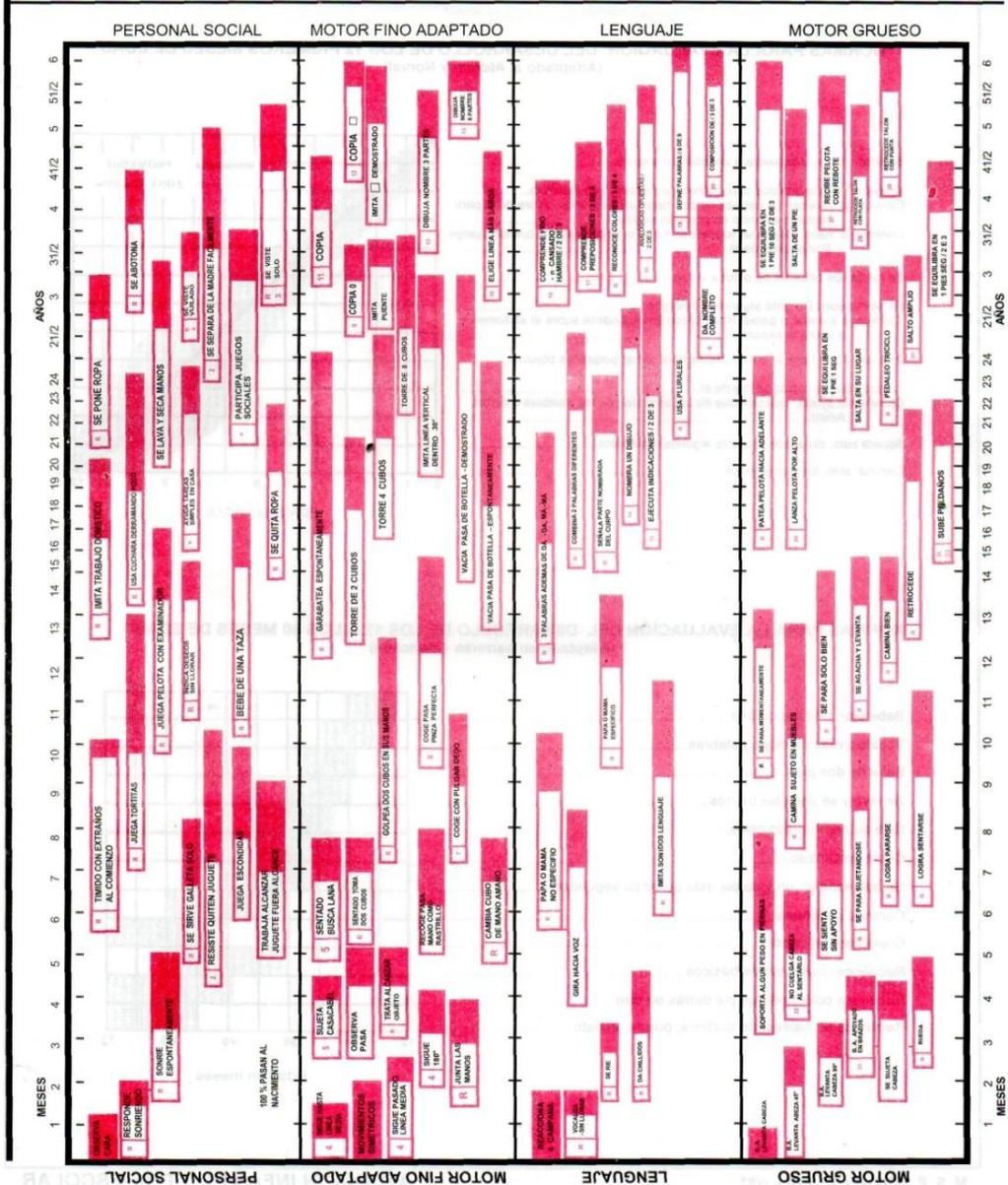
ANEXO X

TEST DE DENVER

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	Nº. HISTORIA CLINICA UNICA
------------------	---------	---------	----------------------------

B.A. = BOCA ABAJO PORCENTAJE DE NIÑOS APROBADOS
SE = SENTADO

EL "DENVER" EXAMEN DEL DESARROLLO DEL NIÑO



ANEXO XI



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

A. Encuesta dirigida a: Madres adolescentes y Radioescuchas de la Radio Panamericana del Cantón Quero.

B. Datos Informativos

Dirección:

Edad:

Sexo: **Hombre.....** **Mujer.....**

C. Objetivo:

- Obtener información relacionada con el índice de embarazos, la maternidad adolescente y la atención a sus hijos de 0 a 2 años, 6 meses de edad.

1. ¿Qué opina usted acerca de los embarazos en las adolescentes?
2. ¿Por qué piensa usted que el número de embarazos entre las adolescentes está aumentando?
3. ¿Cree usted que se debería hablar sobre sexualidad con los niños y jóvenes para que este fenómeno no ocurra?
4. ¿Según su percepción cree que las madres adolescentes están preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar a un hijo?
5. ¿Qué tipo de problemas de salud cree usted que las madres adolescentes pueden presentar?
6. ¿Piensa usted que los adolescentes hombres no asumen su responsabilidad y esto acrecienta más los índices de orfandad?

¡Gracias por su colaboración!