



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
VI SEMINARIO DE GRADUACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL SUB-CENTRO DE SALUD DE HUALCANGA EN QUERO, PERTENECIENTE AL ÁREA DE SALUD N° 7 DEL MSP DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO DEL 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”

Requisito previo a optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Lara Punina, Mayra Alexandra

Tutora: Lcda. Mg. Calero Lozada, Gloria Teresa

Ambato – Ecuador

Noviembre 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL SUB-CENTRO DE SALUD DE HUALCANGA EN QUERO, PERTENECIENTE AL ÁREA DE SALUD N° 7 DEL MSP DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO DEL 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”de Mayra Alexandra Lara Punina, 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, Agosto del 2013

LA TUTORA

Lcda. Mg. Calero Lozada Gloria

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 AL SUB-CENTRO DE SALUD DE HUALCANGA EN QUERO, PERTENECIENTE AL ÁREA DE SALUD N° 7 DEL MSP DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO DEL 23 DE JUNIO AL 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, Agosto del 2013

LA AUTORA

Mayra Alexandra Lara Punina

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, Agosto del 2013

LA AUTORA

Mayra Alexandra Lara Punina

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 AL SUB-CENTRO DE SALUD DE HUALCANGA EN QUERO, PERTENECIENTE AL ÁREA DE SALUD N° 7 DEL MSP DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO DEL 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”** de Mayra Alexandra Lara Punina estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre del 2013

Para la constancia firman:

Presidente/a

1^{er} Vocal

2^{do} Vocal

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios,
por haberme dado la vida y permitirme el
haber llegado hasta este momento tan
importante de mi formación profesional A
mi madre, por ser el pilar más importante
A mi esposo por demostrarme siempre su
cariño y apoyo incondicional A mis hijas
quienes se transformaron en esa fuerza de
lucha que día a día era invencible.

Mayra

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato
y en especial a mi tutora Lcda. Gloria
Calero quien supo impartir sus sabios
conocimientos e hizo posible llegar a
este lugar.

Gracias

ÍNDICE

ÍNDICE DE CONTENIDOS	PÁGINAS
TÍTULO O PORTADA	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	xviii
SUMMARY	xix
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Tema	2
1.2 Planteamiento del problema.....	2
1.2.1 Contextualización	2
1.2.2 Análisis Crítico	4
1.2.3 Prognosis	5
1.2.4 Formulación del Problema.....	5
1.2.5 Preguntas Directrices.	5
1.2.6 Delimitación del Problema	5

1.3 Justificación.....	6
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1 Objetivo general.....	7
1.4.2 Objetivos específicos.....	8

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Investigaciones Previas.....	9
2.2 Fundamentación Filosófica.....	12
2.3 Fundamentación Legal.....	12
2.4 Categorías Fundamentales.....	15
2.4.1 Madre Adolescente.....	16
2.4.2 Embarazo Adolescente.....	16
Factores.....	16
Factores de Riesgo.....	16
Factores Predisponentes.....	17
Factores Determinantes.....	18
Consecuencias del Embarazo Para la Madre.....	18
Consecuencias Sociales.....	18
Consecuencias Somáticas.....	19
Para la Madre.....	19
Consecuencias Fisiológicas.....	19
Para el Hijo.....	19

Riesgos en Salud	20
Complicaciones	20
2.4.3 Sexualidad y Educación Sexual.....	21
Educación Sexual	21
Importancia de la Educación Sexual	21
2.4.4 Adolescencia.....	22
Etapas de la adolescencia	22
Cambios en la Adolescencia	24
Cambios Biofisiológicos	24
Cambios psicosexuales.....	24
Cambios físicos	24
Desarrollo del Adolescente	24
Proyecto de vida.....	25
2.4.5 Salud Infantil	26
Derechos de los Niños.....	26
Programas del Ministerio de Salud Pública dirigidos a los Niños	27
Desnutrición cero	27
Programa Integrado de Micronutrientes (PIM).....	27
PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones)	28
Tamizaje Neonatal	28
2.4.6 Control del Niño Sano	29

Características	29
Frecuencia de los controles	29
Nutrición	30
Alimentación	30
Lactancia materna	30
Ventajas para el niño	31
Ablactación	31
2.4.7 Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo.....	32
Alteraciones en el Crecimiento	32
Alteraciones en el Desarrollo	33
Alteraciones del desarrollo del niño menor de 2 meses	33
Alteraciones del Desarrollo en Niños de 2 Meses a 2 Años	34
2.4.8 Crecimiento y Desarrollo.....	35
Crecimiento	35
Desarrollo.....	35
Factores que regulan el crecimiento.....	36
Factores de riesgo según las etapas	36
Antropometría	36
Perímetro cefálico	37
Tendencia de Crecimiento	38
Evaluación del crecimiento	38

Desarrollo Psicomotriz.....	39
Factores que intervienen en el desarrollo.....	48
Test para valorar el desarrollo de los niños.....	49
2.5 Hipótesis	50
2.6 Señalamiento de Variables.....	50

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Enfoque	51
3.2 Modalidad Básica de la Investigación	51
3.3 Nivel o Tipo de Investigación.....	51
3.4 Población y muestra	52
3.5 Operacionalización de variables	52
3.5.1. Operacionalización de la Variable Independiente: madres adolescentes....	53
3.5.2. Operacionalización de la Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del Niño de 0 a 2 años 6 meses de edad	54
3.6 Técnicas e instrumentos	55
3.7 Recolección de Información	55
3.8 Procesamiento de la Información e Interpretación de Resultados	56

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de las fichas de observación de las madres adolescentes.....	57
4.2 Análisis e interpretación de las fichas de observación de los niños	68

4.3 Verificación de Hipótesis.....	76
------------------------------------	----

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	80
5.2 Recomendaciones	81

CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE SOLUCIÓN

6.1 Datos informativos.....	82
6.1.1 Título	82
6.1.2 Institución ejecutora.....	82
6.1.3 Beneficiarios	82
6.1.4 Ubicación.....	82
6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución	82
6.1.6 Equipo técnico responsable	82
6.1.7 Costo.....	83
6.2 Antecedentes de la Propuesta.....	83
6.3 Justificación	84
6.4 Objetivos.....	85
6.4.1 Objetivo general.....	85
6.4.2 Objetivos específicos	85
6.5 Análisis de Factibilidad.....	85
6.5.1 Factibilidad sociocultural.....	85
6.5.2 Factibilidad organizacional.....	85

6.5.3 Factibilidad Ambiental	85
6.5.4 Factibilidad Financiera y Económica	86
6.6 Fundamentación científico técnica.....	86
6.7 Modelo Operativo	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
BIBLIOGRAFÍA	96
LINKOGRAFÍA	98
ANEXOS	100
ANEXO I ficha de observacion de las madres adolescentes	100
ANEXO II encuesta dirigida a las madres adolescentes.....	100
ANEXO III Ficha de observación dirigida a los niños	103
ANEXO IV Alteracion del crecimiento de acuerdo al puntaje Z	103
ANEXO V Clasificación de las Alteraciones del Desarrollo en Niños Menores de 2 Meses	104
ANEXO VI clasificacion de las alteraciones del desarrollo en niños de 2 meses a 2 años	104
ANEXO VII Gráfica de valoración del Ministerio de Salud Pública en la relación Peso/Edad de niños y niñas menores de 5 años	107
ANEXO VIII Gráfica de valoración del Ministerio de Salud Pública en la relación Talla/Edad de niños y niñas menores de 5 años.....	108
ANEXO IX Esquema de inmunizaciones	109
ANEXO X Test de Aldrich y Norval.....	110

ANEXO XI Test de Barrera-Moncada.....	111
ANEXO XII Test de Denver.....	112
ANEXO XIII ficha de evaluación del taller N°1.....	111
ANEXO XIV ficha de evaluación del taller N°2.....	112
ANEXO XV ficha de evaluación del taller N° 3.....	113

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Red de Inclusiones Conceptuales.....	14
Gráfico 2. Incidencia de madres.....	57
Gráfico 3. Inicio de las relaciones sexuales	59
Gráfico 4. Menarquia	60
Gráfico 5. complicaciones durante el embarazo	61
Gráfico 6. Estado civil.....	62
Gráfico 7. Nivel de educación.....	63
Gráfico 8. Controles médicos prenatales.....	64
Gráfico 9. Edad gestacional al primer control prenatal.....	65
Gráfico 10. Tipo de parto	66
Gráfico 11. Institución en donde se dio el parto	67
Gráfico 12. Relación peso/ edad	68
Gráfico 13. Relación talla/ edad.....	69
Gráfico 14. Relación perímetro cefálico/ edad.....	70
Gráfico 15. Esquema de vacunación	71

Gráfico 16. Aplicación del test de denver	72
Gráfico 17. Nutrición en los niños	73
Gráfico 18. Nutrición complementaria.....	74
Gráfico 19. Enfermedades prevalentes de la infancia	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Incidencia de madres adolescentes.....	57
Tabla 2. Inicio de las relaciones sexuales	59
Tabla 3. Menarquia	59
Tabla 4. Complicaciones durante el embarazo.....	61
Tabla 5. Estado civil de las madres	61
Tabla 6. Nivel de educacion.....	63
Tabla 7. Controles médicos prenatales.....	63
Tabla 8. Edad gestacional al primer control prenatal.....	65
Tabla 9. Tipo de parto	66
Tabla 10. institución en donde se dio el parto.....	66
Tabla 11. Relación peso/edad	68
Tabla 12. Relación talla /edad	68
Tabla 13. Relación perímetro cefálico/edad.....	70
Tabla 14. Esquema de vacunación de los niños	71
Tabla 15. Aplicación del test de denver	72
Tabla 16. Nutrición en los niños	73

Tabla 17. Nutrición complementaria.....	74
Tabla 18. enfermedades prevalentes de la infancia.....	74
Tabla 19. Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales del peso.....	76
Tabla 20. Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales de la talla. .	77

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Costos y materiales	83
Cuadro 2: modelo operativo de la propuesta	92
Cuadro 3: Plan de Monitoreo y Evaluación.....	94

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 AL SUB-CENTRO DE SALUD DE HUALCANGA EN QUERO, PERTENECIENTE AL ÁREA DE SALUD N° 7 DEL MSP DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO DEL 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”

Autor: Lara Punina Mayra Alexandra
Tutora: Lcda. Mg. Calero Lozada, Gloria
Fecha: Agosto 2013

RESUMEN

La presente investigación es de gran interés debido al alto índice de madres adolescentes no solo en la Provincia sino a nivel Nacional, transformándose en un grave problema tanto social como de Salud Pública por las graves consecuencias que atrae el embarazo y la maternidad a esta edad y sobre todo la influencia que este presenta sobre el niño, la investigación busca establecer la relación con el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses, se basa en un enfoque critico-propositivo ya que analiza de forma global el problema con el propósito de plantear soluciones al problema, se ha planteado objetivos a lo largo de la investigación, toda la información se sustenta con el marco teórico.

Se obtuvo información a través de fichas de observación aplicadas tanto a las madres adolescentes como a los niños en donde se evidencia que las madres presentan complicaciones en el embarazo, alteración leve en cuanto al peso y talla al menos en un niño, de aquí se surgen las conclusiones y recomendaciones que guiaron a la elaboración de la propuesta de solución con el único fin de disminuir las consecuencias que atrae el embarazo en la adolescencia.

PALABRAS CLAVES: ADOLESCENCIA, SEXUALIDAD, MADRES_ ADOLESCENTES, MATERNIDAD, CRECIMIENTO, DESARROLLO.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING CAREER**

"TEENAGE MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF THE CHILD FROM 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS OF AGE THAT ATTEND THE SUB-CENTER OF HUALCANGA HEALTH IN QUERO, BELONGING TO THE AREA OF HEALTH NO. 7 OF THE MSP OF THE PROVINCE OF TUNGURAHUA, PERIOD FROM JUNE 23 TO NOVEMBER 23, 2012"

Author: Lara Punina Mayra Alexandra

Tutor: Lcda. Mg Calero Lozada, Gloria

Date: August 2013

SUMMARY

This research is of great interest because of the high rate of teen mothers not only in the province but at the national level, becoming one serious problem in both social and health published by the serious consequences that it attracts the pregnancy and motherhood at this age and especially the influence that it presents on the child, the research seeks to establish the relationship with growth and development of children from 0 to 2 years 6 months It is based on a critical-proactive approach since it analyzes the problem in order to propose solutions to the problem on a global basis, has been raised throughout the research objectives, the information rests with the theoretical framework.

Obtained information through observation sheets applied both to teenage mothers and children where there is evidence that mothers complications in pregnancy, alteration slight in terms of weight and size at least in a child, here is come the conclusions and recommendations that guided the development of the proposed solution with the sole purpose of diminish the consequences that attracts the adolescent pregnancy.

KEYWORDS: ADOLESCENCE, SEXUALITY, ADOLESCENT_MOTHERS, MATERNITY, GROWTH AND DEVELOPMENT.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación está dirigida a las Madres Adolescentes y sus hijos con el propósito de evaluar el ser madre adolescente y la relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad que acuden al subcentro de salud de Hualcanga en Quero

El ser madre adolescente y cumplir con una dura responsabilidad que es la maternidad, se ha convertido en un problema preocupante a nivel de salud pública provocando un gran impacto a nivel social y familiar ya que el convertirse en madre a temprana edad como es la etapa de la adolescencia acarrea consecuencias no solo en su vida sino también a nivel familiar, económico y social, la adolescente se ve truncada con sus sueños, perdiendo así las oportunidades de continuar con sus estudios y de esta manera aumentando la probabilidad de ser pobre.

Dando a conocer la problemática de las adolescentes embarazadas a nivel de Ecuador, Provincia de Tungurahua y el Sub-centro de Salud de Hualcanga, el impacto que crea las consecuencias hacia la sociedad, por ello a través de este trabajo investigativo se pretende tener una visión hacia la relación que existe en el ser madre en la etapa de la adolescencia y las consecuencias que este atrae a los hijos de aquellas madres en cuanto a su crecimiento y desarrollo.

Es preocupante el futuro de aquel niño hijo de madre adolescente ya que para su crianza se requiere de todo un círculo de amor de sus padres y en estos casos las madres cumplen con un doble rol en su vida que es el papel de padre y madre a la vez.

Las madres adolescentes no cuentan con una total madurez tanto física, psicológica, y moral como para la crianza de un hijo en su temprana edad, si sabemos que la adolescencia es una etapa de cambios.

CAPITULO I

EL 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 al sub-centro de salud de Hualcanga en Quero, perteneciente al área de salud N° 7 del MSP de la provincia de Tungurahua, período del 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012”

1.2 Planteamiento del problema

Contextualización

Macro

El Ecuador posee una de las tasas más altas de embarazo en la adolescencia a nivel de Sur América, lo que constituye un problema social, económico, y de salud pública de gran magnitud, el mayor porcentaje de madres adolescentes se da entre las adolescentes con un nivel de educación limitado y con problemas intrafamiliares, a diferencia de las madres que poseen un mayor nivel educativo y con mejores vínculos familiares.

Sí se toma en cuenta que la tercera parte de la totalidad del país esta conformada por jóvenes de hogares pobres y gran parte de los embarazos en la adolescencia se da en adolescentes de estratos económicos bajos, grupos de menor nivel educativo y quienes viven en áreas rurales.

Este problema es preocupante por las implicaciones tanto en la salud de la madre como en la vida, desarrollo del nuevo ser, por las complicaciones que se pueden dar a futuro en cada uno de los individuos involucrados en el problema.

A esto se suma la deficiente información recibida acerca de temas sobre la sexualidad dentro de los hogares o la falta de información veraz sobre educación sexual dentro de los establecimientos educativos entre los niños y adolescentes, lo que resulta en el deterioro de sus condiciones de salud y calidad de vida.

Meso

En la provincia de Tungurahua el embarazo en adolescentes permanece en un porcentaje considerable de la población existente.

La mayoría de embarazos adolescentes se da en jóvenes que aún no han dejado de depender de sus padres y no poseen de un trabajo que les permita ser independientes y entes productivos en la sociedad.

Las adolescentes debido a que se hayan en una etapa de curiosidad, no meditan acerca de sus actos y por los tanto terminan teniendo relaciones sin haber planeado sus embarazos. En la provincia el ENIPLA “Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente” también esta trabajando con programas entre las jóvenes para que sepan que no es dable cambiar toda una maleta llena de sueños por una pañalera llena de responsabilidad.

Micro

En el cantón Quero la principal actividad es la agricultura y ganadería en donde toda la familia participa de ella, para mejorar la generación de ingresos económicos. Pero esta actividad no es tan rentable y por tanto dichos hogares se encuentran debilitados en aspectos como la salud debido a un limitado cuidado médico, la escasa medicina preventiva, y una planificación familiar deficiente, además de la falta de conocimiento sobre la importancia de los controles del embarazo y carencias en educación sexual entre los niños y adolescentes.

Gran porcentaje de las madres adolescentes de este sector cursan solamente la educación primaria, no reciben de sus padres la suficiente orientación acerca de métodos anticonceptivos y su sexualidad, situación aumenta el problema.

Análisis Crítico

La falta de orientación sexual dentro de los hogares por el tabú del tema o la poca importancia que los padres brindan a esta temática por vergüenza o por falta de conocimiento, y el miedo de los jóvenes a preguntar genera curiosidad. Las adolescentes no tienen el acceso a la información, creando en ellas ideas falsas acerca de la sexualidad. Por lo que asumen al sexo como una curiosidad mas no como una responsabilidad.

A esto se suma la negligencia de los sistemas educativos que dejan a un lado la educación sexual y reproductiva de los niños y jóvenes, creando el ambiente propicio que predispone a los y a las adolescentes a tener relaciones sexuales a temprana edad.

No se debe dejar a un lado temas como la pobreza que es un factor desencadenante para que este problema se desarrolle, ya que por su situación económica las jóvenes adquieren una gran responsabilidad que las obliga a buscar empleo una vez que el niño ha nacido, para poder brindar de alguna manera mejores condiciones para cuidado del bebé, este también se convierte en un problema ya que la madre delega el cuidado a otras personas y pone en riesgo el crecimiento y desarrollo de su hijo, pero además el dinero obtenido tiene que ser compartido para el sustento de la familia.

Es preocupante el transcurso de esta edad ya que las acciones que reciben los niños en su cuidado incluyendo la cultura, el nivel socioeconómico y estructura familiar.

Por otro lado no se debe descartar, que este problema no solamente se da por la ignorancia de la madre, debido a su inmadurez, sino que esta ligada con la carente educación por parte de las entidades de salud que deben impartir información oportuna al usuario y a la comunidad en general, se debe dar prioridad a temas como la planificación familiar, la sexualidad, la nutrición, la vacunación y la promoción de la lactancia materna, para prevenir, promover, tratar y rehabilitar a los pacientes y en el caso de los hijos de madres adolescentes no se genere ningún tipo de alteración en el crecimiento y desarrollo del mismo.

Prognosis

Si este problema sigue incrementándose no solo se verá afectado el bienestar de la madre, con sus sueños truncado, pero además la madre no estará totalmente preparada para fomentar de manera optima el crecimiento y desarrollo del niño, creando vulnerabilidad en su estado de salud.

Formulación del Problema.

¿De qué manera influye el ser madre adolescente en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el sub-centro de salud de Hualcanga del MSP de la Provincia de Tungurahua?

Preguntas Directrices.

- ¿Cuántas madres adolescentes de entre 11 y 19 años han sido atendidas en el subcentro de salud de Hualcanga del cantón Quero?
- ¿Cómo afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento y desarrollo?
- ¿Qué actividades se pueden desarrollar para disminuir los embarazos en las madres adolescentes y contrarrestar en parte las alteraciones del crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz del niño?

Delimitación del Problema

- **Campo:** enfermería
- **Área:** salud publica
- **Aspecto:** relación entre ser madre adolescente y la alteración en el crecimiento antropométrico y el desarrollo psicomotriz del niño

Delimitación temporal:

La investigación comprendió desde el 23 de Junio al 23 de Noviembre del año 2012.

Delimitación espacial: En el sub-centro de salud de Hualcanga en Quero

1.3 Justificación.

Investigar sobre las madres adolescentes es de mucho interés ya que en los últimos años se ha focalizado la atención en el problema que constituye el embarazo de adolescentes, el cual alcanza una alta proporción.

El apareamiento y crecimiento de este problema, se debe sobre todo a que la maternidad adolescente es producto de factores como hogares disfuncionales, migración, pobreza, falta de oportunidades educativas o el acceso limitado a los servicios de salud.

Este tema es de gran **Importancia** social y económica por las consecuencias que lleva consigo sobre el crecimiento y desarrollo del niño, ya que el ser madre a tempranas edades las jóvenes aún no tienen la preparación ni la responsabilidad suficiente para criar a sus hijos, siendo ellos las personas mas afectadas dentro de este suceso por las alteraciones que los niños pueden llegar a presentar durante el embarazo y después del parto, y entre otras condiciones que influirán directamente en la morbilidad de este grupo de niños hijos de madres adolescentes en comparación con el resto de la población.

Por ello es prioritario que quienes hacemos salud y de manera especial la enfermera, quien no solo se prepara para la atención hospitalaria, sino que también conoce y maneja la salud pública, sea quien a través de un conocimiento directo a la población realice actividades de fomento, protección y promoción de la salud materno-infantil, tendiente a prevenir nuevo-s embarazos en esta población, fomentar la paternidad responsable y educar a las nuevas madres a fin de mejorar la calidad de vida del niño y garantizar un mejor crecimiento y desarrollo del infante.

La enfermera, como miembro fundamental de educación en el equipo de salud, constituye un personaje clave para el desarrollo exitoso de todas las actividades que se ejecutan y planifican en pos de atender las necesidades de las madres adolescentes.

Es **novedoso** investigar este tema ya que revela el cambio en la epidemiología del embarazo adolescente, siendo este cada vez más frecuente y produciéndose a edades más tempranas, se dará atención a los aspectos físicos, emocionales y sociales en cada una de las madres, y además se las hará formar parte de las actividades que contribuyan a reducir el índice de embarazos y a contrarrestar en parte que se produzcan las alteraciones del crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz en los niños.

Es de gran utilidad ya que los **beneficiarios** de esta investigación serán las madres adolescentes y los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad hijos de estas madres, la investigación que aquí se plantea crea una pauta de propuesta para dar solución aquellos problemas que estos individuos presenten.

La investigación que aquí se presenta, crea un **impacto** de orden social, educativo, preventivo y curativo, debe ser tratado por un equipo integral de salud, dentro del cual el papel de la enfermera es prioritario, pues es el profesional quien conoce como acercarse a la población, maneja planes y programas implementados por el gobierno y el MSP, para detectar los problemas de una forma oportuna, buscando identificar alteraciones dentro de su crecimiento y desarrollo que permita crear propuestas de promoción e intervención directa tendientes a mejorar la calidad de vida de esta población.

El trabajo es **factible** de ejecutarse ya que nos permite estar en contacto directo con la población a investigarse y además existe mucha información en libros, revistas, internet los que permitirán fundamentar esta interesante investigación.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Investigar de qué manera influye el ser madre adolescente en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el sub-centro de salud de Hualcanga del MSP de la provincia de Tungurahua

1.4.2 Objetivos específicos

- Indagar cuántas madres adolescentes de entre 11 y 19 años de edad han sido atendidas por embarazo y/o parto en el sub-centro de salud de Hualcanga del cantón Quero.
- Determinar de que manera afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento y el desarrollo del niño.
- Formar un club de madres adolescentes e impartir talleres educativos con el fin de mejorar la calidad de vida del niño.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Investigaciones Previas

ALONSO U. Rosa y otros (2008) Ciudad de la Habana, Cuba realiza su investigación con el tema “INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA ATENCIÓN A NIÑOS DE MADRES ADOLESCENTES. HOSPITAL GINECOOBSTÉTRICO GUANABACOA, 2002-2008” y concluye que:

Con la determinación de las necesidades se delimitaron los temas de intervención, y se diseñó el programa educativo a las madres adolescentes que se aplicó durante los 3 primeros años de vida a sus hijos. El contenido del programa se basó en los aspectos: maternidad y paternidad responsable, cuidados generales del recién nacido, crecimiento, desarrollo y estimulación de habilidades, accidentes, sexualidad responsable e incorporación social. Entre los principales resultados de la investigación-acción se encuentra que el 90,9 % de los niños estaban normopesos, el 98 % presentó un examen físico neurológico normal, el test de desarrollo intelectual fue normal en el 97,6 %, la morbilidad fue en descenso, la lactancia materna hasta los 3 meses se garantizó en el 90,9 % de los casos, y más del 90 % no presentó ingreso hospitalario en el período. Con la implementación del programa educativo se modificaron hábitos y estilos de vida, que influyeron en el mejor comportamiento del proceso salud-enfermedad en los hijos de madres adolescentes.

Las madres adolescentes estudiadas presentaron bajos niveles de conocimiento y de habilidades en el manejo de sus hijos, necesitando la adopción de un programa educativo.

HAYA DE LA TORRE C. Inés (2009) Lima, Perú realiza su investigación, con el tema “LAS CARACTERÍSTICAS DE LA INTERACCIÓN MADRE – BEBÉ Y EL CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO DEL NIÑO EN UN GRUPO DE MADRES ADOLESCENTES Y SUS BEBÉS” y concluye 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.

OÑATE C. Verónica (2011), en su investigación sobre “FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”, busca identificar los factores etiológicos y sus complicaciones que influyen en el aumento de embarazos durante la adolescencia, en donde bajo la modalidad de investigación de campo y utilizando el método epidemiológico, teniendo como instrumentos la observación y registro específicos de las madres adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el Hospital General de Latacunga, Provincia de Cotopaxi, en donde se resume que se pudo constatar que el número de embarazos adolescentes

aumentó en un promedio de 20 adolescentes mensualmente; así como también las segundas gestas se incrementaron en un 3%.

El aumento en un 21% de adolescentes embarazadas de 18 años con instrucción primaria, situación que muestra que las adolescentes refieren información falsa en cuanto a su edad. se deduce de que el embarazo en la adolescencia es y seguirá siendo un problema social de alta incidencia donde cuya problemática no solo envuelve el ámbito personal y familiar sino también compromete aspectos tan importantes como lo son el crecimiento y desarrollo del niño.

VALENCIA G. Carla (2010) en su investigación sobre “RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE SEIS MESES A UN AÑO DE EDAD QUE ASISTEN A CONSULTA EN EL CENTRO DE SALUD N.-1 DE LA CIUDAD DE AMBATO”

Esa investigación tiene como objetivo general estudiar cómo influye el estado nutricional en el desarrollo psicomotor de los niños de seis meses de edad.

El ministerio de Salud Pública posee varios programas de prevención del desarrollo de los niños en sus diferentes etapas estos deberían ser aplicados en todos los niños que asisten a consulta pediátrica al Centro de Salud N.-1 poniendo énfasis en niños en riesgo tanto en nutrición.

ANDRADE V. María I, (Dra), 2009, S.C.S Puengasí, en su investigación sobre “LAS EXPERIENCIAS DE LAS ADOLESCENTES EN RELACIÓN A SU PRIMER EMBARAZO Y EMBARAZO SUBSECUENTE; FACTORES CONDICIONANTES Y SUS CONSECUENCIAS EN MUJERES DE 15 A 19 AÑOS”

En donde concluyó que realizó un estudio cualitativo, descriptivo, correlacional y no experimental, con pacientes adolescentes con embarazos subsecuentes, en edades de 15 a 19 años, que acudieron a control prenatal mensual al subcentro de salud Puengasí 1, ubicado en la segunda etapa de la Cooperativa Obrero Independiente, sector urbano marginal de la ciudad de Quito, teniendo como objetivo Analizar las Experiencias de las adolescentes en relación a su primer

embarazo y embarazo subsecuente, sus factores condicionantes y sus consecuencias, en el año 2009, la muestra fue de 10 adolescentes embarazadas por segunda y tercera vez captadas en la consulta médica diaria, a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada, las mismas que fueron categorizadas, analizadas e interpretadas para cumplir con el objetivo. Se encontró adolescentes con embarazos subsecuentes en edades: 3 de 16 años, 1 de 17 años, 3 de 18 años y 3 de 19 años, el estado civil es en su mayoría unión libre, la escolaridad en su mayoría con secundaria incompleta, desempleadas, dedicadas a los quehaceres del hogar y dependientes económicamente de sus familiares, por ser su pareja también adolescente o por tener trabajos ocasionales. Muy pocas usaban métodos anticonceptivos por el temor a ser agredidas en su salud y las que lo utilizaban lo hacían en forma inadecuada teniendo como consecuencia el embarazo.

Se considera que el embarazo en la adolescencia crea una polémica debido a las consecuencias que este lleva en el futuro del niño, las adolescentes no todas dependen de su pareja tanto económica como sentimentalmente, peor aun si estas madres no utilizan ningún método anticonceptivo que puedan planificar su familia se presentan los embarazos subsecuentes y las consecuencias de este son espeluznantes.

2.2 Fundamentación Filosófica

La investigación se enmarca dentro del paradigma critico-propositivo. Crítico porque los problemas parten de entornos reales, arrancan de la acción. En este caso se analizará la realidad de la madre adolescente y las alteraciones del niño en proceso de crecimiento y desarrollo en su contexto y propositivo porque busca plantear una solución al problema investigado.

2.3 Fundamentación Legal

La asamblea nacional constituyente en la sección cuarta, mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Sección Quinta, Niños y Adolescentes

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo Integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

Además la investigación se ampara en el código de la niñez y adolescencia. En el que nos da a conocer lo siguiente:

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

2.4 Categorías Fundamentales

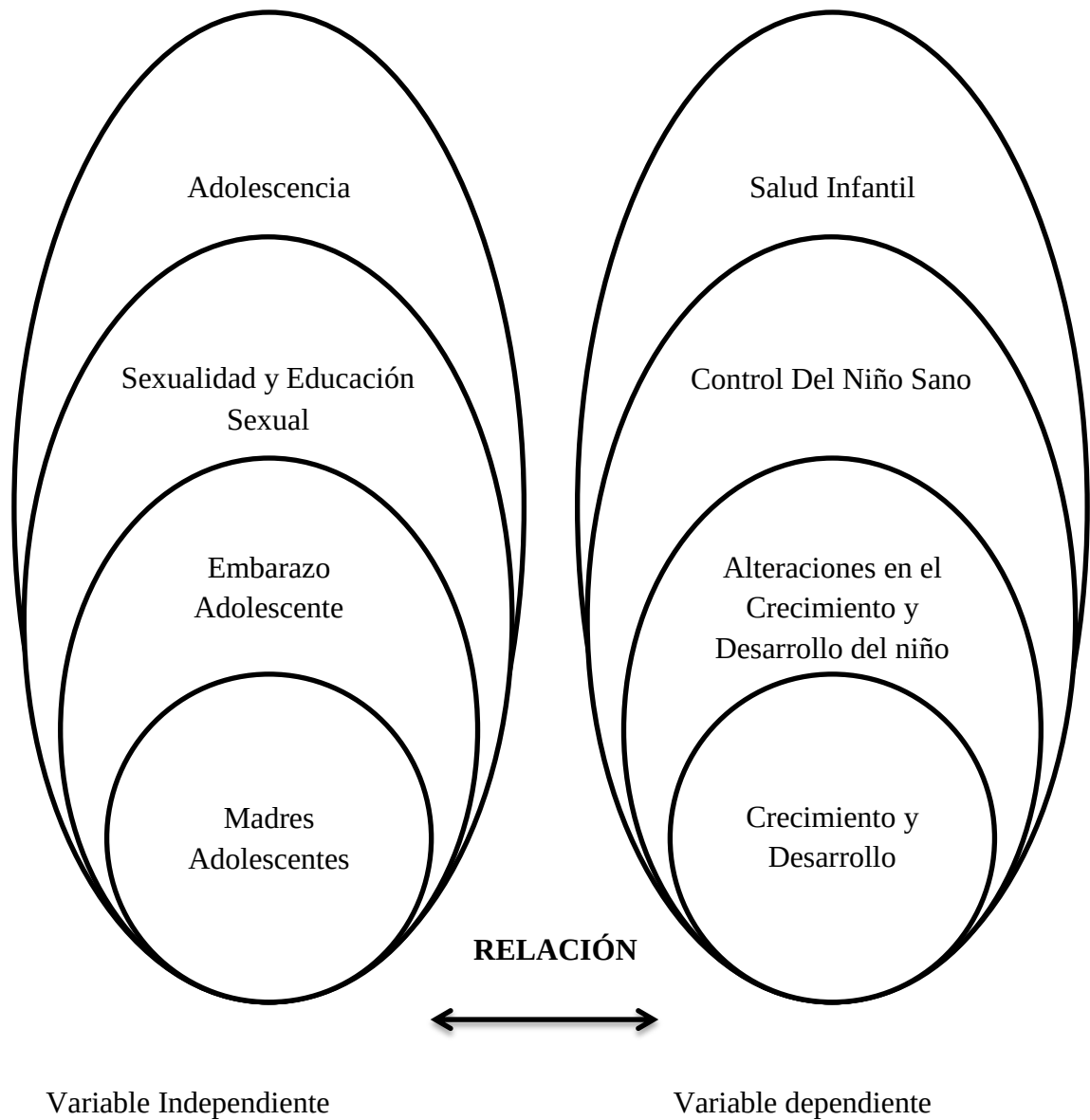


Gráfico 1: red de inclusiones conceptuales

Fuente: “Proyecto de Investigación General para el VI Seminario de Graduación”

Elaborado por: Mayra Lara

Categorías Fundamentales de la Variable Independiente

2.4.1 Madre Adolescente

Según la OPS (Organización Panamericana de la Salud) define que madre adolescente es aquella mujer que ha tenido a su primer hijo antes de los 20 años.

2.4.2 Embarazo Adolescente

Ferrer, R. (2010). Acerca del embarazo adolescente o embarazo en la adolescencia, define como aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.

Factores

Factores de Riesgo

Pinedo J. en su investigación sobre “DIFERENCIAS EN LAS COMPLICACIONES PRENATALES EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NIÑO JESÚS” Bogotá (2011), con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar tres categorías:

- **Factores de Riesgo Individuales:** como bajo nivel educativo, bajas aspiraciones, menarquía, tabúes en relación con la fecundidad, entre otros
- **Factores de Riesgo Familiares:** como antecedentes familiares de embarazos tempranos, disfunción familiar, entre otros.
- 1. **Factores de Riesgo Sociales:** como bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, alcoholismo, trabajo no calificado vivir en un área rural.

Factores Predisponentes

Entre los factores que predisponen el embarazo en las adolescentes se describe los siguientes:

- Una madre que haya vivido un embarazo precoz adolescente. Existe una reincidencia generacional de embarazo precoz en la adolescencia.
- La posibilidad de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado.
- Familias desintegradas, con falta de autoridad paterna y patrones definidos de conducta y valores.
- El factor biológico interviniente está relacionado con que la pubertad se adelanta. La menarquia (primera menstruación) se presenta antes de lo considerado normal, por lo tanto, la adolescente no ha madurado su aspecto psicológico acorde a su desarrollo físico. Se da la emergencia de las relaciones sexuales cuando aún las jóvenes desconocen los riesgos para un embarazo precoz y las medidas anticonceptivas existentes.
- La falta de educación sexual oportuna y formal, con la consecuente mala información que se obtiene de amistades, conocidos, rumores, malentendidos.
- Los medios de comunicación que presentan modelos de niñas-mujer, favoreciendo una identificación que distorsiona la imagen de la adolescencia.
- Haber sido víctima de abuso sexual.
- Conductas de riesgo como consumo de alcohol y drogas que conllevan una pérdida de control sobre los propios comportamientos.

Embarazo En La Adolescencia.

<http://www.buenastareas.com>

Factores Determinantes

- Relaciones sin anticoncepción
- Abuso sexual
- Violación

Consecuencias del Embarazo Para la Madre

- Sociales
- Biológicas
- Psicológicas

Consecuencias Sociales

- Es frecuente el abandono de los estudios al confirmar el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección.
- En estratos de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.
- También son madres que tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos cortos, eternizando el ciclo de la pobreza.

León, P. y otros (2008). En la revista pediátrica electrónica menciona que en el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

Consecuencias Somáticas

Haya de la Torre, I. (2009). En las consecuencias para la madre menciona que la mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.

Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido como preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.

Consecuencias Fisiológicas

- Abortos espontáneos
- Embarazos extrauterinos
- Hemorragias obstétricas
- Anemia
- Infección de vías urinarias
- Amenaza de parto prematuro
- Embarazo de alto riesgo

Para el Hijo

- Mayor incidencia de muerte súbita.
- Mayor riesgo de sufrir abuso físico
- Negligencia en sus cuidados
- Desnutrición

- Retardo del desarrollo.

Riesgos en Salud

- Malformaciones congénitas
- Bajo peso al nacer
- Bebés prematuros
- Mortalidad a temprana edad
- Muerte perinatal el grupo de adolescentes precoces tienen más probabilidad de muerte perinatal que las adolescentes tardías, los malos hábitos maternos incrementan el riesgo de morir durante la etapa perinatal, el consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo (alcohol, tabaco, drogas) y las adolescentes que no se realizan control prenatal.

Complicaciones

Complicaciones Psicosociales

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

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres.⁽⁹⁾

2.4.3 Sexualidad y Educación Sexual

Según Gispen C. (2008) dice que la sexualidad humana no supone exclusivamente la explicitación de los instintos biológicos, ni tampoco es fruto de un aprendizaje social pasivo, sino que es el resultado de la interacción cognitiva entre el individuo y el medio ambiente. La naturaleza impone entre el hombre y mujer la única diferencia que ninguna cultura ha podido modificar, al menos masivamente la capacidad de la mujer para menstruar, gestar, lactar, facultad inexistente en el hombre.

Todas las personas nacemos capacitadas para manifestar una amplia variedad de comportamientos sexuales, de los que la cultura selecciona aquellos que considera normales, tratando de imponerlos a través de la educación, la moral, la religión y las leyes vigentes.

Educación Sexual

La educación sexual puede definirse como: el conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad, comunicación, y también de respeto y estima.

Importancia de la Educación Sexual

Ayala, J. (2007) considera que es importante hablar acerca de las responsabilidades y consecuencias de tener una vida sexual activa. El embarazo,

las enfermedades transmitidas sexualmente y los sentimientos o emociones acerca del sexo son temas importantes que deben de ser discutidos. El hablar con sus hijos puede ayudarlos a tomar las mejores decisiones para ellos sin sentirse presionados para hacer algo antes de que estén listos. Si se ayuda a que los niños entiendan que éstas son decisiones que requieren madurez y responsabilidad, se aumenta la probabilidad de que escojan las decisiones buenas o correctas.

2.4.4 Adolescencia

La OMS (Organización Mundial de la Salud) 2011 define como adolescencia al *"período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica"* y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, la adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

Etapas de la adolescencia

La adolescencia es una etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente: es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia.

Psicológicamente: la adolescente comienza a perder interés por los pares e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente: aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente: se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

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

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

Cambios en la Adolescencia

Cambios Biofisiológicos

Gispent C. (2008) considera que se Implican la capacidad biológica para la reproducción cíclica de óvulos en la mujer y la formación permanente de espermatozoides en el hombre. También implican la capacidad completa de respuesta sexual, es decir, una serie de reacciones conductuales ante un estímulo sexual efectivo que se manifiesta según las fases de deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Cambios psicosexuales

La construcción del nuevo esquema corporal y la orientación del deseo

Cambios físicos

Están referidos a los denominados caracteres sexuales secundarios, dan lugar a una imagen de si mismos diferente con referencia a un determinado modelo estético y de belleza.

Desarrollo del Adolescente

Desarrollo Psicosocial.- El adolescente busca definir su identidad como miembro de una estructura social compleja, esto lo logra cuando desarrolla su propio sistema creencias y objetivos profesionales o proyecto de vida.

Tratan de ser aceptados por sus amigos y se alejan del núcleo familiar aunque dependan de sus padres para el aspecto financiero y emocional, refugiándose en sus pares para demostrar su independencia y muchas veces demuestra ser lo contrario de lo que se espera de ellos.

Desarrollo moral.- Al tiempo que los procesos de pensamiento maduran, también lo hace el razonamiento moral. El desarrollo cognoscitivo y psicosocial permite a los adolescentes un pensamiento más abstracto y un cuestionamiento de las opiniones morales de sus padres. Al mismo tiempo, el desarrollo social los expone a una variedad de valores éticos. A su vez, las experiencias personales fuerzan a

los adolescentes a tomar decisiones por sí mismos y a cavilar sobre cuestiones morales de forma más amplia que cuando eran más jóvenes.

De acuerdo a la moralidad Hinojosa, M. A. Y otros. (2012) consideran que existen dos tipos:

- **Moralidad Convencional:** la mayoría de los adolescentes jóvenes siguen reglas con el propósito de obtener aprobación de los otros o de convertirse en buenos ciudadanos.
- **Moralidad Postconvencional:** a medida que los adolescentes mayores maduran en el aspecto cognoscitivo y ganan experiencias con el bien y el mal van desarrollando su propio código moral y personal.

Desarrollo Psicosexual: según Papalia, D. y otros. (2005). Menciona que “Para el joven es importante percibirse como un ser sexual, reconocer la propia orientación sexual, aceptar la excitación sexual y formar lazos románticos, para el logro de la identidad sexual. Esta conciencia apremiante de la sexualidad es un aspecto importante en la formación de la identidad, que influye profundamente en la imagen personal y en las relaciones. Aunque este proceso rige la biología, su expresión la define en parte la cultura.

Aunque está presente en niños de corta edad, es en la adolescencia que la orientación sexual de una persona se vuelve un asunto apremiante: si a la persona la atraerán sexual, romántica y afectivamente personas del otro sexo (heterosexuales) o del mismo sexo (homosexuales) o de ambos sexos (bisexuales).”

Para el adolescente es importante definirse en este aspecto y muchas veces demuestra su inclinación sexual con el inicio de las relaciones sexuales tempranas, para demostrar la “madurez” alcanzada a sus amigos.

Proyecto de vida

Ayala, J. (2007) menciona que el proyecto de vida nace a partir de las condiciones culturales, ambientales, socioeconómicas en que se desenvuelve el adolescente y

de su espontaneidad y creatividad. Éste le ayuda a descubrir qué sentido tiene su vida, llenar sus expectativas, ser auténtico y respetado por sus ideas, además de ayudarle a superar el presente y proyectar su futuro.

Amato, R. (2008). Por otra parte la sola existencia de un proyecto de vida en el adolescente mejora sus probabilidades de desarrollar hábitos y conductas saludables, disminuyendo el riesgo de efectos adversos sobre la salud integral del adolescente y crea en él, a largo y mediano plazo la práctica de las mismas para alcanzar las metas trazadas.

Categorías Fundamentales de la Variable Dependiente

2.4.5 Salud Infantil

Se lo puede definir como el conjunto de actividades encaminadas a promocionar y promover la salud, prevenir la enfermedad, a curar y a rehabilitar la salud de los niños abarcando su bienestar físico, mental, emocional y social, desde la infancia hasta la adolescencia.

Derechos de los Niños

- Los niños y niñas tienen derecho a un nombre y una nacionalidad desde el momento de su nacimiento.
- Los niños y niñas y sus madres tienen derecho a disfrutar de una buena alimentación, de una vivienda digna y de una atención sanitaria especial.
- Los niños y niñas con enfermedades físicas y psíquicas deben recibir atención especial y la educación adecuada a sus condiciones.
- Los niños y niñas han de recibir el amor y la comprensión de sus padres y crecer bajo su responsabilidad. La sociedad debe preocuparse de los niños y niñas sin familia.
- Los niños y niñas tienen derecho a la educación, a la cultura y al juego.

- Los niños y niñas deben ser los primeros en recibir protección en caso de peligro o accidente.
- Los niños y las niñas deben estar protegidos contra cualquier forma de explotación y abandono que perjudique su salud y educación.
- Los niños y niñas han de ser educados en un espíritu de comprensión, paz y amistad y han de estar protegidos contra el racismo y la intolerancia.

<http://www.uniceflac.org>

Programas del Ministerio de Salud Pública dirigidos a los Niños

Desnutrición cero

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

Como estrategia adicional, se entregará el incentivo económico “Desnutrición Cero”

El incentivo monetario será condicionado con el objetivo de incrementar la cobertura de atención en salud para garantizar que la madre acuda al control prenatal, reciba la atención al parto y se asegure la asistencia a los controles médicos del niño hasta el año de vida.

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

Programa Integrado de Micronutrientes (PIM)

El programa fue creado con el objetivo de contribuir a la reducción y prevención de los problemas nutricionales causados por deficiencias de micronutrientes (Fe, Zn, vitamina A, ácido fólico) en la población Ecuatoriana de mayor riesgo social

y biológico. Para el cumplimiento de sus objetivos el PIM tiene los siguientes componentes de suplementación a través de: tabletas de hierro y ácido fólico para embarazadas; jarabe de hierro para menores de 2 años; y cápsulas de vitamina A para niños de 6 a 36 meses. Hierro al 100% de embarazadas y niños menores de 2 años que acuden a las unidades operativas del MSP. Vitamina A al 100% de los niños de 6 a 36 meses de edad que acuden a las unidades operativas del MSP.

PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones)

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

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

Tamizaje Neonatal

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

- Hipotiroidismo congénito
- Fenilcetonuria
- Galactosemia
- Hiperplasia suprarrenal congénita.

La prueba es gratuita, se la efectuará en todas las unidades de salud pública del Ecuador y consiste en la toma de una muestra de sangre obtenida del talón derecho de los niños/as al cuarto día de nacidos.

Una vez tomada la muestra es enviada al Centro de Tamizaje Neonatal del Ecuador, ubicado en el centro-norte de Quito. De confirmarse casos de estas cuatro enfermedades, los recién nacidos recibirán el tratamiento y el seguimiento oportuno.

Control del Niño Sano

Se refiere al establecimiento de una relación entre el médico, el niño y sus familiares para asegurar un buen estado de salud así como un seguimiento apropiado en el estado de nutrición, crecimiento y desarrollo utilizando medidas de prevención y recomendaciones para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Características

Existe una estrecha relación entre el crecimiento, la nutrición, el estado de salud del niño, las condiciones de vida de él y su familia.

- La mayoría de los factores que comprometen el crecimiento anormal pueden ser prevenidos o tratados.
- Cuanto más temprana y prolongada es la injuria, más grave es el daño y menor la posibilidad de recuperación; es decir, se requiere una vigilancia estrecha para detectar las alteraciones del crecimiento de modo temprano
- El crecimiento puede ser evaluado de manera simple y a bajo costo por medio de la antropometría.

Frecuencia de los controles

Primer control: después de los 7 y 10 días de nacido.

Segundo control: Al mes de nacido.

Siguientes controles: Después del segundo control siguen en un periodo de un mes hasta cumplir 1 año de nacido.

Después del año: controles cada 2 o 3 meses hasta los dos años.

A partir de los 2 años: control cada 6 meses.

Nutrición

Definición: es el conjunto de procesos mediante los cuales el hombre ingiere, absorbe, transforma y utiliza las sustancias que se encuentran en los alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada) es un elemento fundamental de la buena salud.

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

La desnutrición se manifiesta como retraso del crecimiento (talla baja para la edad) y peso inferior al normal (peso bajo para la edad), es a menudo un factor que contribuye a la aparición de las enfermedades comunes en la niñez y, como tal, se asocia con muchas causas de muerte de los niños menores de 5 años.

La desnutrición crónica, medida según el retraso del crecimiento, es la forma más frecuente de desnutrición

Alimentación

Definición: proceso mediante el cual tomamos del mundo exterior una serie de sustancias que contenidas en los alimentos forman parte de nuestra dieta que son necesarias para la nutrición.

Lactancia materna

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que la lactancia "***es una forma inigualable de***

facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños".

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

Ventajas para el niño

- El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.
- La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo.
- La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes

Ablactación

Se llama al periodo de transición entre una dieta basada en lactancia materna a otra sin leche materna. Durante este periodo se van introduciendo líquidos y alimentos sólidos, de acuerdo a patrones socios culturales de lo más variados.

Durante los primeros 6 meses la leche materna es suficiente para proveer todos los requerimientos nutricionales. A partir del segundo semestre casi todos los niños necesitan otros alimentos de mayor densidad energética para cubrir sus demandas y mantener el crecimiento. Es importante durante este periodo mantener la lactancia materna por su excelente valor nutritivo.

Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo

Definición.- El Dr. Juan José Díez lo define como *“una desviación del patrón normal del crecimiento de los niños sanos.”*

Alteraciones en el Crecimiento

Clasificación dependiendo de su peso al nacer

- **Bajo peso al nacer (BPN).**- cuando se ubica entre “0 y 2.499 gr”, independiente de su edad gestacional o sea menos de 2,500 gramos.
- **Muy bajo peso al nacer (MBPN).**- cuando se ubica entre “1.000 y 1.500gr” independiente de su edad gestacional, o sea menos de 1500 gramos.
- **Extremado bajo peso al nacer (EBPN).**- cuando se ubica entre el peso “0 y 999 gr”, independiente de su edad gestacional o sea menos de 1.000 gramos.

Indicadores Antropométricos.- Son instrumentos de utilidad para el diagnóstico de la desnutrición, sobrepeso y obesidad. Representan el uso de índices, con valores límites determinados. Los más empleados para menores de cinco años son: peso/edad (P/E), peso/talla (P/T), talla/edad (T/E) y en menores de 2 años perímetro cefálico/edad (PC/E).

Peso para la Edad.- Es un indicador que permite establecer la desnutrición global dando una visión general del problema alimentario nutricional del individuo. Este indicador refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y está influenciado por la talla del niño.

Peso para la Talla.- Este índice refleja el estado nutricional actual o desnutrición. El MSP del Ecuador en su libro Saber Alimentarse (2007) describe que no requiere conocimiento preciso de la edad y es útil para el diagnóstico de malnutrición (desnutrición o sobrepeso/obesidad), no es aconsejable utilizarlo como único parámetro de evaluación ya que puede no diagnosticar como desnutridos a algunos niños que efectivamente lo son. Por ello el uso combinado de los índices peso/talla y talla/edad lo que permite una evaluación más precisa.

Talla para la Edad: para Hinojosa, M. A. Y otros. (2012). este índice refleja el crecimiento lineal alcanzado y su déficit es indicativo de inadecuada alimentación y/o trastornos de salud por un largo período previo de tiempo que se conoce como Desnutrición Crónica.

El niño normal puede cambiar de percentil en cierto rango durante el primer año de vida, debido a que la talla de nacimiento es poco influenciada por factores genéticos o constitucionales; y estos habitualmente se expresan durante el primer año período en el cual el niño adquiere su canal de crecimiento.

Perímetro cefálico.-*“es considerado una medida indirecta del crecimiento global del cráneo y sus estructuras, además de ser uno de los parámetros auxológicos más importantes durante los primeros años de vida”*. Y puede poner inmediatamente en evidencia algunos trastornos. www.endocrinologiapediatrica.com

Trastornos en la Medición del Perímetro Cefálico

- **Macrocefalia.**- Circunferencia anormalmente grande de la cabeza que se observa en un lactante, es decir dos o más desviaciones típicas (DT) por encima de la media para su edad y sexo. Puede o no asociarse a hidrocefalia.
- **Microcefalia.**- cabeza de tamaño anormalmente pequeño. Denominado también NANOCEFALIA.

Alteraciones en el Desarrollo

Según AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) clasifica las alteraciones del desarrollo de la siguiente manera:

Alteraciones del desarrollo del niño menor de 2 meses

- **Desarrollo Normal.**- Si el niño presenta reflejos y son normales, sus posturas y habilidades están presentes y son de acuerdo a su grupo de edad de menor de 1 mes o de 1 mes a menor de 2 meses, su perímetro cefálico está entre el

percentil 10 y 90, no presenta 3 o más alteraciones fenotípicas y no presenta factores de riesgo.

- **Desarrollo Normal con Factores de Riesgo.-** Si el niño presenta reflejos y son normales, sus posturas y habilidades están presentes y son de acuerdo a su grupo de edad de menor de 1 mes o de 1 mes a menor de 2 meses, su perímetro cefálico está entre el percentil 10 y 90, no presenta 3 o más alteraciones fenotípicas pero existen uno o más factores de riesgo.
- **Probable Retraso del Desarrollo.-** Si el niño presenta ausencia o alteración de uno o más reflejos/posturas o habilidades para su grupo de edad de menor de 1 mes o de 1 mes a menor a 2 meses, o su perímetro cefálico es menor que el percentil 10 o mayor que el percentil 90, o presenta 3 o más alteraciones fenotípicas.

Alteraciones del Desarrollo en Niños de 2 Meses a 2 Años

- **Desarrollo Normal.-** Cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño y no hay factores de riesgo
- **Posible Retraso del Desarrollo.-** Ausencia de una o más de las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño.
- **Desarrollo Normal con Factores de Riesgo,-** El niño cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece pero hay uno o más factores de riesgo
- **Probable Atraso del Desarrollo**
- Ausencia de una o más condiciones para el grupo de edad anterior a la edad del niño o
- Perímetro cefálico $<p10$ o $>p90$; o
- Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas

Crecimiento y Desarrollo

Crecimiento

Se inicia desde el momento de la concepción y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal y está dado por dos fenómenos hiperplasia que es el incremento en el número de células e hipertrofia que es el aumento del tamaño de las células

Es un proceso inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla y perímetro cefálico.

Desarrollo

Es un proceso dinámico que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales

Se consideran además algunas definiciones y aspectos generales sobre crecimiento y desarrollo del niño

- El conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde la concepción hasta la adultez
- Un proceso biológico que el ser humano comparte con los animales. En la persona dura mas tiempo por la maduración del sistema nervioso
- Un hecho dinámico y evolutivo que resulta de la interacción de factores, genéticos, ambientales y las condiciones de vida (físicas, nutricionales, biológicas y psicosociales)

Factores que regulan el crecimiento

- **Factores nutricionales:** disponibilidad y utilización de los alimentos
- **Factores socioeconómicos:** disponibilidad de recursos, acceso a servicios básicos y de salud, escolaridad adecuada de los padres.
- **Factores genéticos:** potencial del crecimiento
- **Factores neuroendocrinos:** funcionamiento adecuado de glándulas y hormonas que intervienen en el crecimiento.

Factores de riesgo según las etapas

- **Preconcepcionales:** nivel socioeconómico bajo, desnutrición materna, edad materna menor de 15 años, estado civil, escolaridad baja o analfabetismo.
- **Concepcionales:** intervalo intergenésico menor a doce meses, patología obstétrica, poca ganancia de peso durante la gestación, hábito de fumar, uso de drogas, trabajo materno de pie, embarazo múltiple, enfermedades crónicas.
- **Postconcepcionales:** nutricionales (déficit nutricional), pobreza, maltrato, carencia afectiva, alteraciones cromosómicas y alteración de glándulas y hormonas que intervienen en el crecimiento.

Antropometría

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

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.

- **Nace:** 48-52 cm al nacimiento

- **A los 3 meses:** aumenta 9 centímetros
- **De 3 a 6 meses:** crece 7 centímetros
- **De 6 a 9 meses:** crece 5 centímetros
- **De 9 a 12 meses:** crece 4 centímetros
- **A partir del segundo año:** un centímetro

Peso

El segundo parámetro que medimos 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 útero, el cual está constantemente tomando y eliminando.

- **Nace:** 3000-3500 gramos
- **Primer trimestre:** 25-30gramos/día
- **Segundo trimestre:** 20 gramos/día
- **Tercer trimestre:** 10-15 gramos/día
- **Cuarto trimestre:** 10 gramos/día
- **Primer año:** 9500-10250 gramos
- **Del primero a segundo año:** 2500-3500gr./año
- **Del segundo al quinto año:** 2kg por año

Perímetro cefálico

El último parámetro que medimos es el perímetro cefálico. Ella nos 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.

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 grafica 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 mas registros para tener un diagnostico de crecimiento.
- Se puede evaluar a través del uso de índices o indicadores antropométricos: el índice peso/edad permite realizar un diagnostico nutricional actual, es útil sobre todo para desnutrición aguda
- El índice peso/talla nos permite realizar un diagnostico nutricional y un diagnostico de crecimiento sobre todo en desnutrición crónica
- El índice talla/edad es útil en el diagnostico de crecimiento y desnutrición crónica.

Desarrollo Psicomotriz

Definición: Es un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción cuyas constelaciones estructurales se modifican en un constante palpar vital. (OPS-OMS).

Es un proceso adaptativo con diferenciación completa que a partir de la adquisición de nuevas conductas, genera nuevos comportamientos a través de la interrelación personal y con el medio. Mantiene una relación de dependencia con la maduración del sistema nervioso y una interrelación con el crecimiento.

Los cambios que experimenta el niño son progresivos, armoniosos, integrales, secuenciales, predecibles y se cumplen en etapas definidas. Cada etapa se diferencia por un evento dominante que rápidamente se transforma para evolucionar al siguiente, alcanzando equilibrio y madurez.

A continuación se describe el desarrollo psicomotriz del niño por edades

1 mes

Motor

- Sostiene la cabeza unos segundos
- Hipertonía de los músculos flexores

Motor fino / ojos: Sigue una luz con la mirada en una curva de 90°

Audición / lenguaje

- Reacción a los sonidos.
- Se asusta con los ruidos.
- Se tranquiliza con la voz de su madre

Social / personal: Deja de llorar al cogerlo

2 meses

Motor: Levanta cabeza en decúbito prono

Motor fino / ojos: Sigue objetos de colores vivos vertical y horizontalmente

Audición / lenguaje: Cesa momentáneamente en su actividad cuando oye un ruido

Social / personal: Sonríe

3 meses

Motor: Pataleo libre.

Motor fino / ojos

- Se mira las manos y juega con ellas.
- Mira de un objeto a otro.
- Fija, converge y enfoca

Audición / lenguaje

- Busca un sonido con la mirada
- Contesta con sonidos: e, a, o

Social / personal: Sigue con la mirada a una persona

Signos de alarma

- No sonríe
- No sostiene bien la cabeza
- No fija la mirada

4 meses

Motor: Sostiene la cabeza y el tórax en decúbito prono.

Motor fino / ojos: Coge al contacto y retiene un cubo, llevándoselo a la boca.

Audición / lenguaje

- Ríe a carcajadas.

- Gorjea y grita para llamar la atención

Social / personal: Devuelve la sonrisa al examinador

5 meses

Motor: Sostiene la cabeza sin apoyo

Motor fino / ojos: Se quita un pañuelo de la cara.

Audición / lenguaje: Vuelve la cabeza hacia el sonido

Social / personal

- Disfruta con el juego.
- Reconoce a quienes están con él.
- Establece un lazo afectivo con las personas que le rodean

6 meses

Motor

- Se incorpora apoyándose en sus muñecas boca abajo.
- Se sostiene sentado con apoyo

Motor fino / ojos

- Se coge los pies y va descubriendo su cuerpo
- Toma un cubo de la mesa

Audición / lenguaje

- Parlotea ante una voz
- Empieza a imitar los sonidos, vocaliza imitando a un adulto

Social / personal : Vuelve la cabeza hacia un interlocutor

Signos de alarma: No tiene interés por los objetos, ni hace intención de cogerlos

7 meses

Motor: Se da la vuelta en la cuna.

Motor fino / ojos

- Explora los objetos dándoles vueltas en sus manos.
- Sigue un objeto al caer.

Audición / lenguaje: Emite 4 sonidos: ga, ta, da.

Social / personal: Puede beber de un vaso, aunque lo normal es realizarlo a los 10 – 12 meses

8 meses

Motor: Ensaya el gateo o rastreo

Motor fino / ojos

- Intenta coger cosas que están fuera de su alcance.
- Pasa un juguete de una mano a otra.

Audición / lenguaje: Emite sonidos para llamar la atención

Social / personal

- Se contempla en el espejo.
- Lloro al dejarle con extraños

9 meses

Motor: Voltea sobre sí mismo en el suelo.

Motor fino / ojos: Manipula simultáneamente dos objetos, uno en cada mano.

Audición / lenguaje

- Dice papá y mamá.

- Los sonidos adquieren entonación.

Social / personal

- Sostiene un vaso para beber.
- Palmotea y dice adiós con la mano

Signos de alarma

- No se sostiene sentado
- No parlotea
- No tiene interés por mirar o tocar las cosas

10 meses

Motor

- Se sostiene con ayuda o agarrándose a los barrotes de la cuna.
- Gatea.

Motor fino / ojos: Golpea dos objetos conjuntamente.

Audición / lenguaje

- Escucha un reloj.
- Debe responder a su nombre, aún en voz baja.

Social / personal: Sonríe y toca su imagen en el espejo.

11 meses

Motor: Se endereza para sostenerse en pie.

Motor fino / ojos: Agarra con pinza

Audición / lenguaje: Dice 2 palabras con significado

Social / personal

- Come con los dedos.
- Reconoce cuando le nombran a papá y a mamá y los busca.

12 meses

Motor

- Camina con apoyo
- Anda alrededor del parque.

Motor fino / ojos

- Introduce unos objetos dentro de otros y hace torres con cubos grandes.
- Sostiene un lápiz con intención.
- Tira del mantel para coger juguetes

Audición / lenguaje: Dice 3 palabras con significado

Social / personal: Juego organizado, interactivo: interpreta mensajes, acompaña con gestos

Signos de alarma:

- No se sostiene de pie con apoyo
- No se comunica ni balbucea
- No hace gestos (decir adiós)
- No coge los juguetes

13 meses

Motor: Se sostiene solo.

Motor fino / ojos

- Preferencia por una mano.
- Mira ilustraciones.
- Señala a personas u objetos familiares si se le pide.

Audición / lenguaje: Señala un ruido inesperado.

Social / personal

- Se interesa por los juguetes de los otros niños.
- Sostiene un vaso

14 meses

Motor: Camina solo.

Motor fino / ojos: Raya con un lápiz.

Audición / lenguaje: Reconoce su nombre

Social / personal: Usa la cuchara.

15 meses

Motor: Trepas escaleras.

Motor fino / ojos: Coloca un objeto sobre otro.

Audición / lenguaje: Dice 4 palabras.

Social / personal: Enseña los zapatos.

16 meses

Motor: Empuja un cochecito, juguete

Motor fino / ojos: Garabatea libremente

Audición / lenguaje

- Dice 6 palabras.
- Sigue indicaciones sencillas sin ayudas gestuales.
- Señala y nombra objetos y partes de su cuerpo.

Social / personal: Intenta voltear un tirador de la puerta.

17 meses

Motor: Trepa a una silla

Motor fino / ojos: Tira del mantel para coger un juguete, busca estrategias para conseguir un fin.

Audición / lenguaje: Conversación, balbuceo.

Social / personal: Maneja bien un vaso.

18 meses

Motor: Anda hacia atrás.

Motor fino / ojos: Juego constructivo con juguetes.

Audición / lenguaje: Disfruta con un libro con dibujos

Social / personal: Se quita los zapatos y los calcetines

Signos de alarma

- No dice palabras sencillas.
- No camina
- No conoce el nombre de los objetos y personas más familiares

19 meses

Motor: Trepando sube y baja escaleras

Motor fino / ojos: Torre de 3 ladrillos

Audición / lenguaje

- Dice 9 palabras.
- Señala las partes del cuerpo cuando se le pide

Social / personal: Conoce una parte de su cuerpo

20 meses

Motor: Puede saltar, aunque lo normal es que lo haga a los 24 m.

Motor fino / ojos: Torre de 4 ladrillos

Audición / lenguaje: Dice 12 palabras

Social / personal: Control intestinal.

21 meses

Motor: Corre.

Motor fino / ojos: Garabateo circular.

Audición / lenguaje: Frases de 2 palabras

Social / personal: Control diurno de orina

. 22 meses

Motor: Sube escaleras a pie.

Motor fino / ojos: Torres de 5 o más ladrillos.

Audición / lenguaje: Escucha cuentos.

Social / personal: Intenta explicar experiencias.

23 meses

Motor: Se sienta por si mismo en la mesa.

Motor fino / ojos: Copia trazos verticales

Audición / lenguaje

- Dice 20 o más palabras.
- Baila al ritmo de la música

Social / personal: Conoce 2 partes de su cuerpo

24 meses

Motor: Sube y baja escaleras a pie él solo

Motor fino / ojos: Puede copiar trazos horizontales, aunque lo normal es que lo haga a los 30 meses

Audición / lenguaje: Frases de 3 palabras

Social / personal: Conoce 4 partes del cuerpo.

Signos de alarma: No dice frases espontáneas de 2 palabras

3 años

Motor: Sube y pedalea en triciclo.

Motor fino / ojos

- Torre de 9 o 10 ladrillos.
- Copia círculos

Audición / lenguaje

- Usa plurales
- Es la edad de todas las preguntas: qué es, dónde, cómo.

Social / personal: Come bien por si mismo

Factores que intervienen en el desarrollo

- **Físico:** aquí se da a entender que no todas las partes del cuerpo crecen al mismo tiempo, cada parte se desarrolla junto con la parte intelectual; este también determina la coordinación motora, tanto la gruesa como la fina.

- **Intelectual:** tal como lo dice el nombre habla acerca del desarrollo mental e inteligencia; estos se desarrollan siempre de manera continua y gradual. Se da el desenvolvimiento cuando se adquieren ciertos conocimientos como lenguaje y habilidades como la toma de decisiones.
- **Emocional:** este factor sirve para darnos ciertas necesidades que son básicas; como son sentirnos queridos, tener éxito, independencia, así como tener nuevas experiencias.

Test para valorar el desarrollo de los niños

Test de ALDRICH Y NORVAN.- empleado para la evaluación de niños hasta los 12 primeros meses de edad.

El cual permite valorar los siguientes parámetros psicomotrices:

- La sonrisa
- La vocalización de sonidos
- El control de la cabeza
- El control de la mano
- Si rueda o no
- La prensión
- La marcha

Test de BARRERA - MONCADA.- se usa para la evaluación de los niños desde los 12 meses de edad hasta los 60 meses, trabaja en la detección de alteraciones del desarrollo psicomotriz, permitiéndonos intervenir oportunamente y corregir cualquier tipo de alteración que pueda presentarse.

Esta evaluación se hace en las cuatro áreas de la conducta como son:

- Psicomotriz gruesa
- Personal social
- Motor fino adaptativo
- Lenguaje.

Test de DENVER: dicho test se aplica en caso de que se encuentre alguna alteración al aplicar los test anteriores.

La finalidad del test de Denver no es medir la inteligencia sino utilizarlo como una herramienta útil recolectora de datos, los cuales van a ser observados, evaluados y en función de ellos saber si el desarrollo psicomotor del niño como lo es la adquisición progresiva de habilidades que está ligada directamente al desarrollo correcto del Sistema Nervioso Central, si se encuentra dentro del rango esperado para su edad, comprendido entre los 6 meses y 6 años de vida.

La función del test de Denver es preventiva ya que busca advertir futuros problemas en el desarrollo psicomotor. Para ello, utiliza 4 categorías o áreas para la evaluación, siendo estas las siguientes:

- Motricidad gruesa
- Motricidad fina
- Lenguaje
- Sociabilidad.

2.5 Hipótesis

“Ser madre adolescente influye en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en el sub-centro de salud de Hualcanga en Quero del MSP de la Provincia de Tungurahua, periodo del 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012”.

2.6 Señalamiento de Variables

- **Variable independiente:** Madres adolescentes
- **Variable dependiente:** Crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.
- **Termino de relación**
Influye

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Enfoque

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

3.2 Modalidad Básica de la Investigación

Se trabajó con una modalidad mixta tanto de campo como bibliográfica. Pues se investigó a los hijos de madres adolescentes en su entorno, pudiendo observar la realidad de su situación, sus condiciones de vida y de manera especial se buscaron identificar las alteraciones que se pudieran estar presentando en cuanto a su crecimiento y desarrollo durante los 2 años 6 meses de vida. Al mismo tiempo se profundizó en el aspecto teórico de esta problemática basándose en criterios científicos de varios autores al igual que se revisaron estándares utilizados por el MSP (Ministerio de Salud Publica) para la debida valoración.

Para la realización de esta investigación se revisaron los programas y políticas de salud dirigidos hacia esta población y que están siendo utilizados en el área de trabajo.

3.3 Nivel o Tipo de Investigación

La investigación partió de un nivel exploratorio que nos permitió ubicar de una manera correcta la situación objeto para continuar en el nivel descriptivo en el que se compartió las diferentes problemáticas que se presentaron en el estudio y

finalmente se utilizó la asociación de variables a fin de buscar identificar si la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño tienen relación con el embarazo ocurrido en la adolescencia. Este tipo de investigación permitió evaluar las variaciones de comportamiento de una variable en función de la otra.

3.4 Población y muestra

Se trabajó con el total de 6 madres adolescentes y 6 niños nacidos entre Marzo 2010 a Agosto 2012 tiempo en el que los niños presentan la edad de 0 a 2 años 6 meses, identificados gracias a los datos estadísticos obtenidos en el sub-centro de salud de Hualcanga en Quero de la provincia de Tungurahua.

3.5 Operacionalización de variables

3.5.1. Operacionalización de la Variable Independiente: madres adolescentes

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Se llama madre adolescente a quien ha tenido un embarazo entre los 10-19 años	Madre-embarazo	Maternidad	➤ ¿Complicaciones en el embarazo? ➤ ¿Edad gestacional al primer control? ➤ ¿Número de controles prenatales?	Observación Encuesta	Ficha de observación Cuestionario
	Adolescente	Cambios físicos, psicológicos	➤ ¿Menarquia? ➤ ¿Inicio de relaciones sexuales? ➤ ¿Edad al convertirse en madre? ➤ 10-13 años ➤ 14-16 años ➤ 17-19 años		

Fuente: Subcentro de Salud de Hualcanga

Elaborado por: Mayra Lara

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

CONCEPTUALIZACION	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Proceso continuo que incluye cambios tanto físicos, como en el desarrollo psicomotriz del niño	Proceso continuo	➤ Controles médicos ➤ Esquema de vacunación ➤ Alimentación	➤ ¿Control de niño sano? ➤ ¿Enfermedades prevalentes de la infancia? ➤ ¿Inmunizaciones? ➤ ¿Lactancia materna? ➤ ¿Alimentación complementaria?	Observación	Registro específico. Historia clínica Carné de salud infantil Cuaderno de notas Ficha de observación
	Cambios físicos	Medidas antropométricas	➤ ¿Peso? ➤ ¿Talla? ➤ ¿Perímetro cefálico?		
	Desarrollo psicomotriz	➤ Motricidad gruesa. ➤ Motricidad fina. ➤ Lenguaje. ➤ Desarrollo Cognoscitivo ➤ Desarrollo Social	➤ ¿Valoración del test de Aldrich y Norvan y Barrera Moncada? ➤ ¿Alteraciones en el test de Denver?		

Fuente: Subcentro de Salud de Hualcanga

Elaborado por: Mayra Lara

3.6 Técnicas e instrumentos

La encuesta permitió recolectar información de primera fuente en relación a la madre adolescente, como instrumento se utilizó el cuestionario a través del cual se recolectó información sobre el embarazo, factores de riesgo y patologías, lactancia, alimentación complementaria, vacunas, entre otros. La observación permitió identificar el aspecto de salud en general del niño, al igual que las condiciones ambientales que le rodean al infante y a la madre. Como instrumento se utilizó la ficha de observación la cual se la evaluó mediante registros específicos como son la Historia Clínica y el carnet de salud de los infantes a fin de obtener información sobre medidas antropométricas y esquema de vacunación para la evolución de su crecimiento. Para valorar el desarrollo se utilizó los test de Aldrich - Norval, Barrera- Mocada y el test de Denver.

3.7 Recolección de Información

Tabla 1

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 acuden al subcentro de salud de Hualcanga en Quero
¿Sobre qué aspectos?	Embarazo en madres adolescentes, crecimiento y desarrollo del niño
¿Quién/nes?	Mayra Lara
¿Cuándo?	Junio 23 a Noviembre 23 del año 2012

¿Dónde?	Subcentro de salud de Hualcanga del cantón Quero, del Área # 7 del MSP, de la provincia de Tungurahua.
¿Cuántas veces?	Se aplicó 6 encuestas
Técnicas de recolección	Encuesta, observación
¿Con qué?	Cuestionario y ficha de observación.
¿En qué situación?	Ambiente poco social.

Fuente: Dr. Luis Herrera y otros

Elaborado por: Mayra Lara

Para el proceso de recolección de la información se ejecutó con las siguientes etapas:

- Localización de la población.
- Aplicación de los instrumentos.
- Depuración de la información.

3.8 Procesamiento de la Información e Interpretación de Resultados

Se tabuló los datos y se realizó cuadros y gráficos de los diferentes aspectos que se investigó del cual se obtuvo datos en números y porcentajes para de este modo desprender las conclusiones, las que llevaron a verificar la hipótesis planteada.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de las fichas de observación de las madres adolescentes

TABLA N° 2.

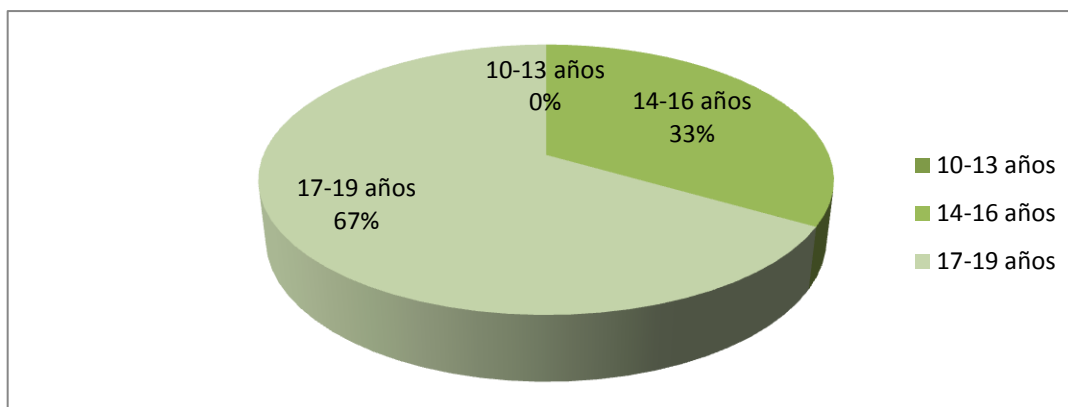
INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES

Grupo etario	# de madres adolescentes	%
10-13 años	0	0
14-16 años	2	33%
17-19 años	4	67%
Total	6	100%

Fuente: ficha de observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N° 2.
INCIDENCIA DE MADRES



Fuente: ficha de observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el gráfico muestra que el 33% de las adolescentes se convirtieron en madres entre los 14-16 años de edad, mientras que el 67% restante revela que se fueron madres a los 17-19 años de edad. Se puede observar que la mayor parte de las adolescentes iniciaron su maternidad entre los 17a19 años, esto muestra que estas jóvenes se encontraban fisiológicamente preparadas para el embarazo, pero es preocupante que jóvenes de entre 14 y 16 años se convirtieron en madres en una etapa donde fisiológicamente todavía no alcanzaban la madurez necesaria para el desarrollo de un nuevo ser.

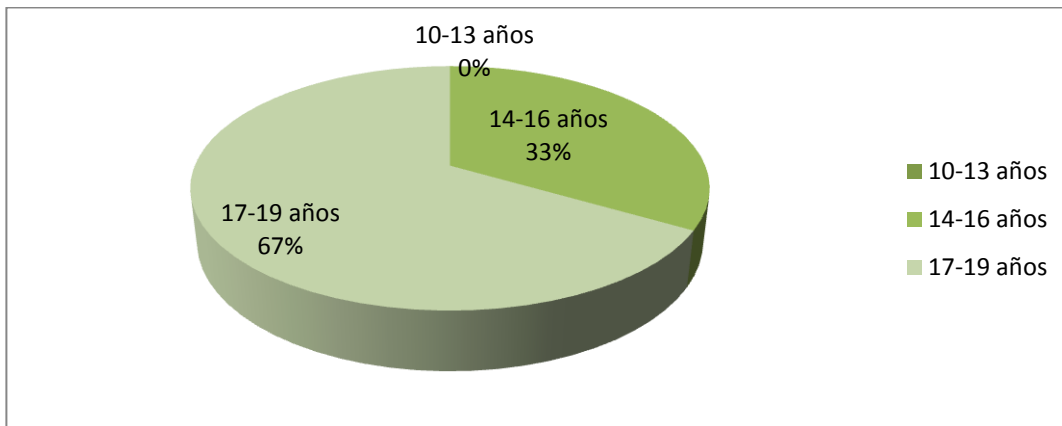
TABLA N°3.
INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

Grupo etario	Madres adolescentes	Porcentaje
10-13 años	0	0%
14-16 años	2	33%
17-19 años	4	67%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°3
INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el 33% de madres adolescentes iniciaron su primera relación sexual a los 14-16 años de edad, mientras que el 67% que corresponde a 4 adolescentes iniciaron su primera relación sexual a los 17-19 años. Gran parte de las madres adolescentes iniciaron las relaciones sexuales en una aceptable de la adolescencia, pero existe un porcentaje de madres que iniciaron a temprana edad sus relaciones sexuales debido a una nula o escasa educación sexual.

TABLA N°4

MENARQUIA

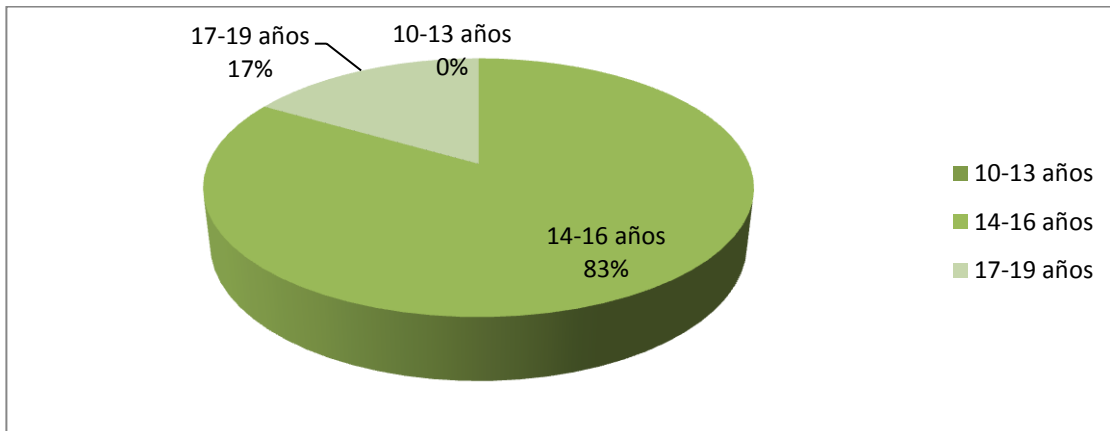
Grupo etario	Número	Porcentaje
10-13 años	0	0%
14-16 años	5	83%
17-19 años	1	17%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°4

MENARQUIA



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: de un 100% de madres adolescentes, el 83% que corresponde a 5 madres adolescentes la aparición de la menarquia fue a los 14-16 años de edad, el 17% que representa a 1 madre la aparición de la menarquia fue a los 17-19 años. De acuerdo a esto se debe considerar que es muy importante que las jóvenes reciban una información veraz y oportuna acerca del inicio de su primera menarquia para evitar embarazos a tempranas edades.

TABLA N° 5

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

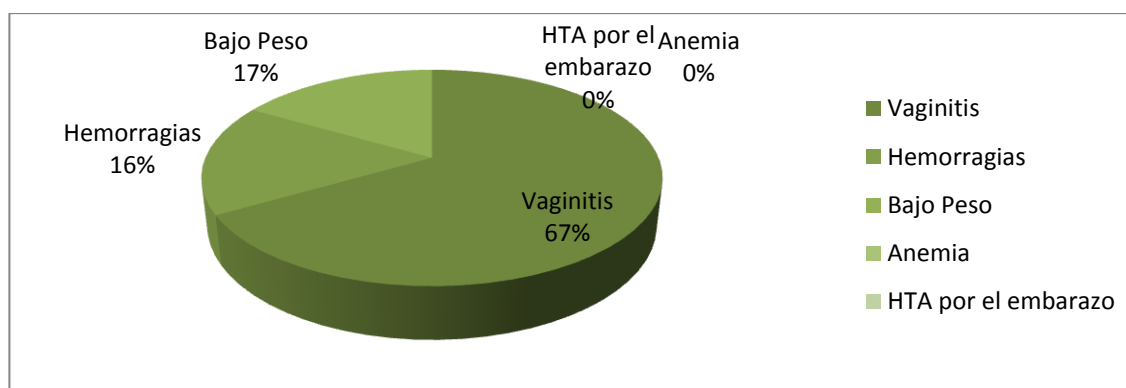
Complicaciones	Número	Porcentaje
Vaginitis	4	67%
Hemorragias en el tercer trimestre de embarazo	1	17%
Bajo Peso	1	17%
Anemia	0	0%
HTA por el embarazo	0	0%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°5

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el 67% de madres adolescentes presentaron vaginitis, el 17% de madres presentaron hemorragia en el tercer trimestre del embarazo, el 17% de madres presentó bajo peso. Las complicaciones presentadas durante el embarazo de estas madres no representan un peligro que como resultado exista una alteración en el crecimiento y desarrollo del niño, lo que no sucede en los casos de haber presentado anemia e hipertensión.

TABLA N°6

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES

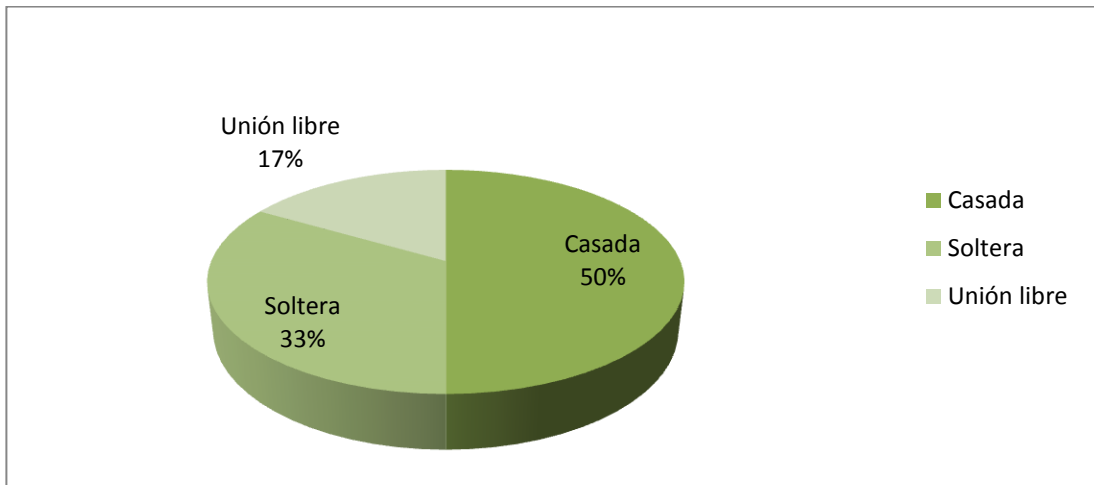
Estado civil	Número	Porcentaje
Casada	3	50%
Soltera	2	33%
Unión libre	1	17%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°6

ESTADO CIVIL



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el 50% que corresponde a 3 madres adolescentes son casadas, el 33% son madres adolescentes solteras y un 17% de madres adolescentes vive en unión libre. Lo que es preocupante ya que no cuentan con el apoyo económico y emocional de su pareja para el sustento de su hijo lo cual es lo inevitable para el buen crecimiento y desarrollo del niño.

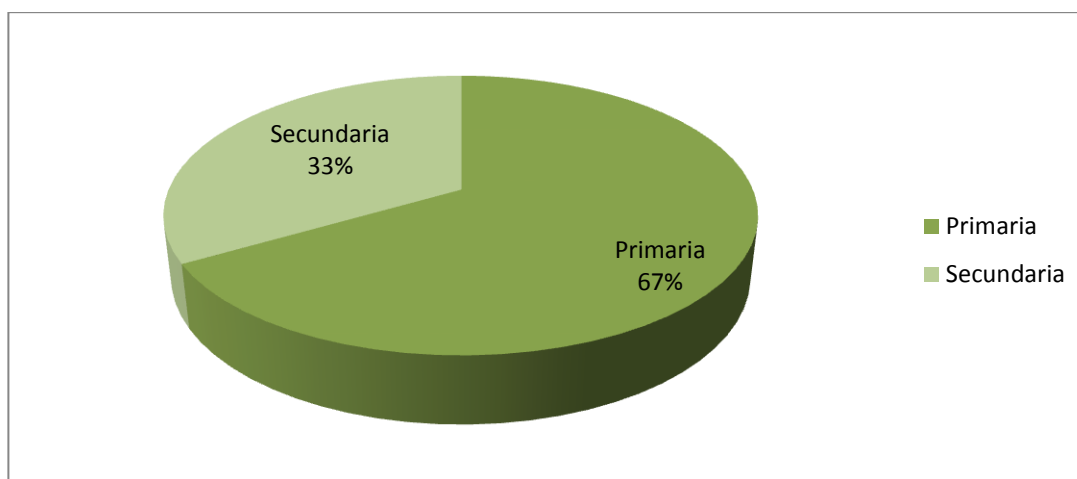
TABLA N°7
NIVEL DE EDUCACIÓN

Nivel de educación	Número	Porcentaje
Primaria	4	67%
Secundaria	2	33%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°7
NIVEL DE EDUCACIÓN



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el 67% de madres adolescentes poseen un nivel de educación primaria, mientras que el 33% de madres que poseen un nivel de educación secundario. La mayor parte de las madres adolescentes que acuden al subcentro de salud de Hualcanga poseen solo un nivel de educación primaria convirtiéndose este en un factor de riesgo debido a que estas madres no tienen oportunidades de profesionalización para darle un buen futuro a su hijo.

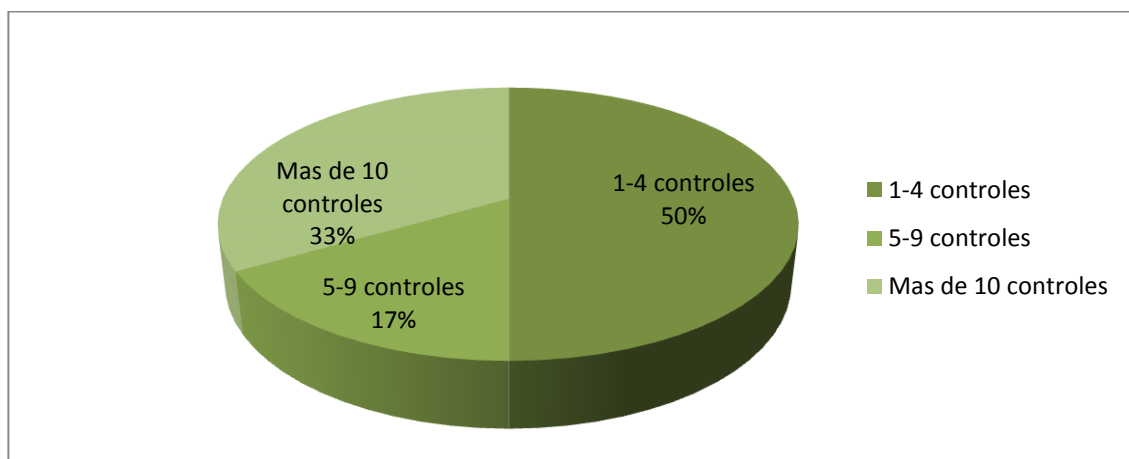
TABLA N°8
CONTROLES MÉDICOS PRENATALES

Controles prenatales	Número	Porcentaje
1-4 controles	3	50%
5-9 controles	1	17%
Mas de 10 controles	2	33%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°8
CONTROLES MÉDICOS PRENATALES



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el 50% que corresponde a 3 madres adolescentes se realizaron de 1-4 controles prenatales durante todo su embarazo, el 17% que corresponde a 1 madre la cual se realizó de 5-9 controles y en un 33% que corresponde a 2 madres que tienen mas de 10 controles durante el embarazo. es preocupante aquellas madres que se realizaron de 1 a 4 controles prenatales ya que están dentro del rango limitante de controles si sabemos que lo ideal son de 5 a 9 controles prenatales.

TABLA N° 9

EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL PRENATAL

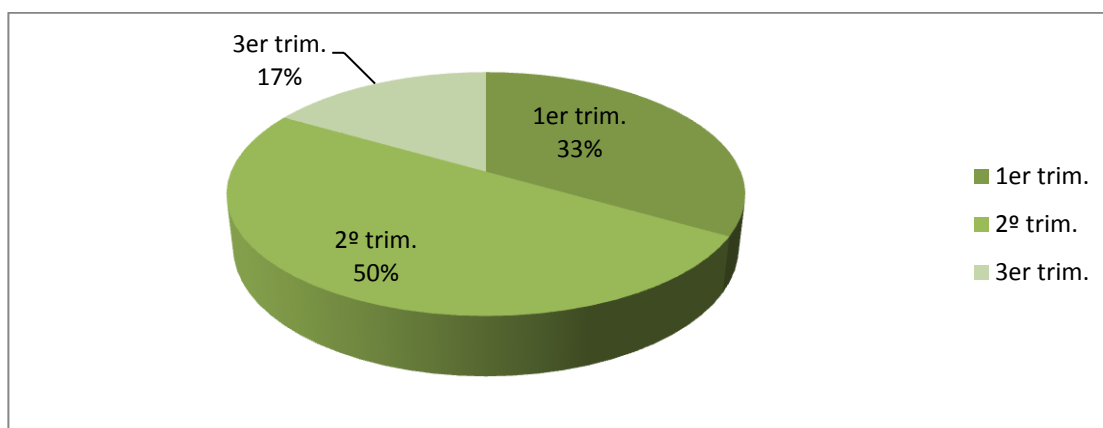
Edad gestacional	Número	Porcentaje
1er trimestre	2	33%
2º trimestre	3	50%
3er trimestre	1	17%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N° 9

EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL PRENATAL



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el 33% de madres adolescentes acudieron al primer control prenatal durante el primer trimestre de embarazo, el 50% de madres asistieron a su primer control prenatal durante el segundo trimestre del embarazo, mientras que el 17% correspondiente a una madre adolescente acudió al primer control prenatal durante el tercer trimestre de embarazo. Las madres adolescente no acuden a los controles prenatales desde su primer mes de embarazo debido a factores como la falta de conocimiento, vergüenza o simplemente acuden desde el momento que se dan cuenta del embarazo.

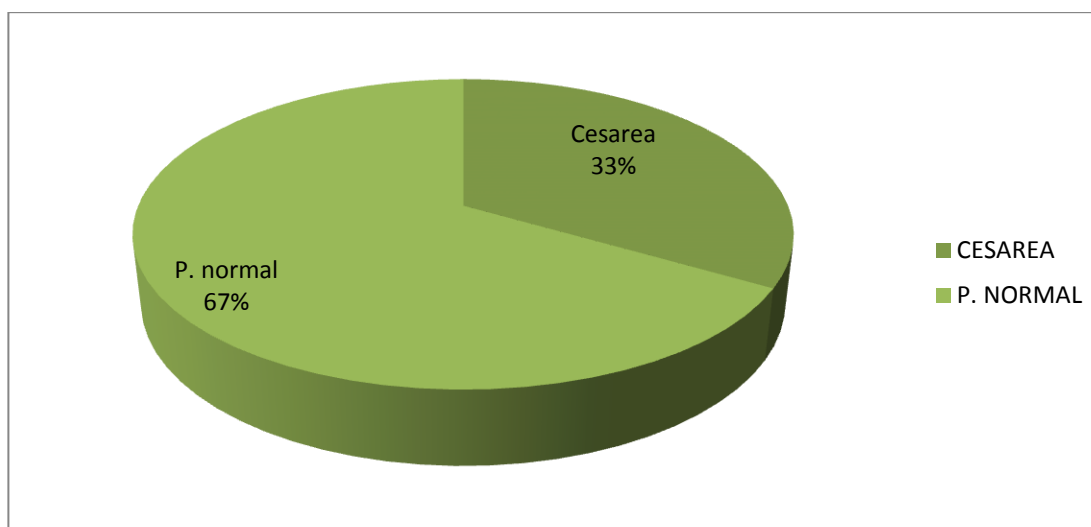
TABLA N°10
TIPO DE PARTO

Vía de parto	Número	Porcentaje
Cesárea	2	33%
P. Normal	4	67%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°10
TIPO DE PARTO



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el tipo de parto que se dio en el 67% de madres adolescentes fue por vía vaginal o parto normal, mientras que el 33% de madres adolescentes la vía del parto fue por cesárea. A pesar de que su cuerpo aun mantiene un desarrollo físico inconcluso, gran parte de las madres adolescentes tuvieron a su hijo por parto normal o vaginal sin complicaciones aparentes

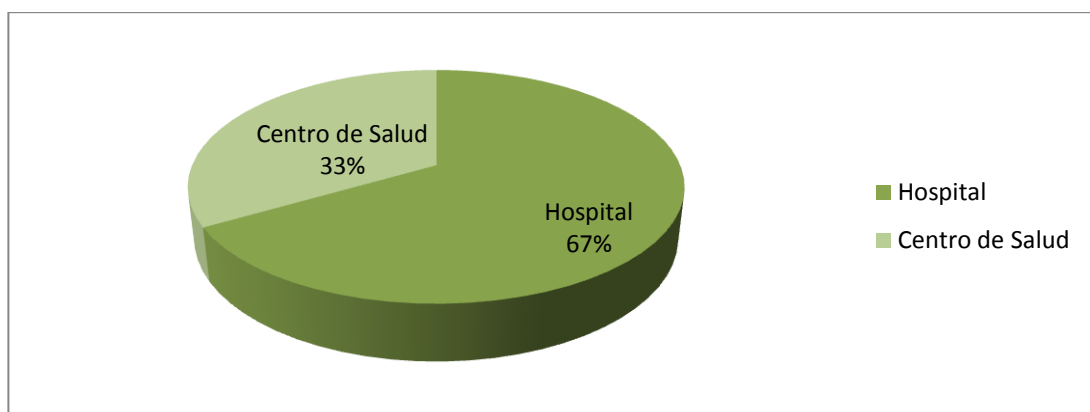
TABLA N°11
INSTITUCIÓN EN DONDE SE DIO EL PARTO

Establecimiento de salud	Número	Porcentaje
Hospital	4	67%
Centro de Salud	2	33%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°11
INSTITUCIÓN EN DONDE SE DIO EL PARTO



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el lugar en donde se dio el parto en el 67% de madres adolescentes fue el Hospital Provincial Docente Ambato, mientras que el 33% de madres adolescentes acudieron al centro de salud de Quero entidad encargada a dar atención en partos a mujeres de este sector. Siendo así que la mayor parte de madres adolescentes acudieron al Hospital Provincial Docente Ambato cuya institución brinda atención en parto por vía vaginal o normal y cesárea, aplicando cada uno de los protocolos de atención a madres adolescentes.

4.2 Análisis e interpretación de las fichas de observación de los niños

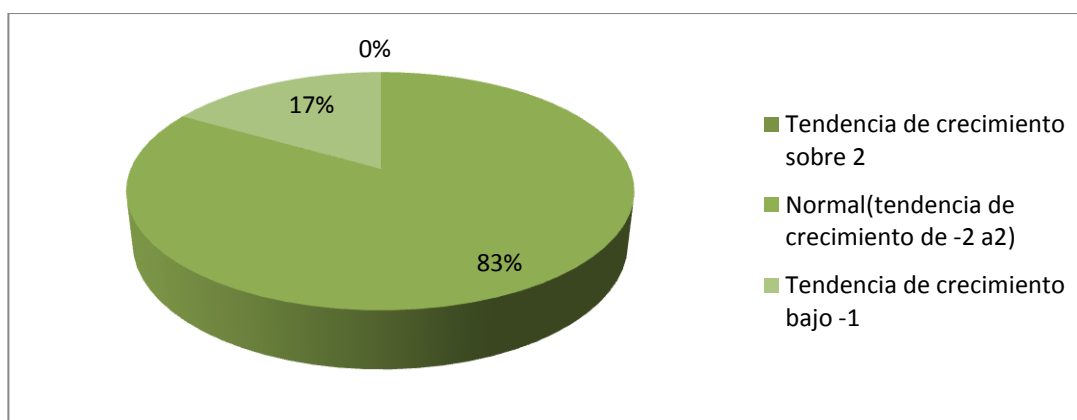
TABLA N°12
RELACIÓN PESO/EDAD

Alteraciones	Número	Porcentaje
Tendencia de crecimiento sobre 2	0	0%
Normal(tendencia de crecimiento de -2 a2)	5	83%
Tendencia de crecimiento bajo -1	1	17%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°12
PESO/ EDAD



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el 83% de niños hijos de madres adolescentes de acuerdo a su edad permanecen dentro de los parámetros normales, el 17% que corresponde a un niño cuyos datos obtenidos valorados y graficados se enmarcan dentro del rango -1 que está considerado aún dentro de lo normal según los estándares de valoración establecidos por el MSP

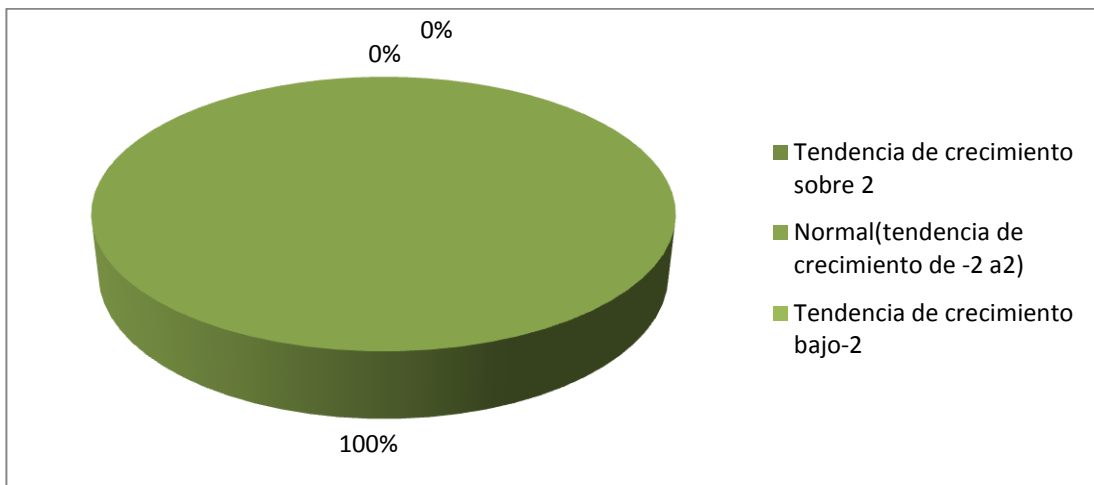
TABLA N°13
RELACIÓN TALLA /EDAD

Alteraciones	Número	Porcentaje
Tendencia de crecimiento sobre 2	0	0%
Normal(tendencia de crecimiento de -2 a2)	6	100%
Tendencia de crecimiento bajo – 2	0	0%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°13
RELACIÓN TALLA/ EDAD



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el 100% que representa a la totalidad de niños hijos de madres adolescentes se encuentran en un rango normal en la relación talla/edad.

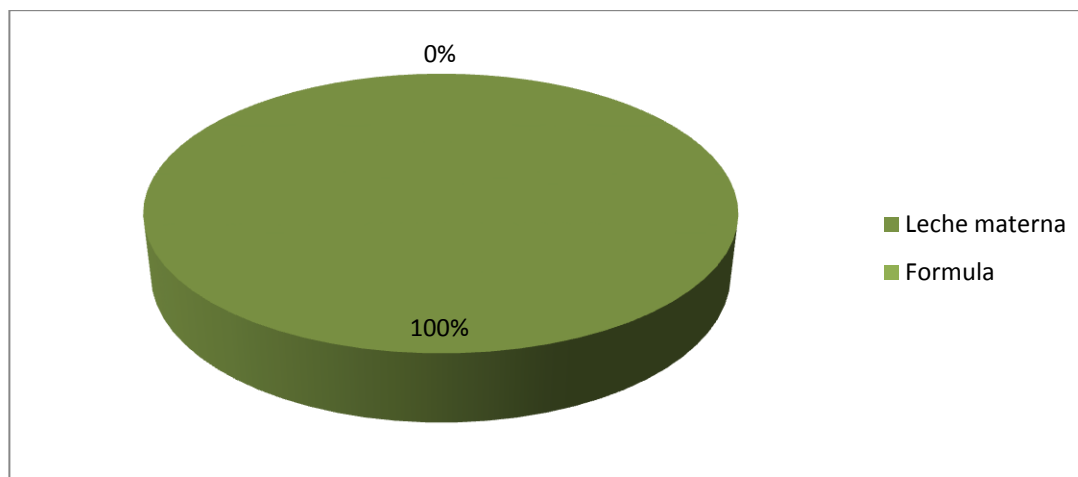
TABLA N°14
RELACIÓN PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD

Alteraciones	Número	Porcentaje
Normal	6	100%
Anomalías	0	0%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°14
RELACIÓN PERÍMETRO CEFÁLICO/ EDAD



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el 100% que representa a los 6 niños hijos de madres adolescentes se encontraron dentro de los parámetros normales en cuanto a la relación perímetro cefálico/ edad.

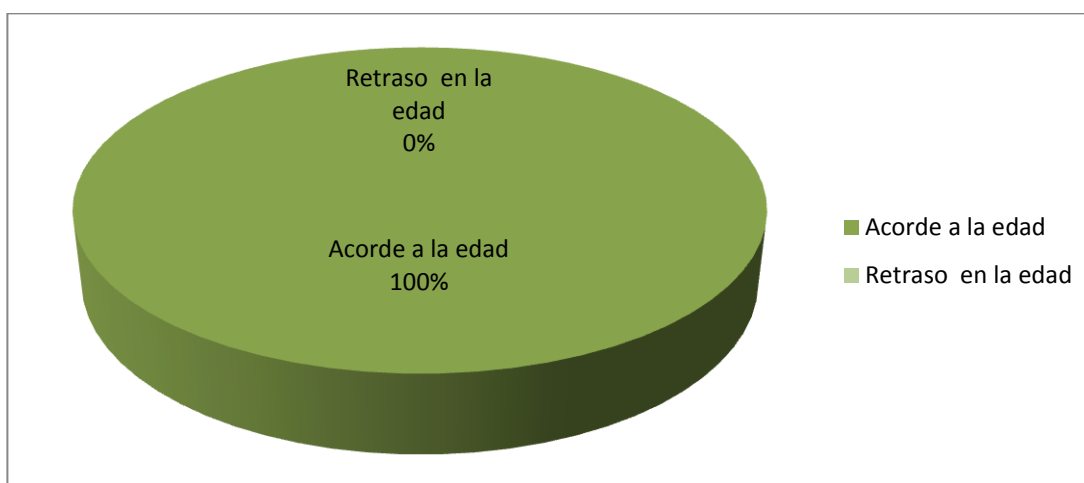
TABLA N°15
ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS NIÑOS

Esquema vacunación	Número	Porcentaje
Acorde a la edad	6	100%
Retraso en la edad	0	0%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°15
ESQUEMA DE VACUNACIÓN



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el 100% que representa al total de 6 niños hijos de madres adolescentes cumplen con el esquema de vacunación, acorde con la edad y de acuerdo al PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones). Disminuyendo con esto la posibilidad de aparición de las enfermedades prevenibles por vacunación.

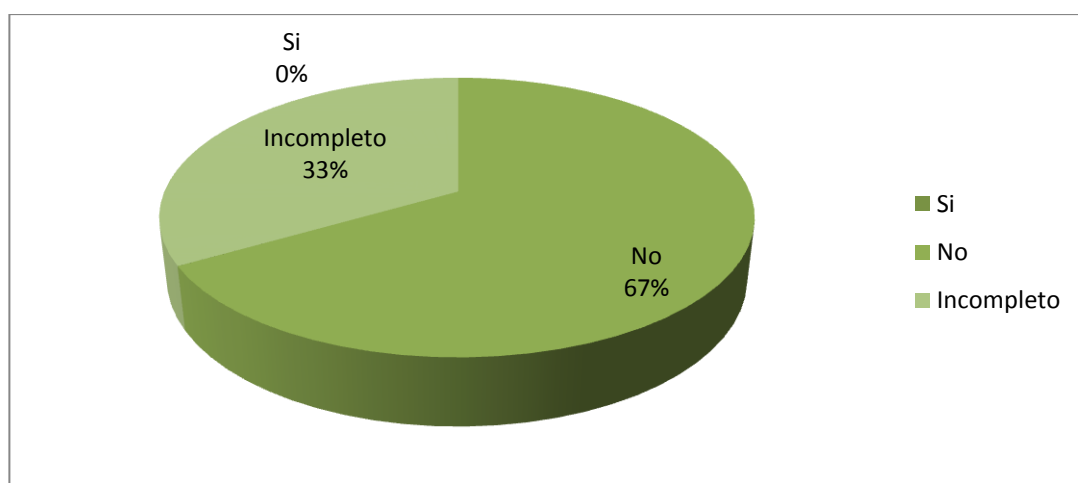
TABLA N°16
APLICACIÓN DEL TEST DE DENVER

Test de Denver	Número de niños	Porcentaje
Si se aplica	0	0%
No se aplica	4	67%
Incompleto	2	33%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°16
APLICACIÓN DEL TEST DE DENVER



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e interpretación: según el gráfico al 67% de niños no se aplica el test de Denver para la valoración respectiva, mientras que en un 33% tenían incompleta la valoración de dicho test. Es así que no existía una valoración completa del test de Denver cuya función del test es preventiva ya que busca advertir futuros problemas en el desarrollo del infante

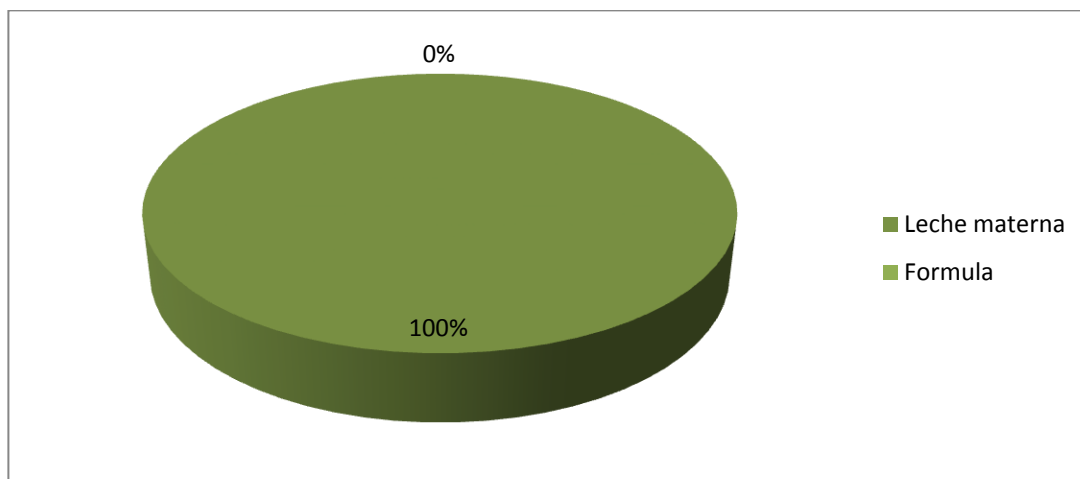
TABLA N°17
NUTRICIÓN EN LOS NIÑOS

Nutrición	Número de niños	Porcentaje
Lactancia materna exclusiva	6	100%
Fórmula	0	0%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°17
NUTRICIÓN EN LOS NIÑOS



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: la tabla y gráfico plasman que el 100% de niños fueron alimentados solo con leche materna. Siendo este un alimento que aporta con una gran cantidad de nutrientes esenciales para un buen crecimiento y desarrollo de los niños

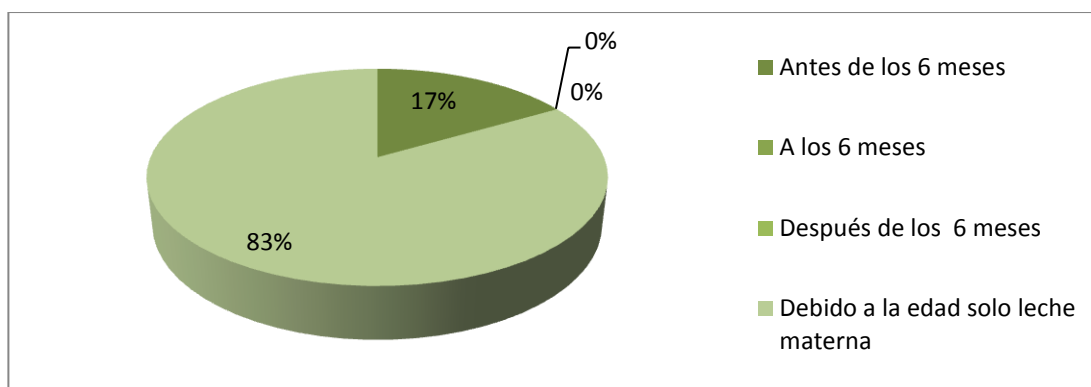
TABLA N°18
NUTRICIÓN COMPLEMENTARIA

Nutrición complementaria	Número de niños	Porcentaje
Antes de los 6 meses	1	17%
A los 6 meses	0	0%
Después de los 6 meses	0	0%
Debido a la edad solo leche materna	5	83.0%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°18
NUTRICIÓN COMPLEMENTARIA



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el 83% de los niños son alimentados solo con leche materna, el 17% muestra que los niños recibieron la nutrición complementaria antes de los 6 meses de edad. La introducción de los alimentos antes de los 6 meses de edad se torna alarmante, si consideramos que su sistema digestivo aun se encuentra inmaduro para digerir los alimentos.

TABLA N°19

ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

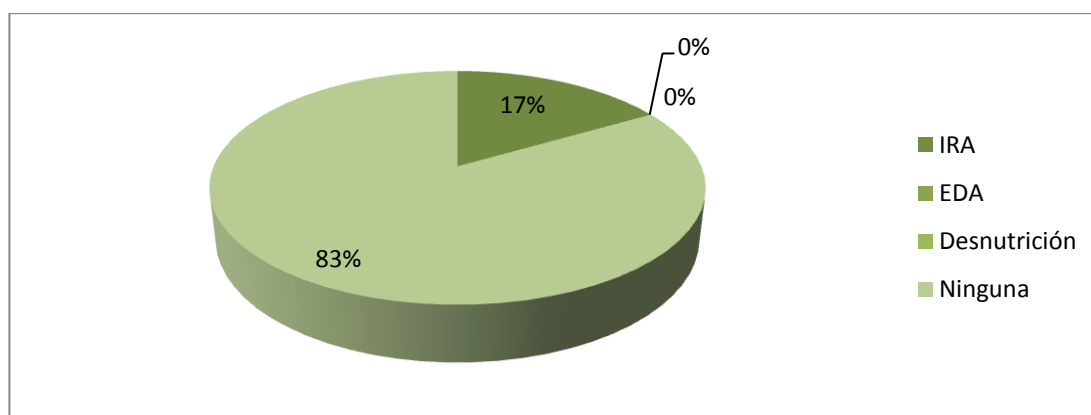
Enfermedades	Número de niños	Porcentaje
IRA	1	17%
EDA	0	0%
Desnutrición	0	0%
Ninguna	5	83%
Total	6	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

GRÁFICO N°19

ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Mayra Lara

Análisis e Interpretación: el 83% de niños no presentaron ninguna enfermedad prevalente de la infancia, mientras que el 17% de los niños presentó IRA (Infección Respiratoria Aguda). Por ser esta una zona de alta afectación de las erupciones volcánicas se podría considerar como un factor de riesgo.

4.3 Verificación de Hipótesis

Peso

Hipótesis

Hipótesis nula H_0 : los valores del peso en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del Sub-centro de salud de Hualcanga no difieren de los valores referenciales.

Hipótesis alternativa H_1 : los valores del peso en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del Sub-centro de salud de Hualcanga difieren de los valores referenciales

Tabla 20. Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales del peso de los hijos de madres adolescentes del Sub-centro de salud de Hualcanga.

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	PESO PRESENTADO	PESO IDEAL
Media	6.7	6.45
Varianza	2.788	3.235
Observaciones	6	6
Varianza agrupada	3.0115	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	10	
Estadístico t	0.24952221	
P(T<=t) una cola	0.40400377	

Valor crítico de t (una cola)	1.8124611	
P(T<=t) dos colas	0.80800753	
Valor crítico de t (dos colas)	2.22813884	

Fuente: Fichas de Observación.

Elaborado por: Mayra Lara

Significancia

NS=0.05

GI=10

Resultado

La Ho se acepta es decir los valores promedio del peso, analizados de manera general tanto en niños como en niñas desde 0 hasta 2 años 6 meses de edad se encuentran dentro de los valores normales referenciales

Talla

Hipótesis

Hipótesis nula Ho: los valores de la talla en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del Sub-centro de Salud de Hualcanga no difieren de los valores referenciales

Hipótesis alternativa H1: los valores de la talla en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del Sub-centro de salud de Hualcanga difiere de los valores referenciales

Tabla 21. Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales de la talla de los hijos de madres adolescentes del Sub-centro de salud de Hualcanga.

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	<i>TALLA PRESENTADA</i>	<i>TALLA IDEAL</i>
Media	63.1166667	63.3333333
Varianza	38.8816667	43.8666667
Observaciones	6	6
Varianza agrupada	41.3741667	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	10	
Estadístico t	-0.05834291	
P(T<=t) una cola	0.47731244	
Valor crítico de t (una cola)	1.8124611	
P(T<=t) dos colas	0.95462488	
Valor crítico de t (dos colas)	2.22813884	

Fuente: Fichas de Observación.

Elaborado por: Mayra Lara

Significancia

NS=0.05

GL=10

Resultado

La H_0 se acepta es decir los valores promedio de la talla, analizados de manera general tanto en niños como en niñas desde 0 hasta 2 años 6 meses de edad se encuentran dentro de los valores normales referenciales

De este proceso se obtuvo un t calculado a un promedio de 10 grados de libertad en el sub-centro de salud de Hualcanga menor al t crítico, lo cual indica en términos generales que no existe diferencia significativa entre el valor promedio poblacional y el valor promedio referencial dado en las tablas de crecimiento establecidas por la OMS y OPS, por otra parte de acuerdo a los resultados del test de Aldrich Norval y Barrera Moncada por lo cual podemos apreciar que no existe alteraciones en el desarrollo de los niños del Sub-centro de salud de Hualcanga por lo anterior descrito podemos decir que la hipótesis se rechaza.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se evidencia que las adolescentes inician tempranamente las relaciones sexuales y por ende el embarazo precoz con respecto al inicio de la menarquia, lo que se nota adicionalmente la poca educación, y sobre todo en el ámbito de la sexualidad.
- Además se puede concluir que las madres adolescentes acudieron a los controles prenatales a partir del segundo y tercer trimestre de embarazo.
- Con los datos arrojados se puede concluir que la alimentación complementaria fue introducida antes de los 6 primeros meses de vida del niño, edad en la que el sistema digestivo del infante aun se encuentra inmaduro.
- La valoración del desarrollo psicomotriz del niño a través del test de Denver, no es factible ya que no existe una valoración adecuada en la historia clínica.
- Se concluye además que las madres adolescentes debido a su edad al convertirse en madres ellas no poseen aún la suficiente capacidad para el cuidado de los niños

5.2 Recomendaciones

- Que las Instituciones Educativas y los padres de las/los adolescentes fortifiquen los temas acerca de educación sexual y reproductiva haciendo hincapié en el uso de los métodos anticonceptivos para evitar embarazos precoces.
- Que el personal de salud a través de charlas y conferencias dirigidas a las madres adolescentes incentiven a un buen cuidado y control de su embarazo relevando su importancia para prevenir complicaciones, y de esta promover a un buen desarrollo y culminación del mismo. Siendo esta la clave fundamental para evitar las complicaciones en el feto.
- Que se brinde educación a la madre adolescente sobre la alimentación a través de la lactancia materna exclusiva y la ablactación del niño para de esta manera optimizar el bienestar del infante.
- Que el personal de salud especialmente el médico, brinde importancia a la evaluación del desarrollo psicomotriz del niño a través de una valoración adecuada mediante los diferentes test (Aldrich y Norval, Barrera -Moncada y Denver) que proporciona el Ministerio de Salud Pública para detectar tempranamente alteraciones.
- Mejorar las capacidades de las madres adolescentes a través de la impartición de talleres educativos sobre cuidados en el postparto, recién nacido hasta el primer año de vida del niño y planificación familiar.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

6.1 Datos informativos

5.1.1 Título:

“Formar un club de madres adolescentes e impartir talleres educativos sobre cuidados en el postparto, recién nacido hasta el primer año de vida del niño y planificación familiar”

Institución ejecutora

- Universidad Técnica de Ambato

Beneficiarios

- Madres adolescentes del Sub-centro de salud de Hualcanga perteneciente al área de salud N° 7 del MSP de la Provincia de Tungurahua.

Ubicación

Sub-centro de Salud de Hualcanga en Quero

Tiempo estimado para la ejecución

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

Equipo técnico responsable

- Mayra Alexandra Lara Punina
- Personal de salud del sub-centro de salud de Hualcanga

Costo

Cuadro 1.Costos y materiales

Material de oficina	100
Transporte	80
Material didáctico	180
Total	360

Elaborado por: Mayra Lara

6.2 Antecedentes de la Propuesta

La previa investigación 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 al sub-centro de salud de Hualcanga en Quero, perteneciente al área de salud n° 7 del MSP de la provincia de Tungurahua, período del 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012”**se observó lo siguiente.

Qué el número de madres adolescentes que acuden al Sub-centro de Salud de Hualcanga es de 6 en total, gran parte de estas adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales a temprana edad y la aparición de la menarquia, estas se convirtieron en madres en la etapa de la adolescencia tardía y en un menor porcentaje en la adolescencia media, acudieron al Sub-centro de salud a realizarse su primer control en el segundo y tercer trimestre del embarazo, gran parte de ellas son casadas legalmente, tienen solo un grado de educación primaria lo que no les permitió profesionalizarse y superarse socialmente.

Con la ayuda de las fichas de observación se afirmó que los niños hijos de madres adolescentes son nacidos bajo la atención de manos profesionales ya que las madres

asisten a un establecimiento de salud ya sea este el Hospital Provincial Docente Ambato o el centro de salud materno infantil en Quero para la atención del parto, los niños hijos de madre adolescente se encuentran dentro de los parámetros normales de acuerdo a la valoración según de las curvas establecidas por el MSP, además se evidenció que la ablactación se hizo antes de los 6 meses de edad, los niños cumplen con su esquema de vacunación. Se evidenció también que el personal de salud no valora los diferentes test que proporciona el MSP para la evaluación del desarrollo de los niños.

Razones por las que se plantea esta propuesta como posible solución ha dicho problema con la finalidad de mejorar la calidad de vida del niño hijo de madre adolescente ya que las madres adolescentes desconocen de aquellos cuidados básicos debido a la inexperiencia por la corta edad en la que transcurren.

6.3 Justificación

Analizando las circunstancias de la madre adolescente, la poca adquisición de destrezas para el cuidado del niño, el infante está propenso a sufrir cualquier tipo de alteración en el cuidado como abuso físico, abandono, desorden en la nutrición y negligencia en sus cuidados básicos.

Al tratarse con adolescentes, conjuntamente se suma el desconocimiento, por ello es importante intervenir, y a través de la impartición de talleres educativos sobre temas como cuidados postparto, recién nacido hasta el primer año de vida del niño y planificación familiar, cuyos beneficiarios son las madres adolescentes y sus hijos con lo que se presume mejorar los conocimientos y habilidades en la madre para el cuidado del niño. También se busca el bienestar de la madre para que ella sea quien planifique su familia y con ello asegurar una estabilidad económica que es indispensable para optimizar un buen desarrollo y crecimiento del niño.

6.4 Objetivos

Objetivo general

- Mejorar la capacidad de cuidado en las madres adolescentes a través de talleres educativos acerca de los cuidados postparto, cuidados del recién nacido hasta el primer año de vida del niño y planificación familiar con el fin de alargar el intervalo intergenésico.

Objetivos específicos

- Elaborar talleres educativos sobre cuidados postparto, cuidados del recién nacido hasta el primer año de vida del niño, planificación familiar con el fin de alargar el intervalo intergenésico.
- Evaluar los conocimientos impartidos a las madres adolescentes.

6.5 Análisis de Factibilidad

Factibilidad sociocultural

Se considera de carácter social ya que se realizó la investigación con las madres adolescentes, y cultural ya que se rescata y se valora tradiciones, manifestaciones y conocimientos propios de la cultura de las madres.

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, el permiso enviado al sub-centro de salud para facilitar el acceso a ciertos documentos para la investigación.

Factibilidad Ambiental

El ambiente es el propicio y adecuado ya que el espacio físico permite que la propuesta se desarrolle.

Factibilidad Financiera y Económica

Para el cumplimiento se cuenta con los recursos económicos necesarios y se lo puede realizar con el autofinanciamiento de la investigadora.

6.6 Fundamentación científico técnica

Club

Definición: Se denomina Club a aquella asociación compuesta por un grupo variable de personas que se han asociado libremente y siguiendo fielmente sus preferencias, gustos, necesidades de relacionamiento social y objetivos y entonces, para satisfacerlas han decidido asentarse en un determinado espacio físico que será el punto de reunión

Las actividades y los objetivos que un club tiene son realmente muy diversos y por supuesto estarán en estrecha relación con el motivo que haya motivado su reunión.

Taller

Definición: es un lugar donde varias personas trabajan cooperativamente para hacer o reparar algo, lugar donde se aprende haciendo junto con otros esto ha dado lugar a una modernización del proceso de enseñanza – aprendizaje.

Según NATALIO KISNERMAN define el taller como unidades productivas de conocimientos a partir de una realidad concreta.

GLORIA MIREBANT PEROZO que sostiene que “Un taller pedagógico es una reunión de trabajo donde se unen los participantes en pequeños grupos o equipos para hacer aprendizajes prácticos según los objetivos que se proponen y el tipo de asignatura que los organice.

Puede desarrollarse en un local, pero también al aire libre. No se concibe un taller donde no se realicen actividades prácticas, manuales o intelectuales. Podríamos decir que el taller tiene como objetivo demostración práctica de las leyes, las ideas,

las teorías, las características y los principios que se estudian, la solución de las tareas con contenido productivo. Por eso el taller pedagógico resulta una vía idónea para formar, desarrollar y perfeccionar hábitos, habilidades y capacidades que le permiten al alumno operar con el conocimiento y al transformar el objeto, cambiarse a sí mismo”.

Estrategias:

Esta se constituye desde el ámbito pedagógico y comprende: los objetivos, los métodos y las técnicas; en este sentido la estrategia es la totalidad, es la que da sentido de unidad a todos los pasos de la enseñanza y del aprendizaje.

Los talleres deben realizarse más como estrategia operativa que como simple método o técnica. La relación entre el capacitador y el capacitado que se da en el taller, debe contemplarse entre las didácticas activas, con trabajo individualizado, en parejas o en grupos pequeños.

Además debe fundamentarse en principios básicos que son: la eliminación de jerarquías, establecer una buena relación entre la persona que capacita y las capacitadas, eliminar el sentido de competitividad y fomentar el de participación grupal, que la evaluación de los resultados de la realice de manera conjunta.

La principal estrategia es la integración en el proceso de aprendizaje o adquisición del conocimiento de la práctica y la teoría, sin darle preeminencia a ninguna de estas dos categorías, ya que en ambas hay que reconocerles equitativo valor en la construcción o adquisición del conocimiento. Este significado de la integración teórico - práctica está muy ligado al Saber Hacer o al "Aprender a Hacer Sabiendo" de que tanto se habla en la didáctica moderna.

Objetivos:

- Promover y facilitar una educación integral e integrar simultáneamente en el proceso de aprendizaje el Aprender a aprender, el Hacer y el Ser.

- Realizar una tarea educativa y pedagógica integrada y concertada entre docentes, alumnos, instituciones y comunidad.
- Superar en la acción la división entre la formación teórica y la experiencia práctica.
- Superar el concepto de educación tradicional en el cual el alumno ha sido un receptor pasivo, bancario, del conocimiento.
- Facilitar que los alumnos o participantes en los talleres sean creadores de su propio proceso de aprendizaje.
- Producir un proceso de transferencia de tecnología social.
- Hacer un acercamiento de contrastación, validación y cooperación entre el saber científico y el saber popular.
- Aproximar comunidad - estudiante y comunidad - profesional.
- Normalizar la ciencia y el científico, buscando la democratización de ambos.
- Normalizar y des alienar la concientización.

Técnicas:

- **Didáctica de la reflexión:** Consta de tres instancias: la motivación para atraer la movilidad afectiva, la curiosidad y la atención de los capacitados.

La asimilación que es el momento en que el capacitado trata de aprender y de apropiarse del objeto de estudio incorporándolo de manera sustantiva a su pensamiento. Por último está la transferencia que es cuando la reflexión se convierte en una acción.

- **Pedagogía de la Pregunta:** Con la pregunta se busca activar el pensamiento y discernir sobre los diferentes temas que se plantean a discusión, permite que fluya la curiosidad e incentivar la creatividad en la búsqueda de respuestas.
- **Educación Problemática:** Consiste en convertir el problema común en situación problemática, formular preguntas y buscar respuestas a esas preguntas, en síntesis

los problemas señalan o dan dirección a la búsqueda de las fuentes de información, que son necesarias para solucionarlos.

- **Dinámica de grupo y Trabajo en equipo:** Permite un aprendizaje social basada en el principio que el hombre es un ser social por naturaleza.
- **Tríptico:** usa normalmente para señalar a un tipo de elemento que cuenta con tres secciones claramente divisibles entre sí pero que, de igual manera, mantienen unión con la que se encuentra a su lado. En una síntesis de una temática expresada de forma clara y concisa de información que se quiere transmitir, de fácil reproducción y difusión.

Fundamentación técnica

Taller # 1

Título: Cuidados postparto

Tiempo estimado para la ejecución: 60 minutos

Equipo Responsable

- Mayra Alexandra Lara Punina
- Personal de salud del subcentro de salud de Hualcanga

Actividades

- Dinámica grupal
- Divulgación del tema
- A través de una maqueta dar a conocer el correcto aseo perineal
- Evaluación del procedimiento adquirido del aseo perineal femenino en el hogar

- Higiene corporal, alimentación
- Conocer los conocimientos que tiene cada una de las madres adolescentes acerca de la planificación familiar desde el momento del postparto
- Evaluación de los conocimientos adquiridos

Taller # 2

Título: Cuidados del recién nacido hasta el primer año de vida

Tiempo estimado para la ejecución: 60 minutos

Equipo Responsable

- Mayra Alexandra Lara Punina
- Personal de salud del subcentro de salud de Hualcanga

Actividades

- Narración del tema
- Dar a conocer el procedimiento de cuidados del cordón umbilical
- Higiene del niño recién nacido
- Alimentación del recién nacido
- Demostrar a través carteles las posiciones para un buen amamantamiento
- Controles médicos del RN hasta el primer año de vida
- Motivación e importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 primeros meses y la ablactación del niño
- Crear un recetario de alimentos a utilizarse en la ablactación del niño
- Dramatización de una madre adolescente que brinde maltrato al niño

Taller # 3

Título: Planificación familiar

Tiempo estimado para la ejecución: 120 minutos

Equipo Responsable

- Mayra Alexandra Lara Punina
- Personal de salud del subcentro de salud de Hualcanga

Actividades

- Aplicación de técnica participativa
- Divulgación del tema dando a conocer la utilización correcta, ventajas y desventajas de cada uno de los métodos anticonceptivos.
- Repartición de tarjetas en donde las madres adolescentes anoten el tipo o los tipos de métodos anticonceptivos que están utilizando actualmente
- Crear conciencia sobre el número de hijos a procrear

6.7 Modelo Operativo

Cuadro 2: modelo operativo de la propuesta

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS TIEMPO	PRESUPUETO	RESPONSABLE
Planificación	1. Formar el club de madres adolescentes	Disponer del grupo de madres	• Buscar a las madres adolescentes	• Recurso humano • Recurso financiero • Recurso material • Tiempo: 2 semanas	Transporte \$ 100 Internet \$ 70 Impresiones \$100 Proyector \$ 90 Refrigerio \$ 40 Material de escritorio \$ 30 Maquetas \$ 40	• Mayra Lara • Personal de salud del subcentro de Hualcanga
	2. Disponer del espacio físico para el taller	Crear un ambiente relajado en donde las madres puedan adquirir habilidades	• Permiso para la adquisición del espacio físico	• Recurso humano • Recurso financiero • Recurso material • Tiempo: 4 días		
	3. Determinar objetivos a alcanzar con el taller	Desarrollar capacidades en los asistentes	• Sintetizar la información	• Recurso humano • Recurso material • Tiempo:1 día		

	4. Determinar el método de enseñanza	Definir el método apropiado que facilite el aprendizaje	• Demostraciones (maquetas) • Charlas • Trípticos	• Recurso humano • Recurso material • Tiempo: 1 día		• Mayra Lara
Ejecución	• Impartir los talleres educativos para mejorar las capacidades existentes en las madres	• Garantizar un aprendizaje en el 90% de las madres	• brindar charlas educativas 1 día a la semana	• Recurso humano • Recurso financiero • Recurso material • Tiempo: 2 horas		• Mayra Lara
Evaluación	• Evaluar el aprendizaje adquirido a las madres adolescentes.	• Optimizar el cuidado del niño hasta el primer año de vida • Alargar el periodo intergenésico	• Evaluación inmediata luego de la impartición de cada taller.	• Recurso humano • Recurso material Tiempo: 1 hora		• Mayra Lara

Elaborado por: Mayra Lara

Fuente: Dr. Luis Herrera y otros

6.8 Administración de la Propuesta

6.8.1. Unidad Operativa

La propuesta será administrada por la Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería con la colaboración de la Coordinación y Estudiantes del VI Seminario de Graduación, el Personal de Salud del subcentro de Hualcanga en Quero perteneciente al Área de Salud N 7 del MSP de la Provincia de Tungurahua.

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 evaluaciones inmediatas luego de la impartición de cada taller, en donde se analizarán los resultados y se tomarán en cuenta las respectivas sugerencias para modificar la propuesta o a su vez mantenerla.

Para facilitar el plan de evaluación se plantea la siguiente matriz

Cuadro 3: Plan de Monitoreo y Evaluación

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Que evaluar?	• Cuidados en el postparto • Cuidados del niño recién nacido hasta el primer año de vida • Planificación familiar
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	• Para comprobar si los conocimientos adquiridos en las madres les permite un mejor

evaluar?	desempeño en el cuidado del niño. • Detectar las dudas sobre los temas tratados. • Identificar aspectos importantes.
4.- Indicadores.	• Número de consejos sobre planificación familiar • Claridad de la devolución de los temas tratados.
5.- ¿Quién evalúa?	• Mayra Lara
6.- ¿Cuándo evaluar?	• Después de impartir los talleres educativos
7.- ¿Cómo evaluar?	• Con preguntas dirigidas a cada una de las madres y demostraciones prácticas de cada taller.
8.- Fuentes de Información.	• Talleres educativos
9.- ¿Con qué evaluar?	• Ficha de evaluación.

Fuente: Dr. Luis Herrera y otros

Elaborado por: Mayra Lara

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

2. Alonso U. Rosa y otros. (2008). Intervención educativa sobre la atención a niños de madres adolescentes. Hospital ginecoobstétrico Guanabacoa. Ciudad de la Habana,
3. Amato, R. (2008). Centro rosarino de estudios sobre adolescencia.
4. Ayala, J. (2007). Artículo sobre adolescencia y proyecto de vida. Revista Iberoamericana de personalismo comunitario. Editada por instituto Emanuel Mounier. Argentina
5. Boix, F. (1976). De la repressió a la psicopedagogia sexual. Ed.: nova terra. Col. Noves actituds. Barcelona.
6. Ferrer, R. (2010). Medicina preventiva y salud publica ginecología y obstetricia. Venezuela
7. Gispent C. (2008). Psicología del niño y del adolescente. Primera edición. Editorial grupo Océano. Barcelona- España
8. Haya de la torre, I. (2009). Las características de la interacción madre – bebé y el conocimiento sobre el desarrollo del niño en un grupo de madres adolescentes y sus bebés. Lima-Perú.
9. Leon, P. y otros. (2008). Revista pediátrica electrónica, Embarazo en la adolescencia volumen 5.
10. Hinojosa, M. A. Y otros. (2012). crecimiento y desarrollo. Quito
11. Lowdermilk, D. (2006). Enfermería materno infantil. Edición 6ta. Editorial océano. Barcelona.
12. Organización panamericana de la salud. (2009). Manual clínico para el aprendizaje de aiepi en enfermería. Washington
13. Papalia, D. y otros. (2005). Psicología del desarrollo. Novena edición. Editorial mc graw- hill interamericana. México.

- 14.** Pinedo J. (2011).Diferencias en las complicaciones prenatales en el embarazo en adolescentes y no adolescentes atendidas en el hospital niño jesús. Bogotá

LINKOGRAFÍA

1. Banco de información del Inec (2011). Disponible en: <http://www.inec.gob.ec/estadisticas>
2. Boletín salud infantil valle del cauca (Noviembre 2012). Disponible en: <http://www.saludinfantilvalledelcauca.com>.
3. Código de la niñez y adolescencia, (publicado por ley no. 100. enero del 2003) Disponible en: <http://www.oei.es>
4. Constitución de la república del Ecuador (2008). Disponible en: <http://www.asambleanacional.gov.ec>
5. Datos estadísticos de proyecciones y estimaciones de población según cepal/ celade para Ecuador.(2012) disponible en: <http://www.eclac.org>
6. Datos estadísticos sobre adolescentes y embarazos en adolescentes según la encuestadora endemain para Ecuador. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.com>
7. Embarazo en la adolescencia. (Recuperado Junio 2012), disponible en: <http://www.buenastareas.com>
8. La adolescencia según la organización mundial de la salud (oms). Disponible en: <http://www.who.int/>
9. Ministerio de salud pública. Programas de salud pública, Disponible en: <http://www.msp.gov.ec/>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

BASE DE DATOS DE LA UTA

1. **SCIELO:** ROSSATO, N. Lactancia materna e inmunidad: Nuevos aspectos. *Arch. argent. pediatr.* [online]. 2008, vol.106. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03250075200800050001&lng=es&nrm=iso.
2. **SCIELO:** LOPEZ, D. y BENJUMEA, M. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI, para ferropenia en niños. *Rev. salud pública* [online]. 2011, vol.13. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid
3. **SCIELO:** BARRIUSO, L. MIGUEL, M. y SANCHEZ, M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2007, vol.30, Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-662720070005000007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1137-6627.
4. **SCIELO:** GATICA, C. y MENDEZ DE FEU, M. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. *Arch. argent. pediatr.* [online]. 2009, vol.107. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-007520090006000005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1668-3501.
5. **SPRINGER:** WORLD HEALTH ORGANIZATION STAFF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Editorial Organización Mundial de la Salud. 2003. Disponible en: [www.springer.org/estrategia mundial para la alimentación del lactante](http://www.springer.org/estrategia%20mundial%20para%20la%20alimentaci%C3%B3n%20del%20lactante).

ANEXOS



ANEXO I

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN

RESPONSABLE: Mayra Alexandra Lara Punina

Lugar: _____

Fecha: _____

MADRES ADOLESCENTES

Ficha N°: ____

Nombre:	Edad:	Historia clínica N°:
Edad al convertirse en madre:		
Inicio de relaciones sexuales:		
Menarquia:		
Complicaciones prenatales:		
Nivel de educación:		
Estado civil:		
Numero de controles prenatales:		
Edad gestacional al primer control:		
Tipo de parto:		
Institución en donde se dio el parto:		

ANEXO II

Encuesta Realizada a las Madres Adolescentes

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

➤ OBJETIVOS

1. Recabar información que sirva para la investigación

Encuesta Dirigida a las Madres Adolescentes que acuden al Subcentro de salud de Hualcanga

Le pedimos conteste con mucha sinceridad, ya que de esto dependerá la credibilidad de esta investigación.

DATOS DE LA MADRE

1. Dirección:
2. Estado civil:
3. Situación económica:
4. Ocupación:
5. Grado de escolaridad:

- Analfabetismo

☐

- Primaria completa ☐
- Primaria incompleta ☐
- Secundaria completa ☐
- Secundaria incompleta ☐
- Superior completa ☐

6. Edad del primer embarazo:

7. Vida sexual activa

Si ☐ No ☐

Desde cuando.....

8. Indique a que mes de embarazo inició con el primer control prenatal:

Cuántos meses:

9. Presento problemas de salud en el embarazo:

Si ☐ No ☐

Cuáles:

10. Tipo de parto que tuvo:

Vaginal ☐ Cesárea ☐

11. Lugar de parto:

Hospital ☐ Centro de Salud ☐ Domicilio ☐

ANEXO III



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

FICHA DE OBSERVACIÓN

RESPONSABLE: Mayra Alexandra Lara Punina

Lugar: _____

Fecha: _____

NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES

Ficha N^o: ____

Nombre:	Edad:	Historia clínica N
Peso actual:		
talla actual:		
Perímetro cefálico actual:		
Esquema de vacunación:		
Aplicación del test de Denver:		
Nutrición en los niños:		
Nutrición complementaria:		
Enfermedades prevalentes de la infancia:		

ANEXO IV

Alteraciones del Crecimiento de acuerdo al puntaje Z

Puntuación Z	Indicadores de Crecimiento		
	Longitud/talla para la edad	Peso para la Edad	Peso para la longitud/talla
Por Encima de 3	Ver Nota 1	Ver Nota 2	Obeso
Por Encima de 2			Sobrepeso
Por Encima de 1			Posible riesgo de sobrepeso (ver nota 3)
0 (Mediana)	NORMAL		
Por Debajo de -1			
Por Debajo de -2	Baja talla (ver nota 4)	Bajo peso	Emaciado
Por Debajo de -3	Baja talla severa (ver nota 4)	Bajo peso severo (ver nota 5)	Severamente emaciado

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

ANEXO V

Clasificación de las Alteraciones del Desarrollo en Niños Menores de 2 Meses

Parámetros a Considerar	Clasificación
Desarrollo Normal	• Reflejos /posturas /habilidades presentes para su grupo de edad; o • Perímetro cefálico entre p 10 y p 90; o • Ausencia o presencia de menos de 3 alteraciones fenotípicas; • No existen factores de riesgo
Desarrollo Normal con Factores de Riesgo	• Reflejos /posturas /habilidades presentes para su grupo de edad; o • Perímetro cefálico entre p 10 y p 90; o • Ausencia o presencia de menos de 3 alteraciones fenotípicas; • Existe uno o más factores de riesgo
Probable Atraso del Desarrollo	• Ausencia de uno o más reflejos /posturas / habilidades para su grupo de edad; o • Perímetro cefálico <p10 y >p 90; o • Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas

Fuente: Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el Contexto de AIEPI (2006)

ANEXO VI

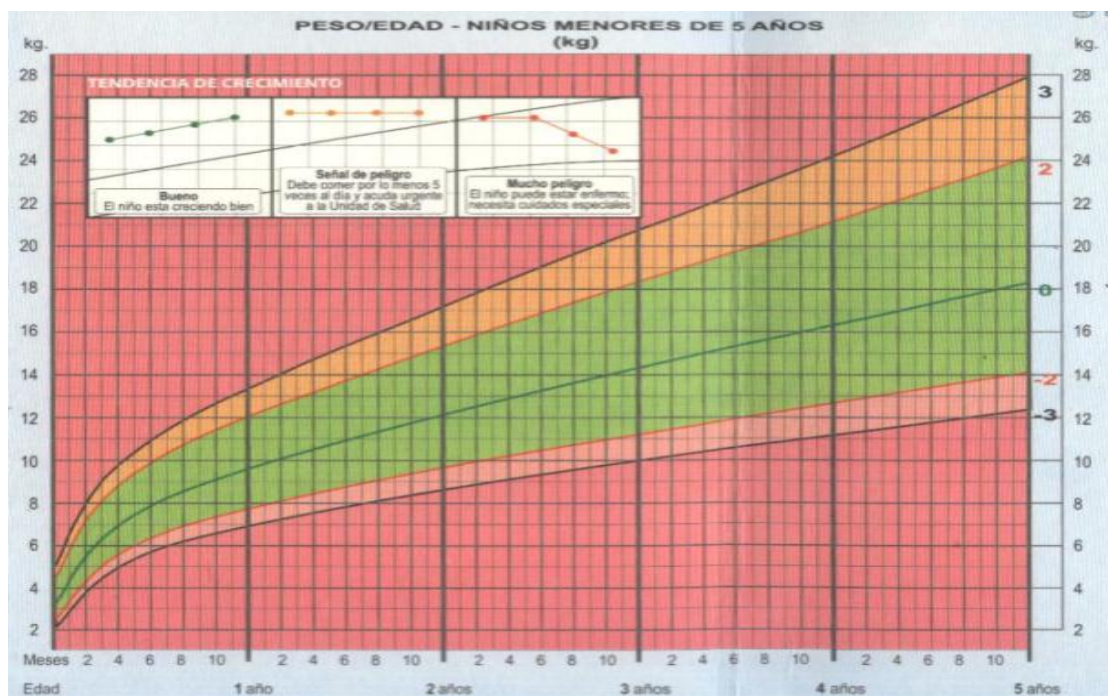
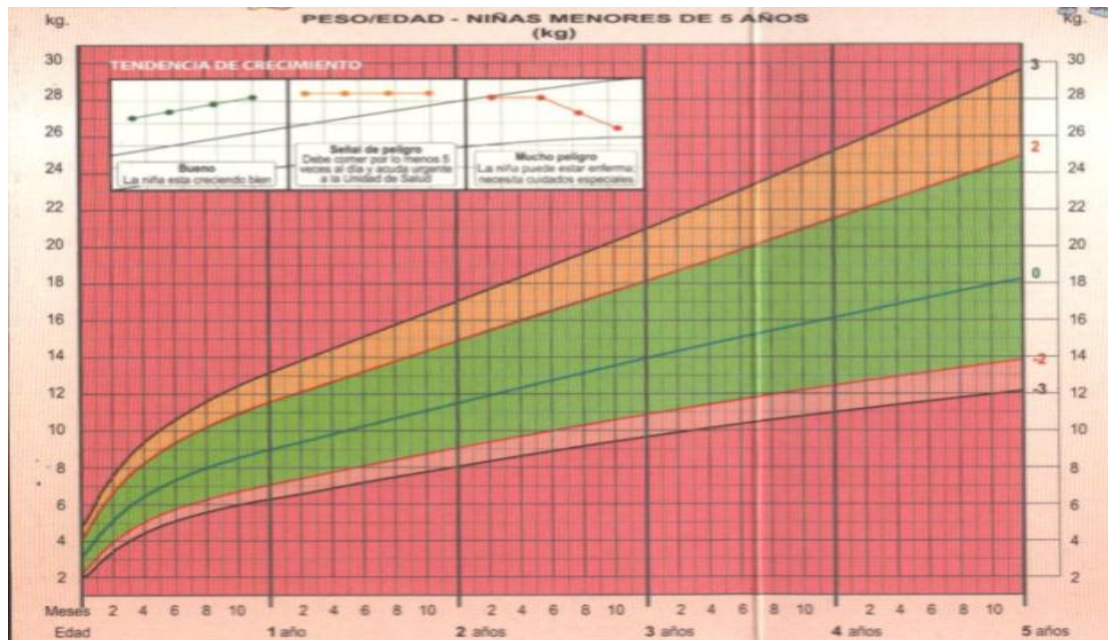
Clasificación de las Alteraciones del Desarrollo en Niños de 2 Meses a 2 Años

Parámetros a Considerar	Clasificación
Desarrollo Normal	• Cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño y no hay factores de riesgo
Posible Retraso del Desarrollo Desarrollo Normal con Factores de Riesgo	• Ausencia de una o más de las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño. • El niño cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece pero hay uno o más factores de riesgo
Probable Atraso del Desarrollo	• Ausencia de una o más condiciones para el grupo de edad anterior a la edad del niño o • Perímetro cefálico <p10 o >p 90; o • Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas

Fuente: Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el Contexto de AIEPI (2006)

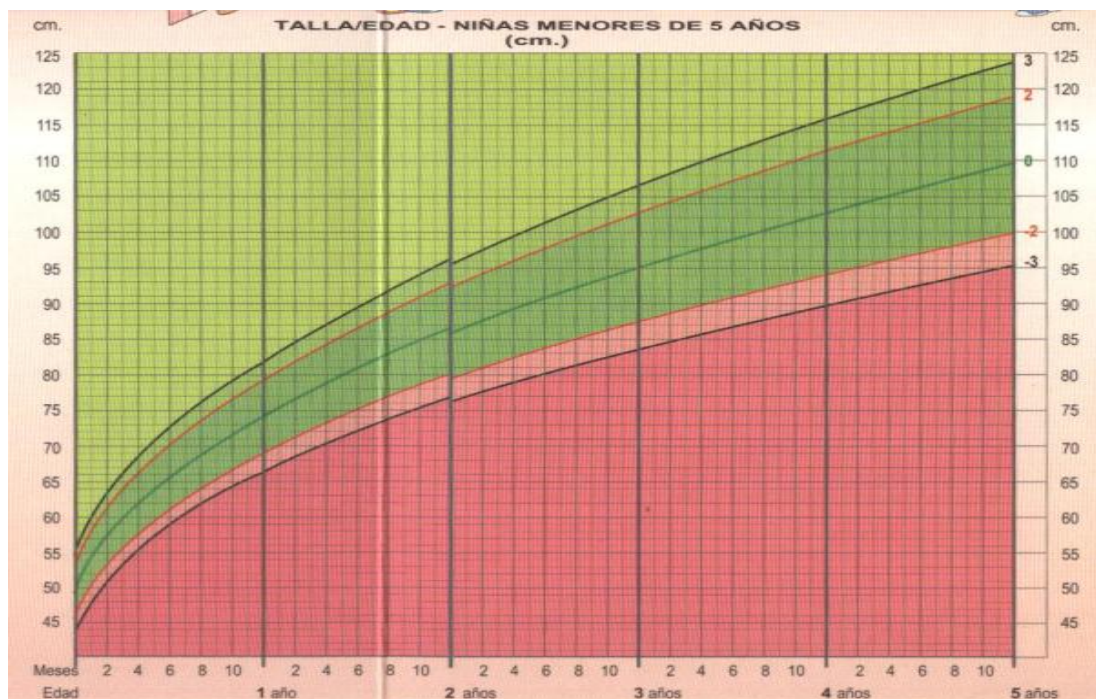
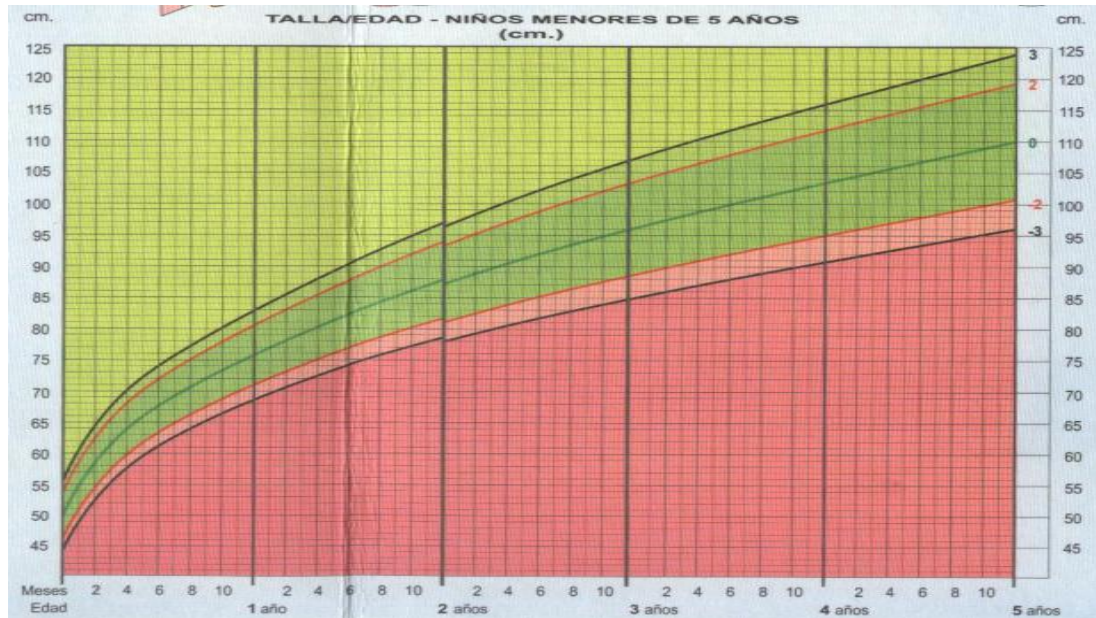
ANEXO VII

Gráfica de valoración del Ministerio de Salud Pública en la relación Peso/Edad de niños y niñas menores de 5 años



ANEXO VIII

Gráfica de valoración del Ministerio de Salud Pública en la relación Talla/Edad de niños y niñas menores de 5 años



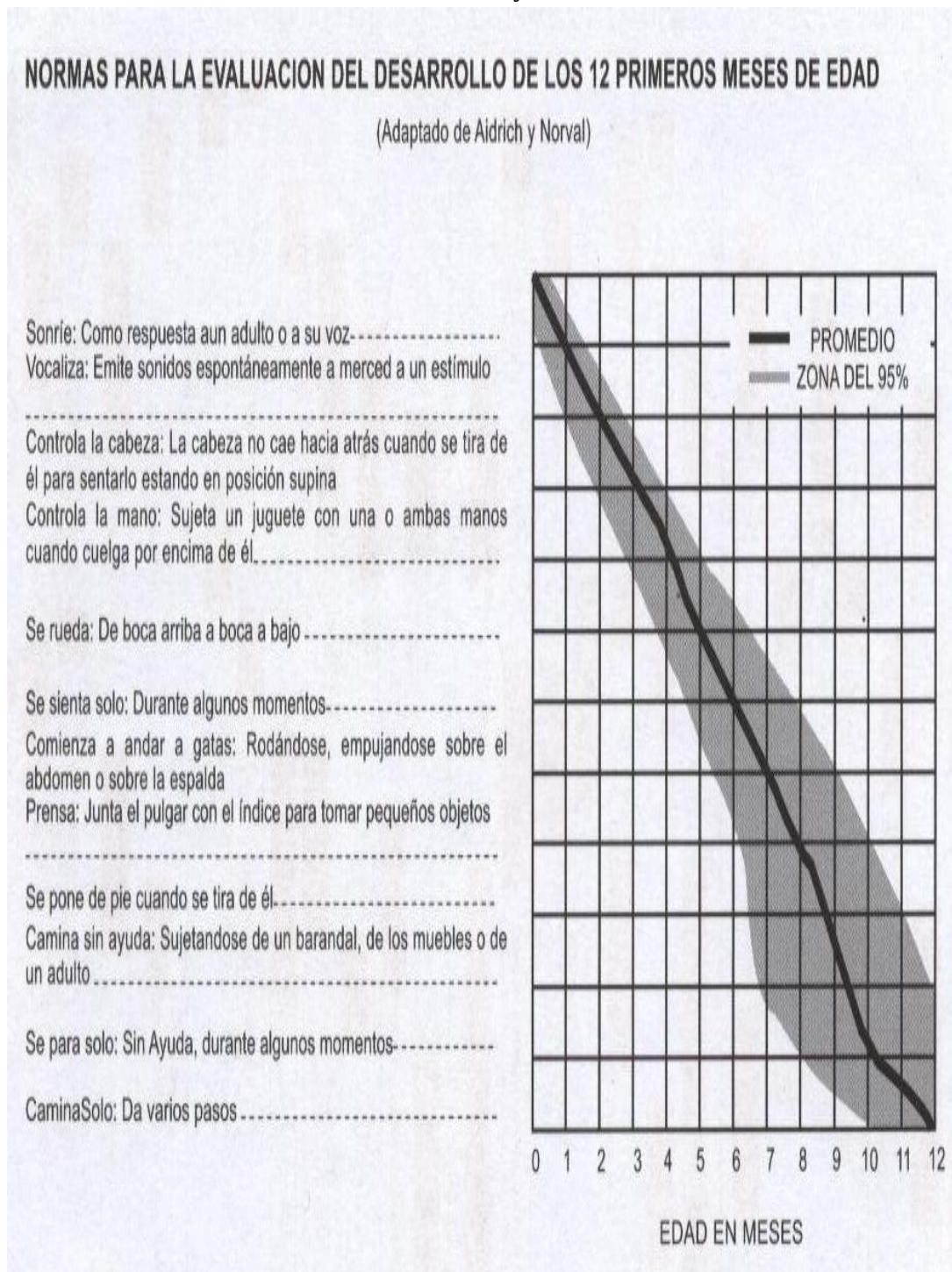
ANEXO IX

Esquema de inmunizaciones

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

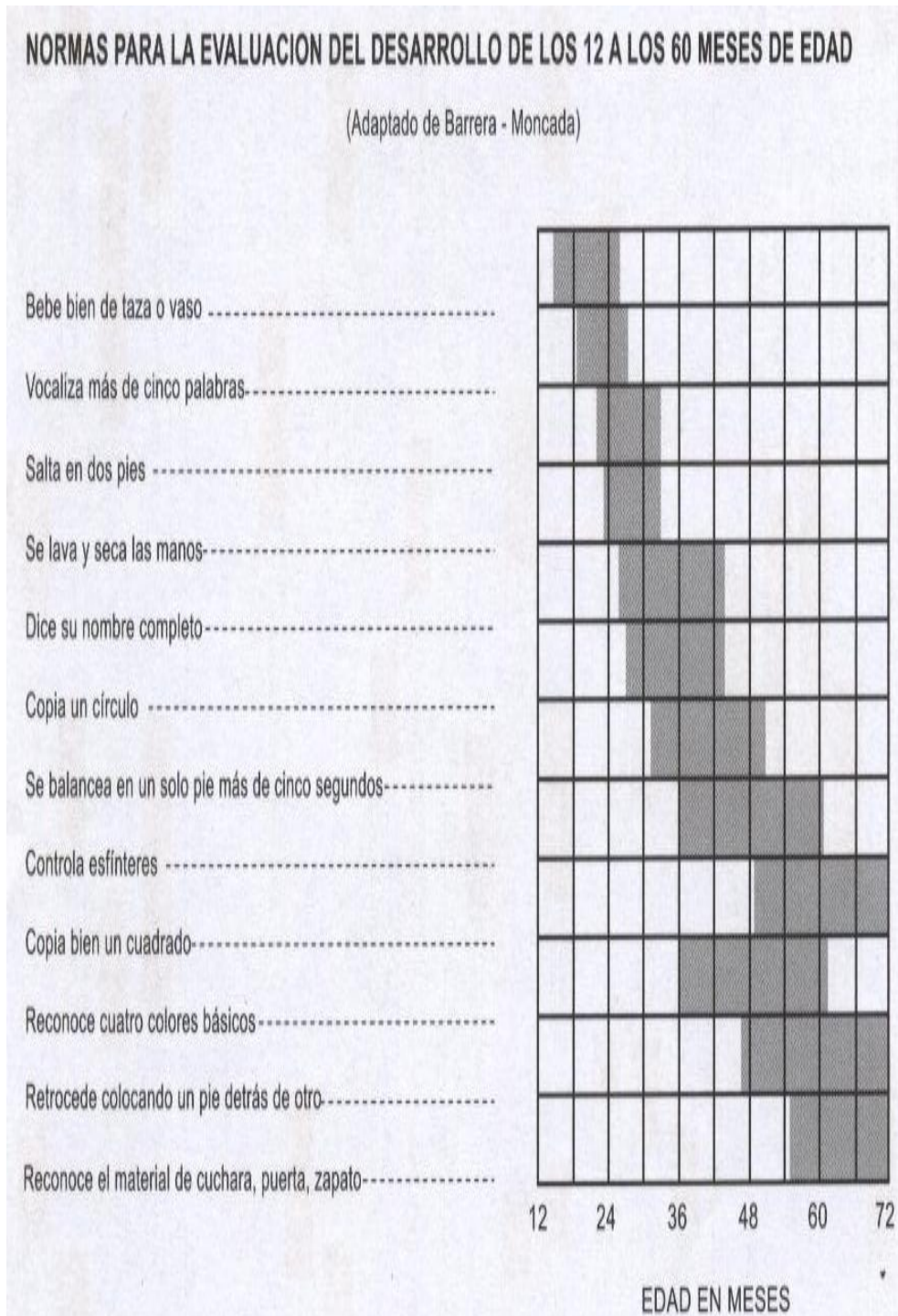
ANEXO X

Test de Aldrich y Norval



ANEXO XI

Test de Barrera-Moncada



ANEXO XIII



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

FICHA DE EVALUACIÓN

RESPONSABLE: Mayra Alexandra Lara Punina

Lugar: _____ **Fecha:** _____

Taller N° 1

CUIDADOS POSTPARTO

Ficha N°: _____

Aspectos evaluados	Puntaje		
	Excelente	Muy bueno	Bueno
Responde a preguntas de acuerdo al conocimiento teórico impartido			
Demuestra procedimiento del aseo perineal			
Conoce el tipo de dieta que debe consumir			
Conoce desde que momento debe iniciar su planificación familiar			

ANEXO XIV



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

FICHA DE EVALUACIÓN

RESPONSABLE: Mayra Alexandra Lara Punina

Lugar: _____ **Fecha:** _____

Taller N° 2

**CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO HASTA EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL
NINO**

Ficha N°: _____

Aspectos evaluados	Puntaje		
	Excelente	Muy bueno	Bueno
Responde a preguntas de acuerdo al conocimiento teórico impartido			
Demuestra procedimiento del cuidado del cordón umbilical del RN			
Demuestra las posiciones para un buen amamantamiento			
Da importancia a la lactancia materna hasta los 6 primeros meses			
Da a conocer cuando y que alimentos deben ser introducidos en la ablactación del niño			
Da a conocer el mensaje de la dramatización			

ANEXO XV



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

FICHA DE EVALUACIÓN

RESPONSABLE: Mayra Alexandra Lara Punina

Lugar: _____ **Fecha:** _____

Taller N° 3

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Ficha N°: _____

Aspectos evaluados	Puntaje		
	Excelente	Muy bueno	bueno
Responde a preguntas básicas de acuerdo al conocimiento teórico impartido			
Según el conocimiento dado ha despejado dudas			
De acuerdo a lo explicado decide por un método anticonceptivo			