



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

VI SEMINARIO DE GRADUACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE COTALÓ DEL ÁREA N° 5 CANTÓN PELILEO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO – 23 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”.**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

**Autora:** Córdova Jiménez, Leidy Antonieta

**Tutora:** Lic. Mg. Fernández Nieto, Miriam Ivonne

**Ambato – Ecuador**

**Mayo, 2013**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutora del trabajo de investigación sobre el tema:

**“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE COTALÓ DEL ÁREA N° 5 CANTÓN PELILEO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO – 23 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”**, de Leidy Antonieta Córdova Jiménez, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la salud.

Ambato, Mayo del 2013

LA TUTORA

.....

Lcda. Mg. Miriam Ivonne Fernández Nieto

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE COTALÓ DEL ÁREA N° 5 CANTÓN PELILEO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO – 23 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2013

LA AUTORA

.....  
Leidy Antonieta Córdova Jiménez

## **DERECHOS DE AUTOR**

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

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

Ambato, Abril del 2013

LA AUTORA

.....

Leidy Antonieta Córdova Jiménez

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del tribunal examinador aprueban 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 EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE COTALÓ DEL ÁREA N° 5 CANTÓN PELILEO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO – 23 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”**, de la Sra. Leidy Antonieta Córdova Jiménez, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Mayo del 2013

Para constancia Firman

.....

## **DEDICATORIA:**

A Dios que día con día me ha permitido aprender de mis experiencias en las aulas de mi amada Universidad.

A mis padres Ramiro y Emma, por su apoyo incondicional, por sus enseñanzas que me han permitido llegar al lugar en donde estoy ahora.

A mis hijos Pierce y Santiago, que con el brillo de sus ojos han sabido iluminar el camino de mi vida.

A mis hermanos que con su ejemplo y ayuda he sabido salir adelante, principalmente a mi hermana Miriam, mi segunda madre.

A mi esposo Santiago que con su amor supo llenar mi vida de razón.

Leidy Córdova

## **AGRADECIMIENTO**

Esta investigación es fruto del trabajo conjunto de varios docentes que me apoyaron en la elaboración del mismo durante el desarrollo del Seminario de Graduación.

A mi Tutora Lic. Miriam Fernández por su ayuda incondicional quien con la mejor de la disposición me hizo partícipe de su conocimiento, experiencia y capacidad, pero por sobre todo por brindarme su confianza y amistad que me permitieron llevar a buen término el proceso de elaboración, corrección y arreglo de este trabajo de investigación.

A mi esposo y a mis hijos que con su amor y apoyo supieron darme los motivos suficientes para salir adelante.

Leidy Córdova

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA: .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xv
ÍNDICE DE ANEXOS.....	xviii
RESUMEN EJECUTIVO .....	xix
SUMMARY .....	xxi
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
1.1. Tema de la investigación .....	3
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.2.1.Contextualización .....	3
Macro contextualización:.....	3
Mesocontextualización: .....	6
Microcontextualización: .....	6
1.2.2.Análisis Crítico .....	8
1.2.3.Prognosis.....	11
1.2.4.Formulación del Problema .....	11
1.2.5.Preguntas Directrices .....	11

1.2.6.Delimitación del Problema .....	12
1.3.    Justificación .....	12
1.4.    Objetivos.....	13
1.4.1.    Objetivo General.....	13
1.4.2.Objetivos Específicos .....	14
CAPÍTULO II .....	15
MARCO TEÓRICO.....	15
2.1.    Antecedentes Investigativos.....	15
2.2.    Fundamentación Filosófica.....	19
2.3.    Fundamentación Legal.....	20
2.5.    Categorías Fundamentales .....	25
2.5.1.CATEGORÍAS FUNDAMENTALES VARIABLE INDEPENDIENTEMADRES ADOLESCENTES .....	28
2.5.1.1.EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA .....	28
2.5.1.2.SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES .....	32
2.5.1.3.ADOLESCENCIA.....	36
2.5.2    CATEGORÍAS FUNDAMENTALES VARIABLE DEPENDIENTE: CRECIMIENTO Y DESARROLLO .....	40
2.5.2.1.SALUD INFANTIL.....	40
2.5.2.2.CONTROL DEL NIÑO .....	45
2.6.    Hipótesis .....	71
2.7.    Señalamiento de Variables.....	72
Variable independiente: .....	72
Variable Dependiente .....	72
CAPÍTULO III.....	73
METODOLOGÍA .....	73
3.1.    Enfoque.....	73
3.2.    Modalidad Básica de la Investigación.....	73
3.3.    Nivel o Tipo de Investigación.....	74
3.4.    Población y Muestra .....	75
3.5    Operacionalización de Variables .....	77
3.5.1.Variable Independiente: Madre Adolescente .....	77

3.5.2.Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del Niño de 0 A 2 Años 6 Meses de Edad .....	79
3.6.    Técnicas e Instrumentos.....	81
3.7.Plan de Recolección de la Información.....	81
3.8.    Plan de Procesamiento de la Información.....	82
CAPÍTULO IV.....	83
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	83
4.1.    Información obtenida de la revisión de Historias Clínicas y Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el Subcentro de Salud de Cotaló Área de Salud N° 5 Cantón Pelileo Provincia de Tungurahua.....	83
CAPÍTULO V.....	114
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	114
5.1.    Conclusiones:.....	114
5.2.    Recomendaciones: .....	116
CAPÍTULO VI.....	117
LA PROPUESTA .....	117
6.1.    Datos informativos:.....	117
6.2.    Antecedentes de la propuesta.....	118
6.3.    Justificación .....	119
6.4.    Objetivos.....	120
6.4.1. Objetivo General:.....	120
6.4.2. Objetivos Específicos: .....	120
6.5.    Análisis de la factibilidad.....	121
6.6.    Fundamentación Científico –Técnica .....	122
6.6.1.    Talleres Educativos:.....	122
6.6.1.1.Estrategias.....	122
6.6.2.    Contenidos Temáticos:.....	126
6. 7. Modelo Operativo .....	133
6.8.    Administración de la propuesta.....	137
ORGANIGRAMA DEL SUBCENTRO DE SALUD DE COTALÓ.....	137
PRESUPUESTO.....	138
6.9. Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta .....	139
ANEXOS .....	147

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA .....	156
LINKOGRAFÍA .....	144
BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO .....	145

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1: Cuestiones principales durante la adolescencia temprana, media y tardía. ...	36
Tabla 2: Etapas del crecimiento y desarrollo psicosocial .....	39
Tabla 3: Principales causas de Mortalidad Infantil Ecuador 2011 .....	41
Tabla 4: Etapas de la Infancia y desarrollo de la personalidad, moral y cognitiva .....	44
Tabla 5: Programa Ampliado de inmunizaciones .....	48
Tabla 6: Vigilancia del desarrollo en niños (Menor de un mes) .....	49
Tabla 7: Vigilancia del desarrollo en niños menores de dos meses .....	51
Tabla 8: Vigilancia del desarrollo en niños (De dos meses a 2 años de edad) .....	52
Tabla 9: Desarrollo Normal de la habilidad para comer y otras habilidades motrices	55
Tabla 10: Factores de riesgo del RCIU .....	66
Tabla 11: Categorías nutricionales de acuerdo a los indicadores P/E, T/E, P/T .....	69
Tabla 12: Edad de inicio de las relaciones sexuales de las madres adolescentes que acuden del Subcentro de Salud de Cotaló .....	83
Tabla 13: Edad de ocurrencia de los embarazos adolescentes en el Subcentro de Salud de Cotaló. ....	85
Tabla 14: Actitud de la gente del entorno frente al embarazo y maternidad de las adolescentes que acuden del Subcentro de Salud de Cotaló, .....	86

Tabla 15: Atención diferenciada a adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló .....	88
Tabla 16: Aspectos vitales afectados por la maternidad en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	89
Tabla 17: Periodo de Inicio de los Controles Prenatales en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	91
Tabla 18: Número de Controles prenatales realizados por las madres adolescentes atendidas en el Subcentro de Cotaló. ....	93
Tabla 19: Tipo de parto de las madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	94
Tabla 20: Presentación de complicaciones durante el embarazo y/o parto en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	96
Tabla 21: Presentación de complicaciones o enfermedades en el nacimiento de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	97
Tabla 22: Lactancia durante el 1° año de vida de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	99
Tabla 23: Cumplimiento del esquema de vacunación de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	100
Tabla 24: Frecuencia de los controles de Niño Sano de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	102
Tabla 25: Patologías que pueden alterar el crecimiento y desarrollo presentadas por los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	104
Tabla 26: Desarrollo Psicomotriz según el test de Denver en los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	106

Tabla 27: Percentiles según índice Talla – Edad de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	108
Tabla 28: Percentiles según índice Peso – Edad de los hijos de madres adolescentes acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	110
Tabla 29: Educación brindada a las madres adolescentes para la identificación de signos de alarma en sus hijos en el Subcentro de Salud de Cotaló. ....	112
Tabla 30: Cambios Físicos en la Adolescencia. ....	127

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1: Red de Inclusiones.....	25
Figura 2: Constelación de ideas Variable Independiente.....	26
Figura 3: Constelación de ideas Variable dependiente .....	27
Figura 4: Escala de Tanner en niñas .....	38
Figura 5: Escala de Tanner en niños .....	39
Figura 6: Test de Aldrich y Norval .....	58
Figura 7: Test Adaptado de Barrera Moncada.....	58
Figura 8: Tabla de grafico de peso.....	60
Figura 9: Tabla de gráfico de Talla.....	62
Figura 10: Tabla de gráfico deL IMC .....	64
Figura 11: Tabla de gráfico del Perímetro Cefálico.....	65
Figura 12: Edad de inicio de las relaciones sexuales de las madres adolescentes que acuden del Subcentro de Salud de Cotaló.....	84
Figura 13: Edad de ocurrencia de los embarazos adolescentes en el Subcentro de Salud de Cotaló.....	85
Figura 14: Actitud de la gente del entorno frente al embarazo y maternidad de las adolescentes que acuden del Subcentro de Salud de Cotaló.....	87

Figura 15: Atención diferenciada a adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló .....	88
Figura 16: Aspectos vitales afectados por la maternidad en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	90
Figura 17: Periodo de Inicio de los Controles Prenatales en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	92
Figura 18: Número de Controles prenatales realizados por las madres adolescentes atendidas en el Subcentro de Cotaló. ....	93
Figura 19: Tipo de parto de las madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	95
Figura 20: Presentación de complicaciones durante el embarazo y/o parto en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	96
Figura 21: Presentación de complicaciones o enfermedades en el nacimiento de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	98
Figura 22: Lactancia durante el 1° año de vida de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	99
Figura 23: Cumplimiento del esquema de vacunación de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	101
Figura 24: Frecuencia de los controles de Niño Sano de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	102
Figura 25: Patologías que pueden alterar el crecimiento y desarrollo presentadas por los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	104
Figura 26: Desarrollo Psicomotriz según el test de Denver en los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	106

Figura 27: Percentiles según índice Talla – Edad de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	108
Figura 28: Percentiles según índice Peso – Edad de los hijos de madres adolescentes acuden al Subcentro de Salud de Cotaló. ....	110
Figura 29: Educación brindada a las madres adolescentes para la identificación de signos de alarma en sus hijos en el Subcentro de Salud de Cotaló. ....	112

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Encuesta al Personal de Salud Subcentro de Cotaló .....	148
Anexo 2: Encuesta al Personal de Salud Subcentro de Cotaló .....	150
Anexo 3: Curva de crecimiento menor de 5 años .....	153
Anexo 4: Test de Denver.....	154
Anexo 5: Tríptico .....	155

## **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

### **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

#### **CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:** “MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE COTALÓ DEL ÁREA N° 5 CANTÓN PELILEO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO – 23 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”.

**Autor:** Córdova Jiménez, Leidy Antonieta

**Tutor:** Lcda. Fernández Nieto, Miriam Ivonne

**Fecha:** Abril, 2013

#### **RESUMEN EJECUTIVO**

La presente investigación descriptiva, retrospectiva transversal, se realizó con el objetivo de establecerla manera que influye el ser madre adolescente en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Subcentro de Cotalo – Pelileo, resultados: En total fueron 15 madres adolescentes, la edad más frecuente fue entre 17 y 19 años de edad con 93.3%, sobre la actitud frente al embarazo fue indiferente en 47%, de aceptación 33%, y de rechazo en el 20%, el entorno económico y social el más afectado en el 60%, el 86% de las pacientes inicia sus CPN en el primer trimestre del embarazo, el 60% se realiza más de 6 CPN, de las 15 madres todas terminaron el embarazo en parto normal, no se presentaron complicaciones en el recién nacido, el 93% recibió leche materna exclusiva, sobre el esquema de vacunación el 80% de los niños presentan su esquema incompleto, el 60% de las madres llevan al control del niño cada 3 meses, las patologías más frecuentes que afectan el crecimiento y desarrollo de los niños fueron las IRAS, desnutrición y EDAS con 40%, 33% y 20% respectivamente, sobre el desarrollo psicomotriz el 87% no presento alteración, sobre la relación talla – edad el 83% de niños se encontró

dentro del percentil 10 al 90, finalmente sobre la relación peso – edad, el 73% se encontró dentro de parámetros normales. Se concluye: que no existe relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo en los hijos de madres adolescentes, debido a que no existe diferencia significativa, con respecto a los parámetros referenciales establecidos por la OMS, es así que se concluye que en términos generales, antropométricamente y en el desarrollo se encuentran dentro de los parámetros normales. Por lo que se propone realizar “Talleres educativos sobre embarazo en la adolescencia y crecimiento y desarrollo del niño en la primera infancia”

**PALABRAS CLAVE:** MADRES\_ADOLESCENTES, CRECIMIENTO, DESARROLLO, VACUNAS, NUTRICIÓN.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

**NURSING CAREER**

**THEME:** "ADOLESCENT MOTHERS AND THEIR RELATION WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN OF 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS OLD IN COTALÓ HEALTH SUBCENTER AREA N°5 TUNGURAHUA PROVINCE PELILEO CANTON IN THE PERIOD JUNE 23 - NOVEMBER 23 OF 2012 YEAR".

**Author:** Córdova Jiménez, Leidy Antonieta

**Tutor:** Lcda. Fernández Nieto, Miriam Ivonne

**Date:** April, 2013

**SUMMARY**

This investigation was descriptive, retrospective, objective: establishing way teenage pregnancy influences the growth and development of children from 0-2 years 6 months old at the Sub-center Cotaló - Pelileo, results: in total there were 15 teenage mothers, the most common age was between 17 and 19 years old with 93.3%, on the attitude toward pregnancy was indifferent in 47%, 33% acceptance, and rejection in 20%, the economic environment social and the most affected in 60%, 86% of patients started their CPN in the first trimester of pregnancy, 60% were performed over 6 CPN, of the 15 mothers all pregnancy ended in normal delivery, not complications in the newborn, 93% received breast milk exclusively on the vaccination 80% of children have their incomplete scheme, 60% of mothers take the control of the child every three months, the most common diseases affecting the growth and development of children were the IRAS, malnutrition and EDAS with 40%, 33% and 20% respectively on psychomotor development, 87% did not present alteration on the size ratio - age 83% of children found within the 10 to 90 percentile finally on the weight - age, 73% were found within normal parameters. It concludes that there is no relationship between

teenage pregnancy and the presence of alterations in the growth and development in children of adolescent mothers, because no significant difference with respect to the parameters established by the WHO reference, so that conclude that in general, anthropometric and development are within normal parameters. For what it intended to "educational workshops on teen pregnancy and child growth and development in early childhood"

**KEY WORDS:** TEENAGES\_MOTHERS, GROWTH, DEVELOPMENT, VACCINES, NUTRITION.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad la adolescencia es un periodo de dudas, de inquietudes y curiosidades y cuando se ponen a prueba los nexos familiares, más aún cuando se sobre añade un peso más en contra de la balanza como lo es el embarazo y la maternidad. Por ellos por medio de este trabajo investigativo se pretende obtener una visión de esa relación que existe entre dos hechos ya de por si trascendentales, la maternidad adolescente y el crecimiento y desarrollo del niño hijo de una adolescente durante el lapso de edad que se considera la primera infancia.

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80.

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 1996.

Actualmente Ecuador cuenta con la tasa más alta de embarazos en adolescentes de toda la región andina. Según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA, 2008) más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas, con diferencias significativas según nivel de instrucción, etnia e ingresos. La mayoría de estos embarazos no son planificados o deseados. 10% de las mujeres entre 15 y 24 años, que estuvieron embarazadas antes de los 15, señalan que su embarazo terminó en un aborto. Las consecuencias de un embarazo en la adolescencia son múltiples, perjudicando las oportunidades de desarrollo personal y socio- económico y también podría afectar el crecimiento y desarrollo de los niños.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1. Tema de la investigación**

MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE COTALÓ DEL ÁREA N° 5 CANTÓN PELILEO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO – 23 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2012.

### **1.2. Planteamiento del problema**

#### **1.2.1. Contextualización**

- **Macro contextualización:**

Contextualizando el problema en el nivel más amplio se aprecia que en Latinoamérica el embarazo en adolescentes no es un problema actual, ni mucho menos aislado, es un problema que se le podría catalogar como mundial, afectando principalmente a los países menos desarrollados, como lo son los de Latinoamérica, donde se aprecia que el número de recién nacidos de madres menores de 19 años ha continuado aumentando o bien se mantiene estable, con consecuencias negativas tanto para las adolescentes que asumen precozmente la maternidad sin la debida preparación, como para toda la sociedad.

Según un artículo elaborado por Jorge Rodríguez Vignoli, en 2008, auspiciado por la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y denominado "Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un

llamado a la reflexión y a la acción", de cada 1.000 embarazadas en esta región, 76 de ellas están en edad adolescente (de 14 a 19 años). Estas estadísticas ubican al continente en segundo lugar con mayor tasa de fecundidad adolescente y el único que ha reportado un aumento de ese indicador en los últimos 30 años del siglo XX.

Según el Censo INEC de 2010, **en el Ecuador** hay 346 700 niñas (de 10 años a 14 años). La cifra de embarazos trepó en la última década. En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales. Si bien la cifra representa menos del 1% del total, da cuenta de un incremento del 74% en los 10 últimos años. A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años. Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes. En América Latina, el país ocupa el segundo lugar, después de Venezuela, según consta en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

De acuerdo a los datos de la ENDEMAIN2010(Encuesta de salud Materno infantil)con auspicio del Centro de estudios de población y desarrollo social (CEPAR) la maternidad adolescente se presenta más generalmente en los grupos socio-económicos más bajos y en mujeres con menor nivel educativo. Generalmente, se supone que las adolescentes de los niveles socioeconómicos más bajos están más expuestas a factores que puedan aumentar la probabilidad de quedar embarazadas.

En Ecuador según estos mismos datos de la ENDEMAIN, “el 30% de las adolescentes de nivel socioeconómico bajo tuvo su primera relación sexual a los 16 años o antes, mientras que este porcentaje es del 19% para las adolescentes nivel socioeconómico medio y de 12% para las de nivel socioeconómico alto. Adicionalmente, el 89% de las adolescentes que tuvo relaciones antes de los 17 años no usaron preservativo en la primera relación”.

Según datos aportados en portales el MSP (2012) “como consecuencia de la mala nutrición en el mundo, 178 millones de niños tienen retraso del crecimiento a causa de la escasez de alimentos, de una dieta pobre de vitaminas y minerales”. En Ecuador 350.000 niños padecen desnutrición crónica en, equivalente a 22% de la población infantil según datos proporcionados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social. El gobierno inició en el año 2011 un plan de intervención nutricional con el objetivo de erradicar la desnutrición infantil y que incluye la entrega de subsidios a las madres para que se realicen el chequeo mensual durante el embarazo, así como para la revisión médica del menor hasta el año de edad, y que cuyos frutos recién empezarían a cosecharse en este año y en los años venideros.

Según el Economista Galo Viteri (2008) en su artículo Situación de la Salud en el Ecuador, “las tasas de mortalidad neonatal e infantil se tratan de indicadores de resultado que reflejan varias situaciones de salud ligadas a la madre y su atención durante el embarazo, el parto y el puerperio: por ejemplo, su estado nutricional, la presencia de toxemias del embarazo o dificultades al momento del nacimiento. Pero sobre todo refleja el estado de salud del niño durante el primer año de vida: crecimiento y desarrollo, nutrición, avitaminosis, anemia, inmunizaciones contra las enfermedades contagiosas más frecuentes, detección oportuna de anomalías congénitas y la práctica adecuada y permanente de la lactancia materna, por lo menos durante los seis primeros meses de vida”.

La UNICEF Ecuador (2010) indica que alrededor de un 50% de las muertes infantiles que se producen en la actualidad se pueden evitar y hay una tasa más elevada de mortalidad para los niños y las niñas indígenas y afro ecuatorianos. Respecto a las principales causas de mortalidad infantil en el Ecuador, se menciona que “las principales causas de muerte se relacionan con enfermedades prevenibles”, lo que no hace más que resaltar la importancia que tienen las inmunizaciones para conseguir un crecimiento y desarrollo adecuados en los niños de todo el mundo y de nuestro país.

- **Meso contextualización:**

Es muy importante resaltar que a nivel de la **Provincia de Tungurahua** no existe una verdadera base de datos estadísticos, ni estudios que aborden la problemática motivo de esta investigación. De acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de Salud la información concerniente al embarazo durante la adolescencia nos refiere que en la provincia de Tungurahua el embarazo en las adolescentes, permanece en un 8% de la población existente. Además se conoce que el embarazo se da en adolescentes de 10 a 19 años, adolescentes que aún dependen de sus padres y por ende no pueden acceder a trabajos que les permitan ser entes productivos para la sociedad.

Datos oficiales otorgados por El Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2012) han revelado que Tungurahua presenta altos índices de desnutrición infantil. Según los informes, el 35 % de su población, menor a 5 años, padece del problema social que termina desencadenando en el problema eje de esta investigación que es el retraso en el crecimiento y desarrollo de los niños principalmente los hijos de madres adolescentes.

Al igual que en otras provincias en Tungurahua se ha implementado la estrategia de Intervención Nutricional Territorial Integrada, denominada INTI, que se ha enfocado principalmente en los cantones de Pelileo, Patate, Pillaro y Quero, lugares donde se presenta el mayor porcentaje de prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores a cinco años de edad. Los cantones donde se hace necesario una intervención urgente es en Pelileo donde la tasa de desnutrición en niños menores a 5 años es del 47,2%, en Pillaro, 52,6 %, Quero: 54,1%, y Patate el 48,3%, esta cifras superan la media nacional que es del 26%.

- **Micro contextualización:**

Según el último censo INEC 2010 el **Cantón Pelileo** tiene una población adolescente correspondiente a 6.115, de una población total de 58.988, distribuidos en sus diferentes parroquias. Dentro a lo correspondiente al

**Subcentro de Cotaló** no existe de igual manera datos estadísticos sobre la problemática abordada en esta investigación. La Parroquia de San Antonio de Cotaló pertenece a la jurisdicción del Cantón San Pedro de Pelileo, provincia de Tungurahua. Tiene 35 Km<sup>2</sup> de extensión y cuenta con 3.170 habitantes, distribuidos entre 8 barrios y 3 cabildos organizados y dirigidos por la Junta Parroquial. Su desarrollo económico se basa en tres actividades: agricultura, ganadería y avicultura. De ellas, la tercera es la que agrupa la mayor cantidad de población económicamente activa.

De acuerdo a la información proporcionada por el personal que labora en el Subcentro de Cotaló, se evidencia que el embarazo en adolescentes va en aumento cada vez más, según los partes diarios de este Subcentro de salud, se pudo encontrar que en el año 2010, 20 casos, y en el 2011, 21 casos, en el presente año se han presentado 15 casos de madres adolescentes registradas en esta casa de salud, de las cuales la mayoría son subsecuentes debido a que se encuentran inscritas en el programa de MSP denominado Desnutrición O.

Este subcentro cuenta con atención odontológica, medicina general y enfermería; sin embargo las adolescentes de este lugar no acuden pronto para una atención oportuna, gran parte de estas adolescentes abandonan sus estudios y se dedican a la agricultura o las labores domésticas. En lo referente al crecimiento y desarrollo de los niños los controles que realizan las madres adolescentes a sus niños los hacen sin tener una noción sobre la verdadera importancia de los controles del niño sano que son indispensables para garantizar un desarrollo y crecimiento adecuados, factores influidos claro está por el nivel social, cultural y educacional, y sólo encaminados a lograr un bien económico, que en este caso es cumplir con los requerimientos del programa en que están inscritas, que les exige que cumplan con los controles de salud de sus hijos.

### **1.2.2. Análisis Crítico**

El embarazo en la adolescencia es una problemática mundial y cuyos factores causales no distan mucho de un área territorial a otra, nuestro país no es la excepción. Veremos entonces que entre estos factores se destacan los que nacen dentro del núcleo familiar. Esta temática es muchas veces ocasionada por problemas sociales como la pobreza, la migración, maltrato infantil, cuyas principales víctimas son precisamente las mujeres, que a la larga terminan destruyendo el núcleo familiar o lo comúnmente denominado desintegración familiar.

Todos estos factores ocasionan que la adolescente busque escapatorias a su dura realidad, adaptándose a los ejemplos que el medio o su entorno le presentan como buenos o lo que se denomina comúnmente como amalgamación, llegándose incluso a una desadaptación social, baja autoestima lo que provoca que sean fácilmente manipuladas sobre todo en ámbito amoroso y sexual a lo que se suma su inmadurez psicológica y emocional.

Dentro de los factores sociales se destaca la pobreza que en este contexto se identifica como precursora de un nivel educativo y cultural bajo, influyendo de gran manera en los conocimientos que las adolescentes tienen de su entorno sobre todo en lo concerniente a educación sexual y planificación familiar. Lo que desencadena que en muchos casos los adolescentes lleguen a tener un inicio de la vida sexual a tempranas edades y en el peor de los casos a tener prácticas sexuales inadecuadas que conllevan un efecto aún más nocivo como lo son la adquisición de enfermedades de transmisión sexual (ETS), ocasionando eventualmente un embarazo no deseado, que es causa de otro grave problema social, el aborto, que puede llegar muchas veces a la muerte de la mujer que se lo practique.

En Ecuador muchas veces la salud no es un estado total de la población; Si bien es cierto en el país actualmente se habla de salud gratuita; el meollo del asunto es que se estaría hablando de una gratuidad mediocre, en vista a la indeficiente cobertura en salud sobre todo en lo concerniente a Atención primaria

de salud, dentro de lo cual se enfoca en embarazo en la adolescencia y problema universal, motivo de muchas otras investigaciones.

A pesar que el MSP destina recursos para la implementación de programas enfocados a la prevención del embarazo en la adolescencia, observamos que las tasas de descenso de este son muy bajas, debido a la poca difusión y otros factores como la falta de interés de los grupos poblacionales sobre estos temas. Aunque las intenciones del MSP, sean las de mantener estándares de cobertura adecuados en las instituciones de salud.

Existen factores que pueden entorpecer las acciones del MSP, estos como ya se mencionó anteriormente son los problemas sociales, que muchas veces se consideran ajenos a la salud, pero desde una perspectiva más amplia están ligados íntimamente, por ejemplo vemos que nuestro problemas raíz afecta principalmente a sectores poblacionales desatendidos socialmente, económicamente y con un sistema educativo limitado, dando origen a falta de información no sólo de conocimientos, sino de la importancia de un bienestar holístico que se describe dentro del concepto de la salud. En definitiva la atención que se debe dar a la problemática de esta investigación concierne no sólo al campo de la salud, sino también a los ámbitos social, educativo y económico.

El término “prevención” en el sentido que se usa en medicina preventiva, se refiere no sólo al hecho de evitar la aparición de la enfermedad (prevención primaria), sino también al de alterar, revertir o como mínimo, retardar el proceso patológico antes de que este aparezca clínicamente (prevención secundaria). Dentro de lo cual se engloba los controles médicos de la madre y del niño, principalmente en lo referente al control del crecimiento y desarrollo del niño, inmunizaciones, que son facilitadores de que este proceso se realice adecuadamente.

Además se debe considerar aquí la educación nutricional de la población afectada, que también es pilar fundamental durante el desarrollo y crecimiento de los niños. Siendo consecuencia de una inadecuada nutrición que se presenten patologías añadidas relacionadas con esta que a corto o largo plazo terminan

entorpeciendo el proceso de crecimiento, estas pueden ser la desnutrición o la malnutrición.

La importancia de llevar el proceso del embarazo de una manera adecuada se remarca sobre todo en la promoción de un embarazo sano, de modo que se reduzca la probabilidad de la aparición de patologías asociadas a la falta de controles prenatales, entre las que se destacan la restricción del crecimiento Intrauterino (RCIU) debido a una mala nutrición de la madre durante el embarazo ya sea por mala calidad de la alimentación debido a los escasos recursos económicos, o por tener recursos para una nutrición adecuada pero no aprovecharlos por desconocimiento.

También se destacan patologías como la amenaza de parto prematuro que culminan con el nacimiento prematuro de los niños y que también influye de gran manera en el crecimiento y desarrollo de los mismos, a lo que se suma el hecho de que si un niño no tiene una adecuada nutrición partiendo desde la lactancia materna, su alimentación complementaria y el resto de su nutrición no va a tener un crecimiento y desarrollo adecuados para la edad. Este descuido de la madre también puede acarrear que el niño no alcance un nivel de formación educativa adecuado.

De igual manera otro factor muy importante que influye es el popular esquema de vacunaciones, comúnmente conocido como el cumplimiento de las vacunas, que no es más que un sistema que se proporciona a los niños de manera artificial a través de la administración de un agente que produce antígenos que sirven de protección para enfermedades, y que desempeñan un papel fundamental en el desarrollo debido a que si no se previenen enfermedades graves contagiosas pero sobre todo que se pueden evitar a través de la vacunación, la población infantil esta propensa a adquirir estas enfermedades y como toda enfermedad disminuye el sistema de defensas en el organismo y gastando recursos que son útiles en el, debido a eso es probable que se produzca un retraso en el crecimiento.

### **1.2.3. Prognosis**

El problema principal es, y seguirá siendo el embarazo adolescente y si no se hace énfasis en la prevención de este problema raíz, sus consecuencias negativas seguirán proliferando y tal vez conllevando a otras consecuencias mucho más graves como lo es las muertes materno – infantil, causando además que las futuras generaciones hayan crecido con tantas falencias en su crecimiento y desarrollo, siendo sobre todo una población susceptible a enfermedades, además de tener un inadecuado nivel de vida social, económico y cultural debido a la proliferación de los problemas subsecuentes a un embarazo adolescente y a un retraso en el crecimiento y desarrollo de los niños.

### **1.2.4. 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 Subcentro de Cotaló Área N° 5 Cantón Pelileo Provincia de Tungurahua en el Periodo 23 de Junio – 23 de Noviembre del año 2012?

### **1.2.5. Preguntas Directrices**

- ¿Cuántas madres adolescentes son atendidas en el Subcentro de Salud de Cotaló Área N° 5 Cantón Pelileo Provincia de Tungurahua en el periodo 23 de Junio – 23 de Noviembre del año 2012?
- ¿Qué alteraciones existen en las medidas antropométricas, el test de Denver y en el esquema de vacunación?
- ¿Cómo afecta el ser hijo de madre adolescente en el crecimiento antropométrico, desarrollo según el test de Denver y el cumplimiento del esquema de vacunación?

- ¿Qué actividades se pueden desarrollar en el área de trabajo a fin de prevenir el embarazo adolescente, promover y mejorar y potenciar la salud, el crecimiento y desarrollo adecuados de los niños investigados?

### **1.2.6. Delimitación del Problema**

**CAMPO:** Enfermería

**ÁREA:** Salud Pública

**ASPECTO:** Relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el desarrollo y crecimiento del niño.

**Delimitación Espacial:** Esta investigación se llevará a cabo en el Subcentro de Salud Cotaló Área N° 5 perteneciente al Cantón Pelileo de la Provincia de Tungurahua.

**Delimitación Temporal:** El tiempo en el que se analizará la problemática propuesta será el periodo 23 de Junio – 23 de Noviembre del año 2012

### **1.3. Justificación**

Toda investigación sobre temas sociales constituye un gran aporte en el conocimiento de los mismos y el hecho de que la investigación se realice en áreas cuya población tiene un nivel socioeconómico bajo es importante debido a que esta población es la más susceptible a ser afectada por los problemas sociales, debido a que por sus recursos económicos no pueden acceder en primer lugar a una educación completa y la poca educación a la que puedan acceder no es en muchos casos la adecuada. Con lo referente al acceso este también es limitado, lo que hace que en estas zonas existan problemas de salud que afectan como siempre a la población más susceptible que estos casos son los niños, principalmente los

que no son cuidados adecuadamente, por desconocimiento de la importancia de estos o por irresponsabilidad de los padres.

Se hará énfasis en la promoción de los controles del niño sano y del cumplimiento del esquema de vacunación, brindando nociones básicas sobre estos temas a la población interesada pero sobre todo en la población investigada, es decir las madres adolescentes. Si bien es cierto los estudios realizados sobre el embarazo adolescente se realizan con frecuencia de modo que se lo puede llegar considerar como un tema gastado, no se ha llegado profundizar en las consecuencias y riesgos que existen si una mujer adolescente cría a sus hijos sin una guía y un control pertinente, poniendo en riesgo la salud de su hijo, por lo que esta investigación busca profundizar en ese ámbito. Finalmente todo aporte en la prevención de complicaciones en la salud de la población, y más específicamente en la salud materno infantil debe ser considerado como pilar fundamental, debido a que se garantiza la preservación de la vida, el evitar posibles complicaciones en la salud de la madre y del niño.

Como se recuerda este trabajo investigativo se realizará en la población que se atiende en el Subcentro de Salud de Cotaló del Área N° 5 del MSP, en donde se ha brindado las facilidades respectivas a la investigadora para la realización de este estudio. El sitio de investigación es el adecuado debido al hecho de ser gratuito la mayoría de la población tiene un mayor acceso. Del mismo modo el tiempo en que se realizará esta investigación es el óptimo para garantizar la obtención de una muestra adecuada de población y casos, debido al alto índice de embarazos durante la adolescencia en las zonas rurales y urbano marginales del país.

#### **1.4. Objetivos**

##### **1.4.1. Objetivo General**

Establecer 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 Subcentro

de Cotaló Área N° 5 Cantón Pelileo Provincia de Tungurahua en el Periodo 23 de Junio – 23 de Noviembre del año 2012.

#### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Precisar cuántas madres adolescentes de 11 a 19 años son atendidas en el Subcentro de Cotaló Área N° 5 Cantón Pelileo Provincia de Tungurahua en el Periodo 23 de Junio – 23 de Noviembre de 2012
- Demostrar cómo afecta el ser hijo de madre adolescente en el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses, hijos de las madres adolescentes identificando si existen alteraciones en las medidas antropométricas, el test de Denver y el esquema de vacunación.
- Programar Talleres educativos con el auspicio del Club de adolescentes de Cotaló que contribuyan en la disminución de los índices de embarazos en adolescentes y contrarrestar en gran parte las alteraciones en el crecimiento y desarrollo en los hijos de madres adolescentes.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes Investigativos

Se ha revisado en la biblioteca general de la UTA y de otras Universidades de esta ciudad de Ambato temas de tesis y puedo manifestar que existen investigaciones previas que tienen relación a mi problema de investigación, pero que no enmarcan en el nivel inicial de la educación y que servirá de soporte a éste proyecto cuyos temas son:

**Chimbolema Curay, Sandra Elizabeth (2009)** en su investigación “Incidencia en la deserción escolar por los embarazos prematuros” realizada en el Colegio “Pedro Fermín Cevallos”, cantón Cevallos, Provincia de Tungurahua, en donde bajo un paradigma cualitativo busca investigar sobre la incidencia en la deserción escolar causada por los embarazos prematuros en las estudiantes del ciclo diversificado de la mencionada institución, basándose en la información recolectada a través de encuestas, anecdotarios, y registro de datos concluye que “El riesgo potencial para las adolescentes de llegar a quedarse embarazadas incluyen: tempranos contactos sexuales (la edad 12 años asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia)”.

Además resalta que los factores desencadenantes de estos embarazos a tempranas edades se producen debido a que los padres y la sociedad en general no imparten una educación en valores adecuada y son incapaces de hacer frente o enfrentar adecuadamente los problemas acarreados por su embarazo a estas edades, siendo de importancia para esta investigación debido a que nos permite descubrir la causalidad de los embarazos durante la adolescencia dentro de la provincia.

**Oñate Castro, Verónica Elizabeth (2011)**, en su investigación “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, alarmantemente 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%.

Un dato relevante y a la vez contradictorio es el aumento en un 21% de adolescentes embarazadas de 18 años con instrucción primaria, situación que demuestra que las adolescentes proporcionan información falsa en cuanto a su edad”. A interés investigativo de este estudio sólo reitera la premisa de que el embarazo en la adolescencia es y seguirá siendo un problema social de alta incidencia y cuya problemática no solo envuelve el ámbito personal y familiar sino también compromete aspectos tan importantes como lo es el desarrollo y crecimiento de ese nuevo ser que trajo al mundo.

**Sailema Criollo, Rosa Elvira (2010)** en el estudio denominado “La Estimulación Psicomotora en el desarrollo del Aprendizaje de los niños”, realizado en los Talleres del INFA de sector Tiuhua – Picaihua, del Cantón Ambato, Provincia de Tungurahua, con la finalidad de establecer de qué manera incide la Estimulación Psicomotriz para el Desarrollo del Aprendizaje de los niños de 3 a 5 años del área antes mencionada.

Bajo un paradigma Crítico-Propositivo, y mediante la utilización de una encuesta afirma a manera de conclusión que “Los padres de Familia manifiestan que el estado debe aportar en su mayoría con la capacitación de sus niños, ahí incluyen la formación del padre de familia en conocimientos básicos sobre desarrollo psicomotor infantil.” Además sostiene que “Falta conciencia en los Padres de Familia sobre la importancia que tiene la Estimulación Psicomotriz en el Desarrollo del Aprendizaje de sus niños”, y que tomando en cuenta el tema de

esta investigación esto se relaciona muchas veces con la inmadurez sobre todo psicológica y de la personalidad de las madres adolescentes de nuestra población de estudio.

**Ortiz Moreta, Irma Paulina (2010)** en su investigación titulada “La expresión plástica y su influencia en el desarrollo psicomotriz en los niños y niñas de 3 a 5 años de edad” realizada en la Fundación “Manos Unidas” de la Parroquia de Quinchicoto del cantón Tisaleo, provincia de Tungurahua y partiendo de un enfoque cuali – cuantitativo, con la finalidad de investigar y describir la influencia que ejerce el fomento de la expresión plástica en el desarrollo psicomotriz de estos niños, a través de encuestas al personal docente y la observación directa de los niños investigados.

Se concluye que “la minoría de niños no desarrollan en forma adecuada la expresión plástica, advirtiendo una capacitación urgente” además manifiesta que “ El Desarrollo Psicomotriz en algunos niños y niñas mantienen un nivel de dificultad al realizar actividades en áreas de desarrollo”. En lo concerniente a papel que juegan los padres en esta problemática refiere que “Los padres de familia no están capacitados en técnicas que permitan desarrollar la expresión plástica en sus hijos”.

Para esta investigación son importantes estas afirmaciones debido al hecho de que las madres adolescentes por el simple hecho de ser adolescentes están mucho menos capacitadas para realizar actividades que fomenten el desarrollo psicomotriz e intelectual de los niños, salvo excepciones con ayuda de otras personas, pero valga la redundancia en muy contadas ocasiones.

**Aynaguano Maliza, Inés Jackeline (2010)** en su estudio denominado “La desnutrición infantil y su incidencia en el proceso enseñanza-aprendizaje de los niños” realizada en los niños de séptimo año de educación básica de la Escuela Fiscal Víctor Manuel Garcés de la parroquia Pilahuín, cantón Ambato, cuya finalidad está orientada a establecer de qué manera incide la desnutrición infantil en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Enmarcada bajo un paradigma crítico – propositivo, y utilizando instrumentos como la encuesta y la observación demuestra y concluye que “Las causas principales que originan la Desnutrición Infantil son dos: La baja situación económica de las familias ecuatorianas principalmente del sector rural, y el desconocimiento de ellos sobre buena nutrición infantil.” Además sugiere que “Los métodos adecuados para fortalecer el Desarrollo del Proceso Enseñanza - Aprendizaje en el sistema educativo solo se pueden dar en situaciones favorables para el niño, es decir es necesario primero combatir la Desnutrición Infantil para aplicar métodos innovadores en la Enseñanza-Aprendizaje.” Lo que toma importancia en nuestra investigación debido a que, se toma en cuenta todo factor que pueda incidir en el crecimiento y desarrollo de nuestra población de estudio.

**Ramos Yáñez, Diana Elizabeth (2012)**, ha desempeñado un estudio de vital importancia para esta investigación debido que se ha realizado en la misma área de acción de esta investigación, y se enfoca básicamente en el aspecto nutricional bajo el título de “Prevalencia de desnutrición y su relación con infecciones respiratorias agudas en pacientes menores de 10 años que acuden al Subcentro de Salud Bolívar en Pelileo-Tungurahua”, buscando determinar la asociación entre la desnutrición e infecciones respiratorias agudas en estos niños, haciendo uso de métodos como la observación directa, examen físico y de la entrevista e interrogatorio a los niños junto a sus padres o adultos acompañantes para la veracidad de los datos.

Por considerarse bajo un estudio con diseño Epidemiológico Observacional Descriptivo Transversal concluye que “La mayoría de los pacientes corresponden al grupo de lactantes y escolares, con predominio de las niñas sobre los varones.” Que muy oportunamente comprende parte de los rangos de edad de la población de estudio de esta investigación. Existe un porcentaje importante de casos de desnutrición entre los pacientes, abarcando la desnutrición aguda, crónica y global, que llega al 16,8%”, lo que denota la importancia de centrarse en el aspecto nutricional en el desarrollo de esta investigación debido a la vital importancia que esta tiene en el crecimiento y desarrollo de los niños.

“Es alarmante la presencia de estos casos de desnutrición en todas las áreas de salud, cuya causa no es solamente la pobre o inadecuada alimentación, sino como vemos puede ser producto de las enfermedades infecciosas que atacan principalmente a los niños, y viceversa ya que la desnutrición conlleva a un déficit inmunitario que favorece la aparición de enfermedades”, a fines de esta investigación se destaca la importancia de una adecuada inmunización de los niños mediante el cumplimiento del esquema de vacunación, que retoma su importancia en el crecimiento y desarrollo infantil.

## **2.2. Fundamentación Filosófica**

Partiendo de la premisa de que un paradigma es una manera de ver y de explicar qué son y cómo funcionan las cosas, constituyéndose así en teorías elaboradas, sobre un aspecto particular del universo o sobre su totalidad. De este modo esta investigación se orienta hacia el paradigma crítico- propositivo que surge como respuesta a una profunda transformación de la sociedad.

Se categoriza bajo este pensamiento debido a que, teniendo en cuenta la finalidad de la investigación busca comprender o conocer la realidad de la población de estudio, específicamente a descubrir cómo crecen y se desarrollan los niños hijos de una madre adolescente. Permittiéndonos vislumbrar la realidad que presenta en nuestra área de estudio, en su individualidad, debido precisamente a las diferencias sociales existentes, es decir que cada sociedad es diferente de otra.

Tanto la investigadora como toda la sociedad en general está íntimamente vinculada y en continua interacción con el fenómeno investigado, la diferencia se pretende marcar en lo referente a pretender buscar un cambio a positivo de este fenómeno apreciado por lo general como un aspecto negativo en el ámbito social, por lo que además de le considera como propositivo, debido a que esta investigación no se basa solamente en conocer la realidad del problema si no que busca una alternativa de solución, que esté definida mediante consenso tomando

en cuenta los intereses y necesidades de los sujetos vinculados en la investigación, cambio que debe ser fundamentado en los valores principios morales de la sociedad.

Esta investigación parte de definiciones científicamente establecidas y enmarcadas dentro de lo social, utilizando diferentes instrumentos para la recolección de información, en búsqueda de información veraz y oportuna, es decir que estos estarán acordes a la situación y las características de la población en la cual se aplicarán dichos instrumentos. En cuanto al análisis de la información esta investigación pretende analizar los resultados cualitativamente, es decir que por ejemplo se busca entender si el hecho de ser madre adolescente influye positiva o negativamente en el crecimiento desarrollo de sus hijos, o si esto no ejerce la menor influencia en ellos.

### **2.3. Fundamentación Legal**

#### **DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS**

Adoptada y proclamada por la resolución de la asamblea general 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948.

**Artículo 25.-** La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

# **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

## **Título II**

### **Derechos**

#### **Capítulo III: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria**

##### **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**

###### **Niñas, 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.
- Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral.
- Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.
- Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.

# **CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

## **LIBRO PRIMERO**

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

#### **TITULO I**

##### **DEFINICIONES**

**Art. 1.-** Finalidad.- Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.

Para este efecto, regula el goce y ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes y los medios para hacerlos efectivos, garantizarlos y protegerlos, conforme al principio del interés superior de la niñez y adolescencia y a la doctrina de protección integral.

#### **TITULO III**

##### **DERECHOS, GARANTÍAS Y DEBERES**

###### **Capítulo II: Derechos de supervivencia**

**Art. 20.-** Derecho a la vida.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo.

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

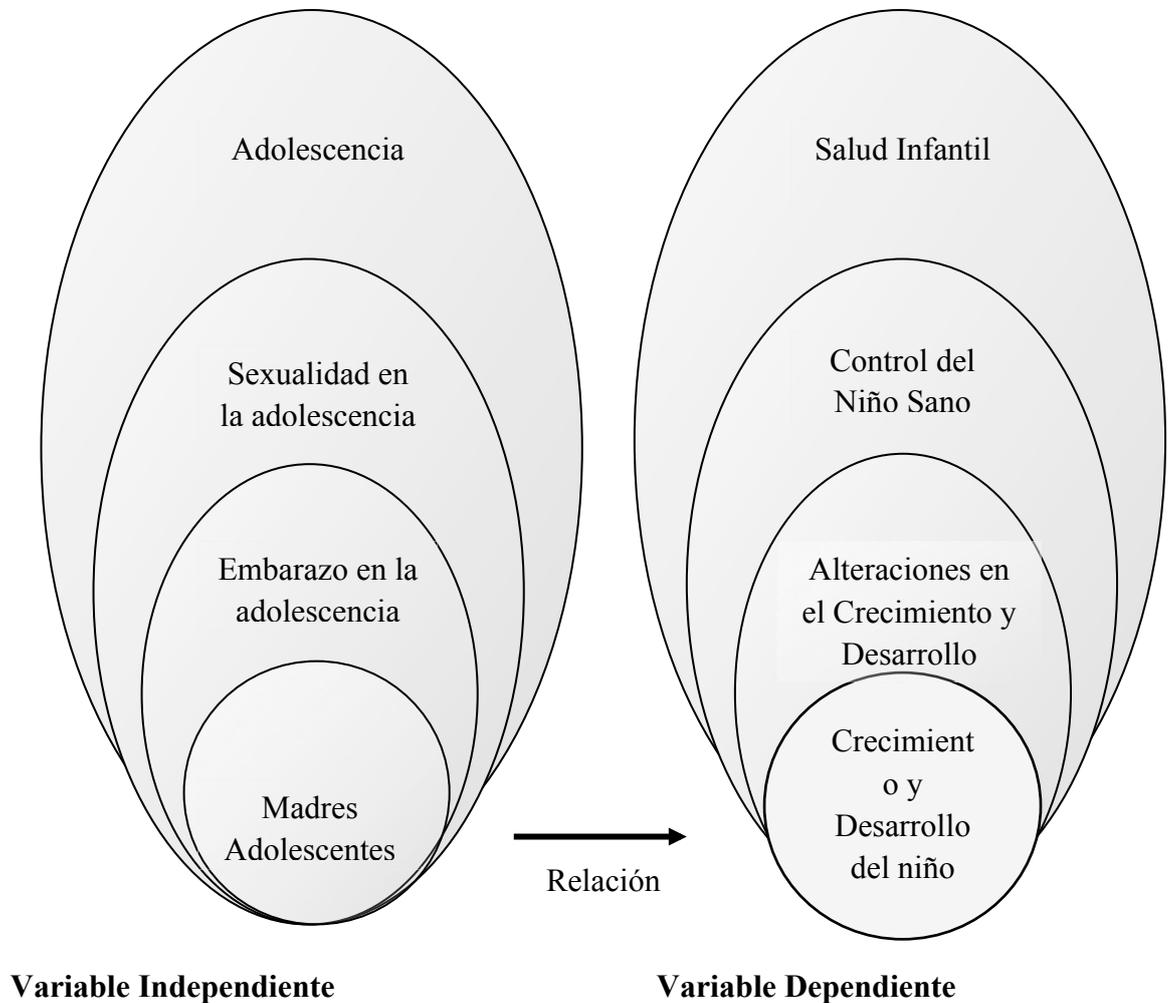
**Art. 25.-** Atención al embarazo y al parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes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

**Art. 28.-** Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.- Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

- Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;
- Garantizar la provisión de medicina gratuita para niños, niñas y adolescentes;
- Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación;
- Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental; y,
- Organizar servicios de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.

## 2.5. Categorías Fundamentales

**Figura 1: Red de Inclusiones**

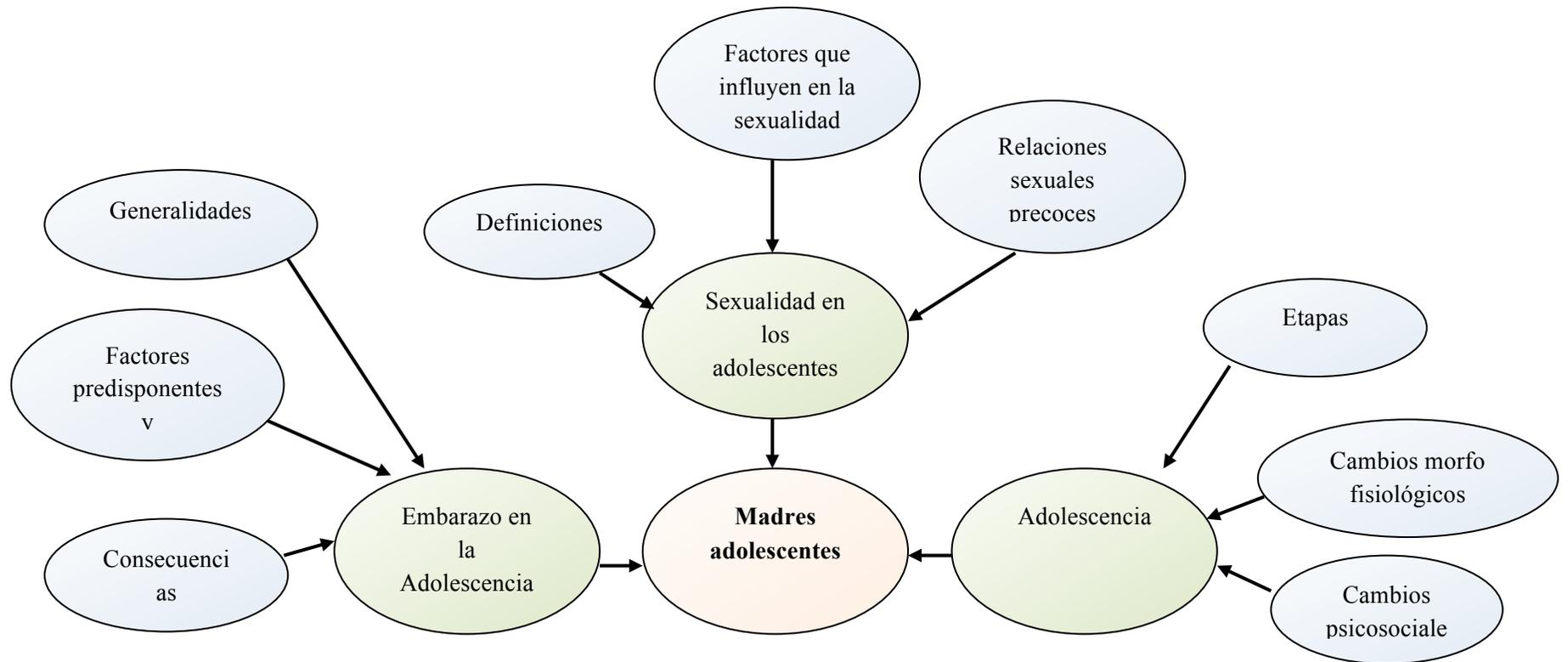


**Fuente:** “Proyecto de Investigación General para el VI Seminario de Graduación”

**Elaborado por:** Leidy A. Córdova Jiménez

## Variable Independiente

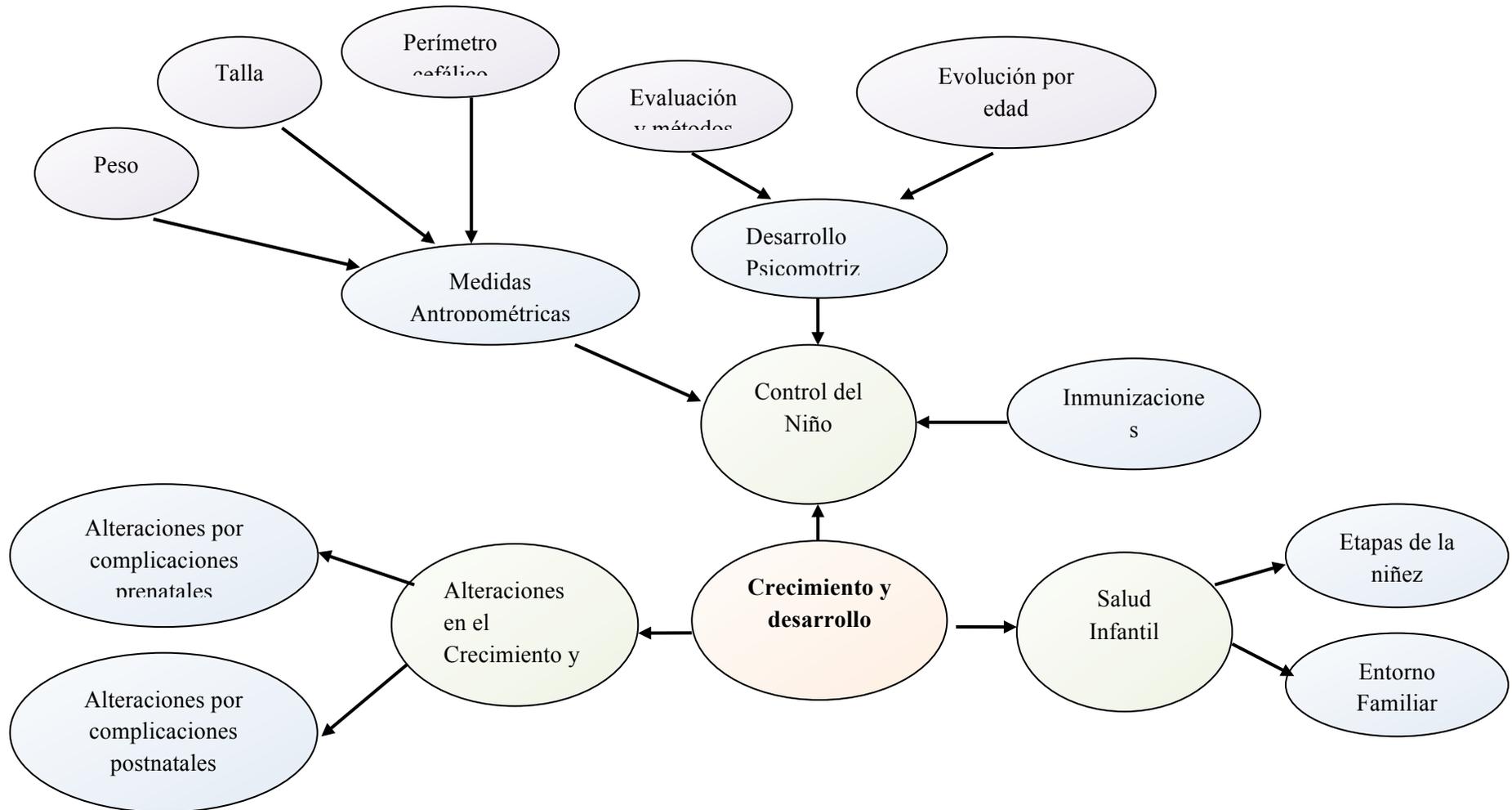
**Figura 2:** Constelación de ideas Variable Independiente



Elaborado por: Leidy A. Córdova Jiménez

**Variable Dependiente**

**Figura3:** Constelación de ideas



## **2.5.1. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES VARIABLE INDEPENDIENTEMADRES ADOLESCENTES**

### **2.5.1.1. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

#### **2.5.1.1.1. GENERALIDADES:**

Se llama embarazo precoz al embarazo de jóvenes adolescentes con una edad media de 10 a 19 años, así lo definió la **Organización Mundial de la Salud**. Hay que aclarar que no todos los embarazos precoces son no deseados, ya que en algunos países se anima a los jóvenes a formar parejas en edades tempranas. Pero en cambio, existen otros casos donde estos embarazos adolescentes se dan por falta de información, pobreza, falta de afecto, autoestima baja y otros factores más que van confundiendo a la adolescente y terminan con un embarazo precoz no deseado. En general este tipo de embarazo se produce cuando la mujer no ha alcanzado un grado de madurez total, sea esta física, psicológica, o de formación educativa o profesional.

#### **Control prenatal**

**El MSP en el Componente Normativo Neonatal, componente obstétrico (2008)** lo define como “Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.”

#### **Enfoques del Control Prenatal**

Según el **Componente Normativo Materno del MSP (2008)**, debe ser:

**Completo e Integral.**-Es decir que debe detectar y prevenir todas las alteraciones que pudiesen existir durante el embarazo todos los aspectos. Este debe ser realizado por profesionales calificados.

**Precoz.**- Los controles deben realizarse lo más tempranamente posible (dentro del primer trimestre).

**Enfoque Intercultural.-** Se debe respetar diversidad cultural de la población.

**Periódico.-** La mujer embarazada se debe realizar mínimo cinco controles. Uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento. Así:

- ✓ Uno en las primeras 20 semanas.
- ✓ Uno entre las 22 y 27 semanas.
- ✓ Uno entre las 28 y 33 semanas.
- ✓ Uno entre las 34 y 37 semanas.
- ✓ Uno entre las 38 y 40 semanas

**Afectivo.-**La atención prestada debe proporcionarse con calidad y calidez, en horarios adecuados para la madre y brindar servicios beneficiosos.

Además el control prenatal debe preparar a la madre, pareja y familia para el parto, puerperio, y manejo del recién nacido, y posterior planificación familiar. También debe desarrollar procesos de comunicación, educación e información para la mujer, familia y comunidad.

#### **2.5.1.1.2. FACTORES DESENCADENANTES DEL EMBARAZO PRECOZ**

**Galdó Muñoz, Gabriel y otros (2008)** en la obra “Atención a los adolescentes”, Universidad de Cantabria, España, resalta los que él denomina factores condicionantes del embarazo en la adolescencia.

- **Factores Biológicos:** Aparición de la menarquía
- **Factores Psicológicos:** Inicio de la pulsión sexual en el hombre, deseo de aceptación, protección, cariño; por ello las jóvenes con baja autoestima están más propensas a un embarazo.
- **Factores Culturales:** Bajo nivel educativo, falta de educación sexual, pérdida de valores morales y religiosos influencia de la sociedad, cultura del éxito mal entendida.

- **Factores familiares:** Falta de comunicación con los padres, abandono, padres separados, madres solteras, antecedentes familiares de embarazos en adolescentes.
- **Factores socioeconómicos:** Pobreza, hacinamiento, delincuencia juvenil, iniciación a las drogas, el alcohol, la indigencia

### 2.5.1.1.3. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO PRECOZ

**Montijo, Luis Felipe y otros (2004)**, en su obra *Formación Cívica y Ética*, México; resume que el riesgo de mortalidad de la madre adolescente y de su hijo son mayores que en las mujeres mayores de 20 años, además de comprometer el desarrollo tanto del hombre como de la mujer, pues no están preparados emocional ni socialmente. Estas consecuencias además pueden ser:

#### **Consecuencias psicosociales:**

- Abandono de la escuela por vergüenza o planes educativos difíciles de cumplir
- Dificultades laborales, despidos, trabajos mal remunerados, explotación.
- Carencia de apoyo económico, moral y emocional de una pareja y si lo llegase a tener este sería insuficiente.
- La pareja de la adolescente puede causar presión en ella llevándola a realizar acciones que ella no desee por ejemplo el aborto.
- Riesgo de atentado con la propia integridad física por parte de la adolescente.
- En el medio social el niño es visto como no deseado y crecen en un medio hostil poco apropiado para el desarrollo de sus potencialidades además de que el niño puede ser víctima de maltrato por culparlo de la situación vivida.
- Interrupción definitiva del proceso de adolescencia para asumir roles paternos maternos y sus exigencias que esto implica.

**Consecuencias biológicas:** Salazar Cutido, Berta (2006), en el artículo en línea Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente.

Desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo. Además, de forma casi general, la mayoría de las muchachas son primigestas, lo cual constituye un riesgo por sí solo. Por estas y otras razones, el embarazo precoz puede provocar, entre muchas consecuencias adversas:

#### **Primera mitad del embarazo**

- Anemia
- Infecciones urinarias
- Abortos espontáneos

#### **Segunda mitad del embarazo:**

- Pre eclampsia o hipertensión inducida por la gestación, frecuentemente en primigestas de bajo nivel socioeconómico.
- Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) asociada a una deficiente nutrición
- Prematuridad, desprendimiento prematuro de la placenta, síntomas de parto anticipado

#### **En el Parto**

- Mala posición y presentación fetal por la desproporción cefalo pélvica
- Distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas que predisponen a sepsis y otras complicaciones.
- Desgarros, hemorragias e infecciones secundarias.

#### **En el producto de la concepción**

- Bajo peso al nacer, tanto por prematuridad como RCIU

- Tendencia a presentar sepsis y otras enfermedades
- Elevación de la mortalidad infantil

## **2.5.1.2. SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES**

### **2.5.1.2.1. DEFINICIONES:**

La sexualidad vendría a definirse como el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que facilitan que un individuo comprenda el mundo y pueda vivirlo por medio de su ser como hombres o como mujeres. Es un aparte de la personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresan mediante el cuerpo, además de ser la precursora de la necesidad de establecer relaciones interpersonales significativas con otros”.

En el Tratado de pediatría de Nelson, Parte II, de autoría de **Needlman, Robert (2005)**; habla de que “la sexualidad incluye no sólo las conductas sexuales, sino también el interés y las fantasías, la orientación sexual, las actitudes hacia el sexo y su relación con las emociones y la percepción de las funciones y costumbres definidos socialmente.” El ser humano es un ser social pues es dentro de la sociedad donde satisface todas sus necesidades, y que dentro del entorno social encontramos la cultura entendida como conjunto de valores, normas y creencias que adecuan el comportamiento de sus miembros con el fin de facilitar una buena convivencia e interacción entre ellos. Esta identidad cultural incluye patrones de conducta social, que son necesarias dentro de la interacción social.

### **2.5.1.2.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SEXUALIDAD DURANTE LA ADOLESCENCIA**

La sexualidad recibe influencias del entorno llámense sociales, económicos y culturales, estas se resumen en:

**Influencia de los padres y familia:** Esta determinada por el grado de comunicación que mantiene dentro del entorno familiar, es decir entre el adolescente y los padres, pero se destaca además que esta relación se ve muchas veces perjudicada cuando el adolescente tiene un padre o madre solteros. Es importante el dialogo de los padres con sus hijos adolescentes sobre temas de sexualidad. En la adolescencia temprana se acelera la separación de la familia, sin embargo no todos los adolescentes se rebelan y no todos los padres rechazan tales afirmaciones de separación como signos de insurrección. Así muchos de los adolescentes continúan esforzándose por agradar a los padres, aunque no estén de acuerdo con ellos en algunos temas.

**Influencia de los pares de edad:** La influencia de los conocimientos, actitudes y conductas de adolescentes de su entorno con pares de la misma edad es definitoria, porque a sentir de estos adolescentes ellos confían más en la información que reciben de sus pares, mas no en la que la que reciben de los adultos, es estos casos de los padres. Conforme se da la separación de la familia en cambio hay una mayor participación progresiva en las actividades de los compañeros. Los adolescentes tempranos normalmente socializan con adolescentes del mismo sexo.

**Influencia de los medios de comunicación:** La información sobre sexualidad explícita o no, está al alcance de los adolescentes, en los medios de comunicación (televisión, radio, periódicos revistas, publicidad), principalmente debido al auge del internet en donde abunda la pornografía, y debido a su inmadurez psicológica no se encuentran en capacidad de discriminar la información adecuada y verdadera de la que no lo es, y lo que se provocará es una confusión en su sexualidad, lo que denota la importancia de que la información que tenga en esta etapa de transición sea la oportuna y adecuada. Al mismo tiempo la información fiable sobre la sexualidad en general y anticoncepción en particular sigue siendo escasa. El acceso fácil a la pornografía en internet puede aumentar el riesgo de actividad sexual prematura o de explotación sexual.

### **2.5.1.2.3. RELACIONES SEXUALES PRECOCES**

Según **Soldano D, María Inés**, en su obra **Guía Práctica para padres**, Argentina (2006), sostiene que la actividad sexual precoz constituye una conducta de riesgo en los adolescentes, pues estos riesgos son actuales, reales e importantes como las heridas psicoemocional es que se derivan de la relaciones sexuales a destiempo en muchos casos forzadas y desvinculadas del amor lo que provoca falta de armonía en el desarrollo de la personalidad, incluso algunos adolescentes al comprobar su fracaso en el inicio de sus relaciones sexuales (por inexperiencia o por falta de placer) llegan a replantearse su identidad sexual. Diversos estudios reconocen algunas presiones que facilitan el inicio temprano de las relaciones sexuales.

#### **Presiones personales:**

- Baja autoestima
- Sentimientos de inseguridad y de rechazo
- Bajas aspiraciones
- Déficit en el control de los impulsos
- Consumo de drogas y de alcohol

#### **Presiones sociales:**

- El tener amigos de la misma edad que hayan experimentado relaciones sexuales.
- La presión de la pareja en el caso de la mujer que acepta tener relaciones sexuales por miedo a perder a su pareja.
- Fomento del sexo como algo natural y necesario en los adolescentes por parte de los medios de comunicación.

## **Consecuencias:**

Estas están asociadas principalmente al plano físico, emocional, social y genera impactos económicos en la vida de los jóvenes, especialmente adolescentes y mujeres jóvenes.

- **Enfermedades de transmisión sexual:** Qué es la que presenta los más altos índices de incidencia, sobre todo, debido al hecho de que los adolescentes son fisiológicamente vulnerables a estas infecciones, y la temprana actividad sexual aumenta el riesgo de infección. Mientras más temprana sea la edad de inicio de estas relaciones sexuales se eleva el riesgo de infectarse en comparación con sus pares que permanecen sexualmente abstinentes a lo largo de sus años de adolescente. A su vez estos padecimientos traen consecuencias mucho peores como lo son la muerte, la esterilidad en los individuos infectados, pueden producir defectos congénitos y otras anomalías en el hijo.
- **Embarazo y procreación:** La temprana actividad sexual eleva el riesgo de las adolescentes de que se embaracen y se conviertan en madres precozmente. Las muchachas que se hacen sexualmente activas durante la temprana adolescencia tienen tres veces más probabilidad para hacerse madres solteras que las que permanecen abstinentes a lo largo de sus años adolescentes.
- **Estabilidad matrimonial y pobreza maternal.** La actividad sexual en una edad temprana también puede afectar la estabilidad matrimonial y económica futuras. Entre mujeres de treinta años; al menos la mitad de las mujeres que eran sexualmente activas durante la temprana adolescencia tienen posibilidad de estar en matrimonios no estables comparadas con aquellas que esperaron hasta iniciar sus años veinte para tener sexo. La temprana actividad sexual también es unida para la pobreza maternal.

### 2.5.1.3. ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de la vida entendida como proceso de maduración (adquisición de nuevas funciones y características) que se produce de forma rápida de modo que se transforma de niño a joven y a éste último, si este proceso ha sido adecuado, en un adulto sano. Según la **Organización Panamericana de la Salud (1996)**, “la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años, se inicia con la pubertad y finaliza al completarse el crecimiento con la integración autónoma a la sociedad”.

#### 2.5.1.3.1. ETAPAS

**Needlman, Robert (2005)**; sostiene que “el desarrollo de la adolescencia se da en tres periodos distintos, estos son precoz, medio y tardío, cada uno de ellos enmarcado por un conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales sobresalientes”. Sostiene además que “el género y la cultura afectan en gran medida el curso del desarrollo, así como también influyen los factores físicos y sociales que resultan estresantes para el adolescente”.

**Tabla 1:** Cuestiones principales durante la adolescencia temprana, media y tardía.

Variable	Adolescencia temprana	Adolescencia media	Adolescencia tardía
Edad (años)	10 – 13	14 – 16	17 – 20 y más
SMR*	1 – 2	3 – 5	5
Somático	Caracteres sexuales secundarios; comienzo de crecimiento rápido; torpeza.  El interés sexual suele ser mayor	Pico de crecimiento en altura; cambio de forma y composiciones corporales; acné y olor; menarquía; espermarquia.  Surge el impulso sexual; experimentación, dudas sobre la	Crecimiento más lento

Sexual	que la actividad sexual.	orientación sexual.	Consolidación de la identidad sexual.
Cognitivo y moral	Operaciones concretas: moralidad convencional.	Emergencia de pensamiento abstracto; cuestiona costumbres, centrado en sí mismo.	Idealismo; absolutismo.
Concepto de sí mismo	Preocupación por los cambios corporales; conciencia de sí mismo.	Preocupación por el atractivo; introspección progresiva.	Imagen corporal relativamente estable.
Familia	Intentos de aumentar la independencia; ambivalencia.	Lucha continuada por aceptación de mayor autonomía.	Independencia práctica; la familia sigue representando una base segura.
Compañeros	Grupos del mismo sexo; conformidad; pandilla.	Cortejo; grupo de compañeros menos importante.	Intimidad; posible compromiso
Relación con la sociedad	Ajuste a la escuela media.	Evaluación de las capacidades y las oportunidades.	Decisiones sobre la profesión (p. ej. Abandonar estudios, universidad, trabajo.)

**Fuente:** Nelson Tratado de Pediatría (2005), Parte II Crecimiento y Desarrollo

### 2.5.1.3.2. CAMBIOS MORFOFISIOLÓGICOS:

(Almeida de Jara, Elsa y otras, Manual de la Enfermería Océano)

- La masa celular total se incrementa más en los varones que en las mujeres.
- Se cuadruplica la masa muscular en el hombre y se duplica en las mujeres.
- Varía el consumo de oxígeno en los tejidos viscerales: cerebro, hígado, vaso, riñones, corazón y especialmente osteomuscular y colágeno, aumenta el metabolismo basal.

- El tejido adiposo se fusiona por acción de los andrógenos, se pierden más en el varón y se redistribuye en la mujer depositándose en las caderas y muslos, lo que delinea la silueta femenina, que es más redondeada.
- La ganancia de peso es mayor en los hombres que en las mujeres, los varones crecen en promedio hasta los 20 años y hasta los 19 años las mujeres.
- En los varones aumentan las necesidades calóricas, la capacidad respiratoria y la tensión arterial.
- Los varones tienen un nivel más elevado de hematocrito y hemoglobina por estímulo de la médula ósea y la testosterona.

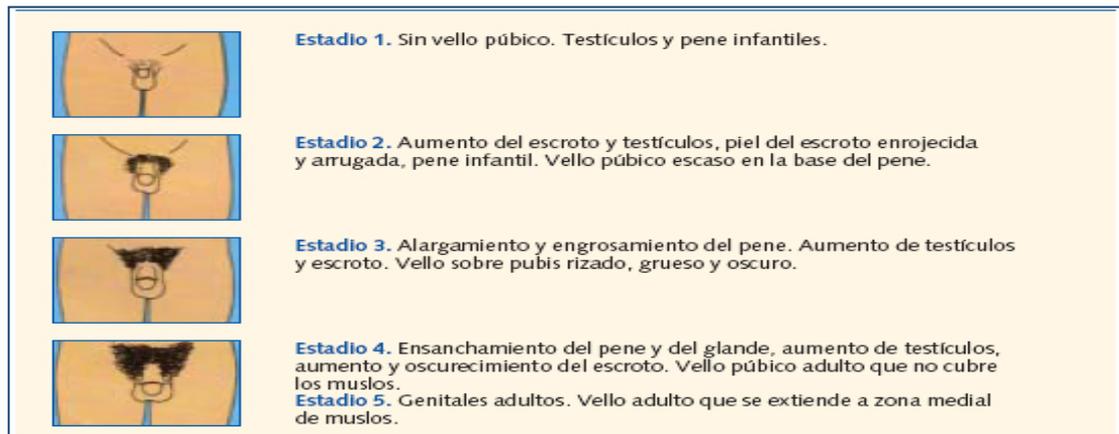
La escala de Tanner describe los cambios físicos que se observan a lo largo de la pubertad en ambos sexos. Esta escala, que está aceptada internacionalmente, clasifica y divide el conjunto de cambios durante la pubertad en 5 etapas sucesivas que van de niño (I) a adulto (V).

**Figura 4:** Escala de Tanner en niñas

	<b>Estadio 1.</b> Pecho infantil, no vello púbico.
	<b>Estadio 2.</b> Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores.
	<b>Estadio 3.</b> Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.
	<b>Estadio 4.</b> Areola y pezón sobreelevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos.
	<b>Estadio 5.</b> Pecho adulto, areola no sobreelevada. Vello adulto zona medial muslo.

**Fuente:** Revista de Pediatría de Atención Primaria. Sup. 16. España

**Figura 5:** Escala de Tanner en niños



**Fuente:** Revista de Pediatría de Atención Primaria. Sup. 16. España

### 2.5.1.3.3. CAMBIOS PSICOSOCIALES:

Las etapas del crecimiento y desarrollo psicosocial se pueden resumir así:

**Tabla 2: Etapas del crecimiento y desarrollo psicosocial**

ETAPAS	INDEPENDENCIA	IDENTIDAD	IMAGEN
Adolescencia temprana (10 a 13 años)	Menor interés en los padres, intensa amistad con los adolescentes del mismo sexo, ponen a prueba la autoridad, necesitan privacidad.	Aumentan habilidades cognitivas y apego al mundo de fantasía, estado de turbulencia, falta de control de impulsos, metas y vocaciones irreales	Preocupación por los cambios puberales, incertidumbre acerca de su apariencia.
Adolescencia temprana (14 a 16 años)	Máxima interrelación con los amigos o pares, conflicto con los padres, aumento de la experimentación	Conformidad con los valores de los padres, sentimiento de invulnerabilidad, conductas	Preocupación por la apariencia, deseo de poseer un cuerpo atractivo, fascinación por la moda.

	sexual de parejas y puntos de vista	omnipotentes generadoras de riesgos.	
Adolescencia temprana (17 a 19 años)	Emocionalmente próximos a los padres, a sus valores, relaciones íntimas prioritarias, el grupo de pares es menos importante.	Desarrollo de un sistema de valores, metas vocacionales reales, identidad personal y social con capacidad de establecer una relación de intimidad.	Aceptación de la imagen corporal.

**Fuente:** Manual de la Enfermería Océano (2008)

## **2.5.2. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES VARIABLE DEPENDIENTE: CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

**Crecimiento:** Es el proceso biológico de aumento de la masa corporal (células) de un ser vivo y que es dinámico y evolutivo resultante de la interacción de factores genéticos, ambientales y sociales.

**Desarrollo:** Es un proceso dinámico al igual que es crecimiento incluyendo la organización sucesiva y ordenada de funciones biológicas, psicológicas y compleja que se hallan interactuando durante el continuo vivir.

### **2.5.2.1. SALUD INFANTIL**

Es un conjunto de actividades destinadas a fomentar la adquisición de hábitos de salud e higiene durante el embarazo, la preparación del parto y el puerperio, así como el cuidado del recién nacido y la promoción de la lactancia materna, aportando consejos de educación sanitaria a través de soportes didácticos. Los objetivos son: aumentar el nivel de la salud de la población

infantil y disminuir la morbi-mortalidad a través de la promoción de la lactancia materna.

El crecimiento de los menores de 5 años se sustenta en un apropiado estado nutricional, el mismo que está dado por el equilibrio entre el estado de salud (o la presencia de enfermedades) y la ingestión alimentaria (o la disponibilidad de alimentos).Prácticamente todas las enfermedades pueden provocar deterioro en el crecimiento de los niños o las niñas, pero en nuestro país al igual que en la mayoría de los países en desarrollo son las enfermedades infecciosas las que afectan en mayor proporción a los menores de 5 años.

Se reconocen como las enfermedades de mayor prevalencia las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Procesos Febriles diagnosticables a través de algoritmos de manejo de Sarampión y Paludismo y la Desnutrición, que a más de provocar una buena proporción de mortalidad, es el sustrato sobre el que se asienta la patología mencionada.

**Tabla 3: Principales causas de Mortalidad Infantil Ecuador 2011**

CÓDIGO CIE – 10	CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL	SEXO		TOTAL	TASA% 1000	%
		HOMBRES	MUJERES			
	<b>TOTAL DE DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO</b>	<b>1,659</b>	<b>1,387</b>	<b>3,406</b>	<b>13,26</b>	<b>100,0</b>
P07	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer no clasificados en otra parte	310	271	581	2,53	19,07
J18	Neumonía organismo no especificado	102	86	190	0,83	6,24
P36	Sepsis bacteriana del recién nacido	102	100	202	0,88	6,63
Q24	Otras malformaciones congénitas del corazón	77	51	128	0,56	4,20
P23	Neumonía congénita	76	52	128	0,56	4,20
P22	Dificultad respiratoria del recién nacido	49	42	91	0,40	2,99
P24	Síndrome de aspiración neonatal	47	32	79	0,34	2,59

P21	Asfixia de nacimiento	46	27	73	0,32	2,40
Q89	Otras malformaciones congénitas no especificadas en otra parte	45	62	107	0,47	3,51
P29	Trastorno cardiovasculares originados en el periodo perinatal	35	17	52	0,23	1,71
P20	Hipoxia Intrauterina	27	30	57	0,25	1,87
P26	Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	26	20	46	0,20	1,51
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	22	26	48	0,21	1,58
Q25	Malformaciones congénitas de las grandes arterias	21	1	22	0,10	0,72
W84	Obstrucción no especificada de la respiración	20	19	39	0,17	1,28
P28	Otros problemas respiratorios del recién nacido originados en el periodo perinatal	18	15	33	0,14	1,08
P77	Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	18	19	37	0,16	1,21
Q79	Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular no especificadas en otra parte	17	17	34	0,15	1,12
P02	Feto y recién nacido afectados por complicaciones de la placenta, del cordón umbilical y de las membranas.	16	9	25	0,11	0,62
P52	Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido	15	14	29	0,13	0,95
Q90	Síndrome de Down	14	15	29	0,13	0,95
R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio. No clasificados en otra parte.	117	99	216	0,94	7,09
	Las demás causas de mortalidad infantil	475	394	869	3,78	28,53
	Total de Nacidos vivos 2	<b>229,780</b>				

**Fuente:** Censo INEC 2010

### **2.5.2.1.1. ENTORNO DEL NIÑO**

La importancia que cobra el entorno familiar en el crecimiento y desarrollo del niño es vital debido a que cuando un niño o niña aprenden en el hogar o en la calle, no lo hacen a través de una reflexión intelectual ni a partir de actividades programadas para que aprendan, aprenden por: interés por aprender y posibilidad de hacerlo. La ayuda de un adulto que guíe, comparta y valore positivamente ese aprendizaje optimizará el proceso y los resultados. Los contextos familiar y escolar forman parte de un entorno socio-cultural más amplio del que reciben influencia, a la vez que le aportan la suya. En lo que se refiere a las niñas y niños pequeños, el entorno socio-cultural abarca el propio barrio o localidad y otros contextos que, sin ser tan próximos, captan su atención e interés a través de soportes culturales como la televisión, libros de imágenes, fotografías etc. El entorno socio-cultural más próximo constituye a estas edades una fuente de estímulos físicos y sociales que captan su atención e interés.

Dentro del ámbito familiar también cobra importancia el juego, que contribuye a estructurar y consolidar el esquema corporal y al logro de una imagen ajustada de sí mismos. El juego como factor de desarrollo contribuye también a que los niños y las niñas se reconozcan como sujetos capaces de tener iniciativas y a articular éstas dentro de un marco social. Los niños necesitan jugar, ya que jugando aprenden a conocer el mundo, a sí mismos y a los otros. A esta edad el juego es una actividad estructurante. A través de la manipulación de los objetos y de la relación con los demás adquieren una información que les ayuda a producir un cambio en los conceptos que van elaborando sobre lo que le rodea, los otros y las cosas, lo que constituye un recorrido ideal en el proceso de crecimiento y aprendizaje.

### **2.5.2.1.2. ETAPAS DE LA NIÑEZ**

Se designa con el término de Niñez a aquel período de la vida humana que se extiende desde el nacimiento del individuo hasta la llegada de la pubertad, entre

los 11 y 12 años, cuando se dará paso a esta otra etapa de la vida llamada adolescencia.

En el **Manual de Pediatría de Wong, obra de Wilson, David (2008)** se identifican las siguientes etapas:

**Tabla 4: Etapas de la Infancia y desarrollo de la personalidad, moral y cognitiva**

<b>INFANCIA</b>	<b>ETAPAS Y EDAD</b>	<b>ETAPAS PSICOSEXUALES (FREUD)</b>	<b>ETAPAS PSICOSOCIALES (ERIKSON)</b>	<b>ETAPAS COGNITIVAS (PIAGET)</b>	<b>ETAPAS DE JUICIO MORAL (KOHLBERG)</b>
Primera	Lactante menor (del nacimiento al año de edad)	Sensorial oral	Confianza o desconfianza	Nivel pre convencional (pre moral)	
	Lactante mayor (de uno a 3 años de edad)	Anal – uretral	Autonomía o vergüenza y duda	Pensamiento pre operacional, fase pre conceptual (razonamiento transductivo)	Nivel pre convencional (pre moral) orientación al castigo y obediencia
Segunda	Preescolar (tres a seis años)	Fálica - Locomoción	Iniciativa o culpa	Pensamiento pre operacional, fase intuitiva (razonamiento transductivo)	Nivel pre convencional (pre moral) orientación instrumental simplista
	Escolar (seis a doce años)	Latencia	Industrioso o inferioridad	Operaciones concretas (razonamiento inductivo e inicio del razonamiento lógico)	Nivel convencional Orientación de niño bueno Orientación a la ley y el orden

**Fuente:** Manual de Pediatría de Wong, Wilson, David (2008)

**Elaborado por:** Leidy Córdova

### **2.5.1.1.3. PROGRAMAS ENFOCADOS EN LA SALUD INFANTIL**

**Con Pie Derecho, la huella del futuro:** Programa que consiste en una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé a partir del cuarto día de nacido hasta los 29 días. Permite detectar cuatro enfermedades: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.

**Programa Ampliado de Inmunizaciones:** El programa ampliado de inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo, de la Organización Mundial de Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y organizaciones internacionales, pendientes a lograr una cobertura universal de vacunación, con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

**Desnutrición Cero:** Programa que busca mejorar la situación nutricional de niños y niñas de menos de cinco años, madres embarazadas y en período de lactancia, de todo el país.

**Control del Niño Sano:** Programa que se realiza gratuitamente a niños y niñas menores de 5 años. Se incentiva a los padres a llevar al niño o niña al control cada mes durante su primer año de vida y cada dos meses a partir del segundo año para controlar el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño a fin de hacer correctivos a tiempo si fuera necesario. El control es idóneo para que los padres y madres puedan adquirir conocimientos sobre varios aspectos del crecimiento infantil, que van desde sus necesidades nutricionales, de vacunación, de salud y hasta las emocionales.

### **2.5.2.2. CONTROL DEL NIÑO**

Está centrado en el control del niño sano, que son básicamente controles médicos pediátricos cuyos objetivos son:

- ✓ Detección precoz de anomalías.
- ✓ Actividades de prevención.
- ✓ Educación para la salud familiar.
- ✓ Funciones de los profesionales de Enfermería.

La enfermera desempeña un papel durante los controles de niño sano que realizan las madres en sus infantes. Estas funciones son:

- ✓ Control periódico del niño.
- ✓ Derivación si procede.
- ✓ Metabolopatías, análisis.
- ✓ Educación para la salud.
- ✓ Colaboración en los distintos programas.
- ✓ Visitas domiciliarias.
- ✓ Registro de datos.
- ✓ Captación de niños a domicilio.
- ✓ Coordinación.
- ✓ Detección de malos hábitos.
- ✓ Investigación del entorno familiar.
- ✓ Evaluar los programas.

**MSP, Normas de atención a la Niñez, (2009)**, de acuerdo a las Normas de Atención de los Niños/as menores de cinco años: el control del niño debe ser una actividad precoz, periódica, integrada

Con una concentración óptima o mínima siendo estas:

**Concentración Óptima:**

- ✓ Un control mensual durante los primeros 24 meses de vida
- ✓ Un control semestral entre los 24 a 60 meses de vida

**Concentración Mínima**

- ✓ Controles en el 1°, 2°, 4°, 6° y 12° mes durante el primer año de vida

- ✓ Controles trimestrales durante el 2° año de vida.
- ✓ Un control anual entre los 24 y 60 meses de vida.

#### **2.5.2.2.1. INMUNIZACIONES**

**Almeida de Jara, Elsa y otras, en el Manual de la Enfermería Océano, (2008),** dice que la inmunidad es una función indispensable para la supervivencia. Es una función de defensa que se origina ante la presencia de un elemento extraño (antígeno) y que se manifiesta con la producción de elementos de defensa (anticuerpos).

##### **Vacunas**

La vacuna es un preparado de procedentes de microorganismos patógenos (microbios muertos de cepas virulentas o vivos de cepas atenuadas), cuya finalidad es la creación de anticuerpos que reconozcan y ataquen a la infección y, por lo tanto, produzcan la inmunidad del organismo inoculado.

La vacuna suele consistir en dosis muy pequeñas del propio agente (forma inactiva o atenuada) que origina la enfermedad, por lo que provoca la creación de anticuerpos que permanecen en el organismo y lo protegen en el caso de futuros contagios. La técnica de administración depende del tipo de vacuna; la más común es la inoculación, pero en algunos casos es la ingestión o el espray nasal.

Como se mencionó anteriormente como parte de la atención del MSP al infante se ha implementado el Programa Ampliado de Inmunizaciones que está en cargado de prevenir y erradicar las enfermedades prevalentes en la infancia. Se aplican según el siguiente esquema;

**Tabla 5: Programa Ampliado de inmunizaciones**

Edad	Vacuna	N. Dosis	Dosis	Vía	Frecuencia de admiración			
					Dosis según edad			Refuerzos
					1 d.	2 d.	3 d.	
Menores de 1 año	BCG	1	0,1 ml	I.D.	R.N			
	HB( Amazonia)		0,5 ml	I.M	R.N			
	Pentavalente (DTP+HB+Hib)	3	0,5 ml	I.M.	2 m.	4 m.	6 m.	
	Triple bacteriana (DPT)	1	0,5 ml	I.M	1 año después de la dosis de pentavalente.			
	Neumococo conjugada	1	0,5 ml	I.M	2 m.	4 m.	1a.	
	Rotavirus	2	2 ml	V.O.	2 m.	4 m.		
	Antipoliomielítica (OPV)	4	2 gotas	V.O	2 m.	4 m.	6 m.	1 año después de la tercera dosis.
	Influenza (Hib)	2	0,5 ml	M.	Primer contacto y al mes En campañas			

12- 23 meses	Triple Viral (SRP)	1	0,5 ml	S.C.	12-23 meses
	SR	1	0,5 ml	S.C.	Campañas
	Fiebre amarilla (FA)	1	0,5 ml	S.C.	15 meses

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

#### 2.5.2.2.2. DESARROLLO PSICOMOTRIZ

De acuerdo a los términos “*psico*” se refiere a la actividad psíquica y “*motriz*” hace referencia al movimiento corporal. El desarrollo psicomotriz constituye un aspecto evolutivo del ser humano, es decir que es la progresiva adquisición de habilidades, conocimientos y experiencias en el niño, siendo la manifestación externa de la maduración del SNC, y que no solo se produce por el mero hecho de crecer sino bajo la influencia del entorno en este proceso.

#### **Evolución Psicomotriz de acuerdo a la Edad**

**Tabla 6:** Vigilancia del desarrollo en niños (Menor de un mes)

<p><b>Reflejo de Moro</b></p> <p>Posición del niño: acostado en decúbito dorsal (boca arriba).</p> <p>Existen varias maneras de verificar su respuesta; una de ellas consiste en colocar al niño decúbito dorsal sobre una manta, la que debe ser bruscamente retirada.</p>
---

Otra manera es aplaudiendo sobre la cabeza del niño.

Respuesta esperada: extensión, abducción y elevación de ambos miembros superiores seguida de retorno a la habitual actitud flexora en aducción.

Ésta debe ser simétrica y completa.

### **Reflejo cócleo-palpebral**

Posición del niño: acostado en decúbito dorsal (boca arriba).

Aplauda a 30 cm. de la oreja DERECHA del niño y verifique la respuesta. Repita de la misma manera en la oreja IZQUIERDA y verifique su respuesta.

Debe ser obtenido en un máximo de dos ó tres intentos, en vista de la posibilidad de la habituación del estímulo.

Respuesta esperada: pestañeo de los ojos.

### **Reflejo de succión**

Posición del niño: pida a la madre que coloque al niño en el pecho y observe.

Si mamá hace poco, estimule sus labios con el dedo y observe.

Respuesta esperada: el niño deberá succionar el pecho o realizar movimientos de succión con los labios y lengua al ser estimulado con el dedo.

### **Brazos y piernas flexionadas**

Posición del niño: acostado en decúbito dorsal (boca arriba).

Postura esperada: debido al predominio del tono flexor en esta edad, los brazos y las piernas del niño deberán estar flexionados.

### **Manos cerradas**

Posición del niño: en cualquier posición observe sus manos.

Postura esperada: sus manos, en este grupo de edad, deberán estar cerradas.

**Fuente:** Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI (2007)

**Tabla 7:** Vigilancia del desarrollo en niños menores de dos meses

### **Vocaliza**

Posición del niño: durante el examen, en cualquier posición, observe si el niño emite algún sonido, como sonidos guturales o sonidos cortos de las vocales. No debe ser llanto. En caso que no sea observado, pregunte a quien lo acompaña si el niño hace estos sonidos en casa.

**Respuesta esperada:** si el niño produce algún sonido o el acompañante dice que lo hace, entonces

él ha alcanzado esta condición

### **Movimiento de piernas alternado**

Posición del niño: acostado en decúbito dorsal, sobre la camilla o colchoneta, observe los movimientos de sus piernas.

Respuesta esperada: movimientos de flexión y extensión de los miembros inferiores, generalmente en forma de pedaleo o entrecruzamiento, algunas veces con descargas en extensión.

### **Sonrisa social**

Posición del niño: acostado en decúbito dorsal, sobre la camilla o colchoneta, sonría y converse con él. No le haga cosquillas ni toque su cara.

<p>Respuesta esperada: el niño sonríe en respuesta. El objetivo es obtener más una respuesta social que física.</p>
<p><b>Abre las manos</b></p> <p>Posición del niño: acostado en decúbito dorsal, sobre la camilla o colchoneta observe sus manos.</p> <p>Postura esperada: en algún momento el niño deberá abrir sus manos de manera espontánea</p>

**Fuente:** Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI (2007)

**Tabla 8: Vigilancia del desarrollo en niños (De dos meses a 2 años de edad)**

<b>Edad</b>	<b>Comportamiento</b>			
2 meses	Mira al rostro del examinador o el de la madre en forma evidente	Sigue los objetos en la línea media	Reacciona a los sonidos  El niño muestra cualquier cambio de comportamiento, tal como movimiento de los ojos, cambio de expresión o de frecuencia respiratoria	Eleva la cabeza  Levanta la cabeza en la línea media, elevando el mentón de la superficie sin girar para uno de los lados.

4 meses	<p>Responde al examinador</p> <p>El niño mira el rostro del examinador o de la madre, sonríe o emite sonidos intentando “conversar”</p>	<p>Agarra objetos</p> <p>Agarra el objeto por algunos segundos.</p>	<p>Emite sonidos</p> <p>El niño emite sonidos (gugu, aaaa, eeee, etc.)</p>	<p>Sostiene la cabeza</p> <p>El niño mantiene la cabeza firme sin movimientos oscilatorios- durante algunos segundos</p>
6 meses	<p>Intenta alcanzar un juguete</p> <p>Intenta agarrar el cubo extendiendo su brazo o adelantando su cuerpo.</p>	<p>Lleva objetos a la boca</p>	<p>Localiza un sonido</p> <p>El niño responde girandola cabeza hacia el sonido en ambos lados.</p>	<p>Gira</p> <p>Consigue cambiar de posición, girando totalmente.</p>
9 meses	<p>Juega a taparse y descubrirse intenta mover el paño de su cara o mirar atrás de la madre.</p>	<p>Transfiere objetos entre una mano y otra</p>	<p>Duplica sílabas</p>	<p>Se sienta sin apoyo</p> <p>Consigue mantenerse sentado manteniendo un objeto con las manos, sin cualquier otro apoyo.</p>

12 meses	Imita gestos	Pinzas superior Agarra la semilla haciendo un movimiento de pinza, empleando su pulgar e índice.	Jergao jerigonza Produce una conversación ininteligible consigo mismo, utilizando pausas e inflexiones (esto es jerga, en la cual el patrón de voz varía y pocas o ninguna palabra es distinguible).	Camina con apoyo Da algunos pasos con este apoyo.
15 meses	Ejecuta gestos a pedido Aplaudir, tirar besos o decir chao.	Coloca cubos en un recipiente coloca por lo menos un cubo dentro del recipiente y lo suelta.	Dice una palabradice por lo menos una palabra que no sea “papá”, “mamá”, o el nombre de algún miembro de la familia o de animales que convivan con él.	Camina sin apoyo Camina bien, con buen equilibrio, sin apoyarse.
18 meses	Identifica dos objetos alcanza o señala correctamente dos o tres objetos.	Garabatea espontáneamente hace garabatos en el papel de manera espontánea.	Dice tres palabras que no sean “papá”, “mamá”, ni el nombre de algún miembro de la familia o de animales que	Camina para atrás Da dos pasos para atrás sin caerse

			convivan con él,	
24 meses	Se quita la ropa fue capaz de quitarse cualquiera de sus prendas, tales como zapatos, pantalón, camisa, camiseta, vestido,	Construye una torre de tres cubos coloca por lo menos tres cubos, uno sobre otro, y estos no se caen cuando el retira la mano.	Señala dos figuras, señala correctamente por lo menos dos de las cinco figuras.	Patea una pelota  Patea la pelota sin apoyarse en otros objetos

**Fuente:** Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI(2007)

**Tabla 9: Desarrollo Normal de la habilidad para comer y otras habilidades motrices**

<b>Edad en meses</b>	<b>Tipo de comida</b>	<b>Desarrollo Oral</b>	<b>Desarrollo Motor</b>
0 – 4	Fórmula líquida del pecho o biberón	Mama del biberón Extensión y retracción de la lengua	Desarrollo del control de la cabeza Reflejo de succión y de hociqueo
4 – 6	Toma pasivamente los purés succiona el pecho o el biberón	Transfiere el bolo de la parte inferior de la lengua a la faringe	Desarrollo de la prensión voluntaria con ambas manos, se sienta sin apoyo
6 -8	Comida en puré, introducción de la taza	Emerge patrón de masticación	Transfiere objetos de una mano a la otra, se sienta sin apoyo
8 – 12	Comida ordinaria, molida o triturada	Emerge la lateralización del bolo con la lengua	Desarrollo de la prensión en pinza. Control de la cabeza, se autoalimenta, sostiene la taza
12 -18	Comida ordinaria blanda	Masticación cada vez con mayor lateralización	Se yergue y camina solo. Excelente coordinación mano-boca, se autoalimenta
18 – 24	Carne, fruta y vegetales frescos	Masticación rotatoria, muerde sobre la taza o la cuchara para estabilizarlas	
Más de 24 meses	Comida ordinaria	Masticación y patrón de bebida maduros	Corre, sostiene la taza con una mano, se alimenta solo, aprende a obtener por si solo algunos alimentos, usa la taza con eficiencia

**Fuente:** “Alimentación en la primera infancia”. Teresa Lartigue (2004)

### **Métodos de Evaluación del desarrollo**

El crecimiento y el desarrollo sicomotor no se manifiestan en forma independiente, si no que representan una continuidad de interrelaciones entre el potencial genético por una parte y el medio ambiente por otra, Sin lugar a dudas, la evaluación del desarrollo sicomotor es una actividad importante, al igual que la evaluación del crecimiento físico y son parte integrante de la atención de todo niño/a, pues una y otra se complementan.

Para la evaluación se aplican los test:

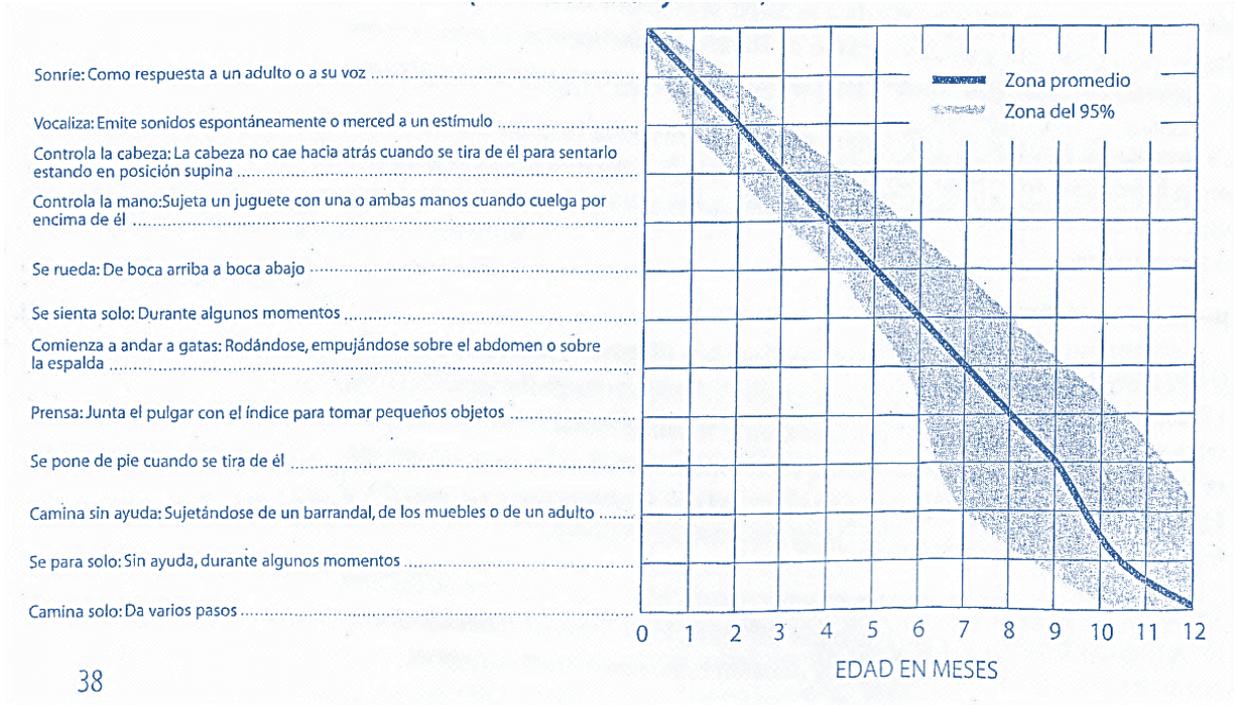
- ✓ Test de Aldrich y Norval para los 12 primeros meses de edad.
- ✓ Test de Barrera – Moncada para los niños de 12-60 meses de edad.
- ✓ Test de Denver y Bailey

### **Como se grafica**

- ✓ El registro se hará en el gráfico con una X relacionando el Ítem y la edad en meses.
- ✓ Zona negra es el promedio del desarrollo del niño.
- ✓ La zona gris (zona del 95%) y blanca inferior son consideradas como rango de normalidad.
- ✓ El niño/a ubicado en la zona blanca superior requiere una valoración más completa, para lo cual se utiliza el test de Denver (instrumento útil para descubrir los retrasos en la infancia y en los años preescolares).

**Figura 6:** Test de Aldrich y Norval

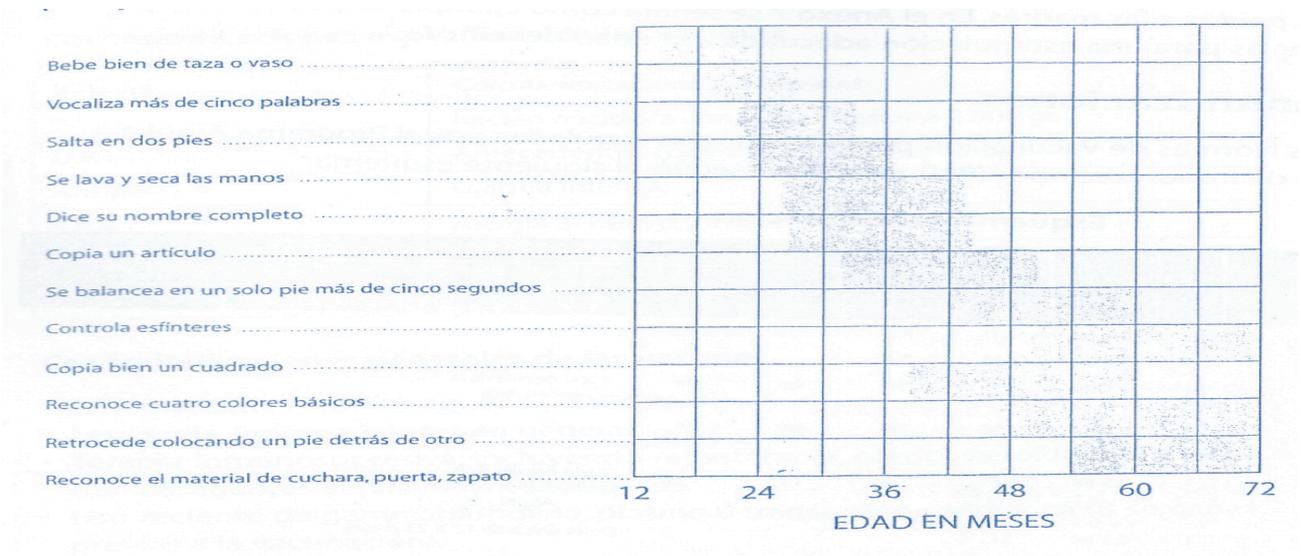
**Normas para la Evaluación del Desarrollo de los 12 Primeros meses de edad**



**Fuente:** MSP, hojas del MSP FORM 028 A/02

**Figura 7:** Test Adaptado de Barrera Moncada

**Normas para la evaluación del desarrollo de los 12 a los 60 meses de edad**



**Fuente:** MSP, hojas del MSP FORM 028 A/02

### **2.5.2.2.3. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

#### **Antropometría (OPS, 2008)**

Es el conjunto de procedimientos utilizados para determinar las dimensiones o medidas de los seres humanos. La antropometría es el método más utilizado para evaluar el estado nutricional de las personas durante todo el ciclo de vida, desde el nacimiento hasta la vejez. Las medidas antropométricas permiten estimar la composición corporal, inferir acerca de la ingestión de alimentos, el ejercicio o la presencia de enfermedad. Múltiples estudios han demostrado la importancia de la antropometría como método válido para estimar los riesgos nutricionales individuales y poblacionales.

#### **Evaluación del crecimiento (MSP, Normas de atención a la Niñez 2009)**

El propósito de la evaluación del crecimiento es determinar si una niña o un niño están creciendo “normalmente”, si tiene un problema de crecimiento o si presenta una tendencia que puede llevarlo a un problema de crecimiento.

#### **Vigilancia del crecimiento (MSP, Normas de atención a la Niñez 2009)**

Es el estudio y seguimiento continuo del crecimiento y las características nutricionales de una población, a través de las medidas corporales de peso y talla, para poder planear, definir y ejecutar acciones preventivas y de rehabilitación. La evaluación del crecimiento y la vigilancia se puede realizar a través de cuatro indicadores antropométricos básicos y universales, estos son:

- ✓ longitud-talla/edad (indicador de retraso en talla o desnutrición crónica)
- ✓ peso/longitud-talla (indicador de adelgazamiento o desnutrición aguda)
- ✓ peso/edad (indicador de insuficiencia ponderal o desnutrición global)

**Índice de Masa Corporal/edad (IMC/edad);** es similar al peso para la longitud/talla y se usa para evaluar el sobrepeso y la obesidad.

## PESO

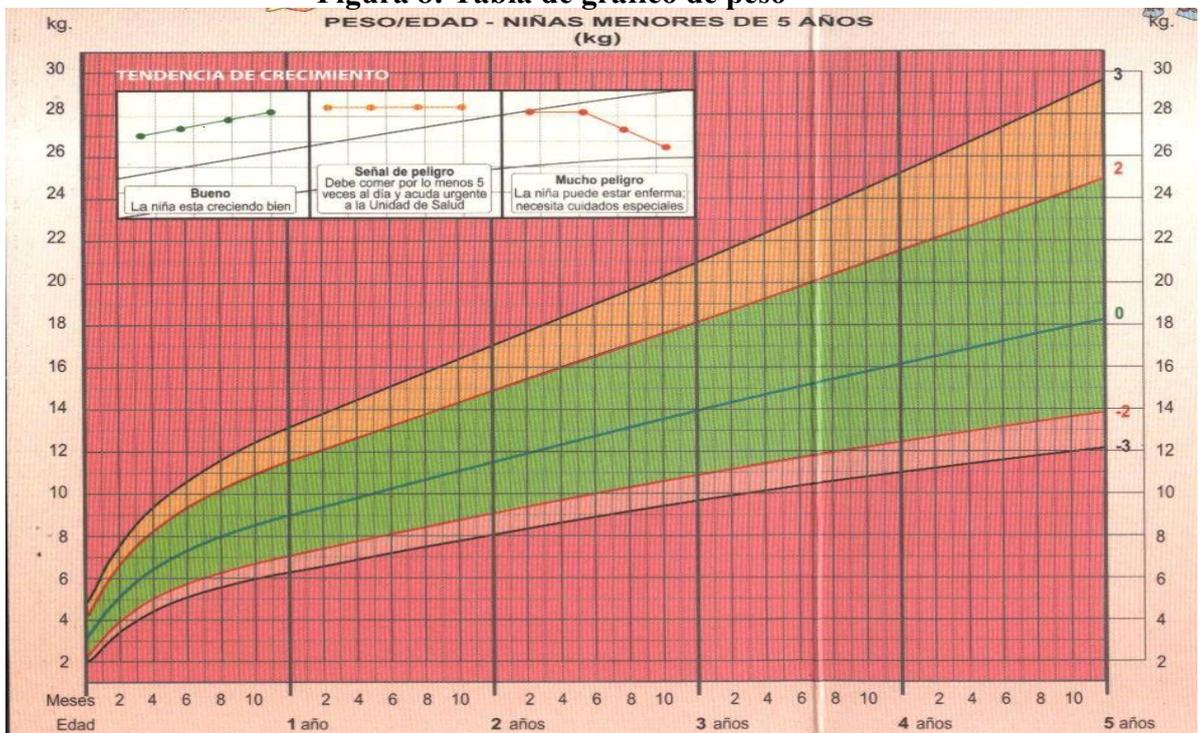
El peso refleja la acumulación o aumento de los diferentes tejidos del organismo; es un parámetro muy importante y de gran utilidad especialmente en lactantes para estimar el estado nutricional y de la salud en general.

**Instrumento:** Balanza que puede ser con tallímetro o con plato, la graduación debe ser en kilogramos.

**Técnica:** Verificar que la balanza este calibrada comprobando el “cero”. El niño será pesado sin ropa, excepto una ligera prenda interior. Se debe registrar el peso en KG y fracciones de hasta 10 gramos y graficar en el formulario del la historia clínica única y en el carnet de salud infantil.

### Como graficar el Peso

**Figura 8: Tabla de grafico de peso**



Bajo peso     Normal     Sobrepeso

**Fuente:** Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

**El peso/edad** significa desnutrición global (actual o pasada). En las curvas de crecimiento para hombres y para mujeres se encuentran graficadas las medidas de peso de referencia para el crecimiento normal, así como las líneas que señalan o clasifican la desnutrición leve, moderada y grave, de acuerdo a la edad de las niñas y los niños.

En las líneas verticales de la gráfica se encuentra el peso en kilogramos; en las líneas horizontales se encuentra la edad en meses y años cumplidos. La curva de crecimiento se usa para evaluar y controlar el crecimiento de las niñas y los niños. Para esto, se marca el peso de cada niña o niño en la línea horizontal que corresponda, haciendo coincidir con su edad; esta última se encuentra en la línea vertical.

- ✓ Si el punto marcado, se encuentra sobre + 2 desviaciones estándar, significa que está con sobrepeso.
- ✓ Si está en el espacio entre + 2 y -2 D.E. tiene un crecimiento normal. Si está por debajo de -2 D.E. tiene desnutrición leve.
- ✓ Si está en el espacio por debajo de -3 DE, tiene desnutrición moderada.
- ✓ Si está por debajo de -4 D.E. tiene desnutrición grave.

Las niñas y los niños con desnutrición o sobrepeso deben ser controlados en su peso cada mes, de preferencia los últimos días.

## **TALLA**

La estatura mide casi exclusivamente el tejido óseo, es un excelente reflejo del crecimiento global del niño.

**Instrumento:** Paidómetro, Infantómetro o neonatómetro para niños menores de dos años; posterior a los dos años se utiliza balanza con tallímetro.

**Técnica:** Niño/a menor de 2 años, en decúbito dorsal (longitud), se requiere de dos personas, una de ellas sujeta la cabeza del niño/ a en decúbito dorsal contra el

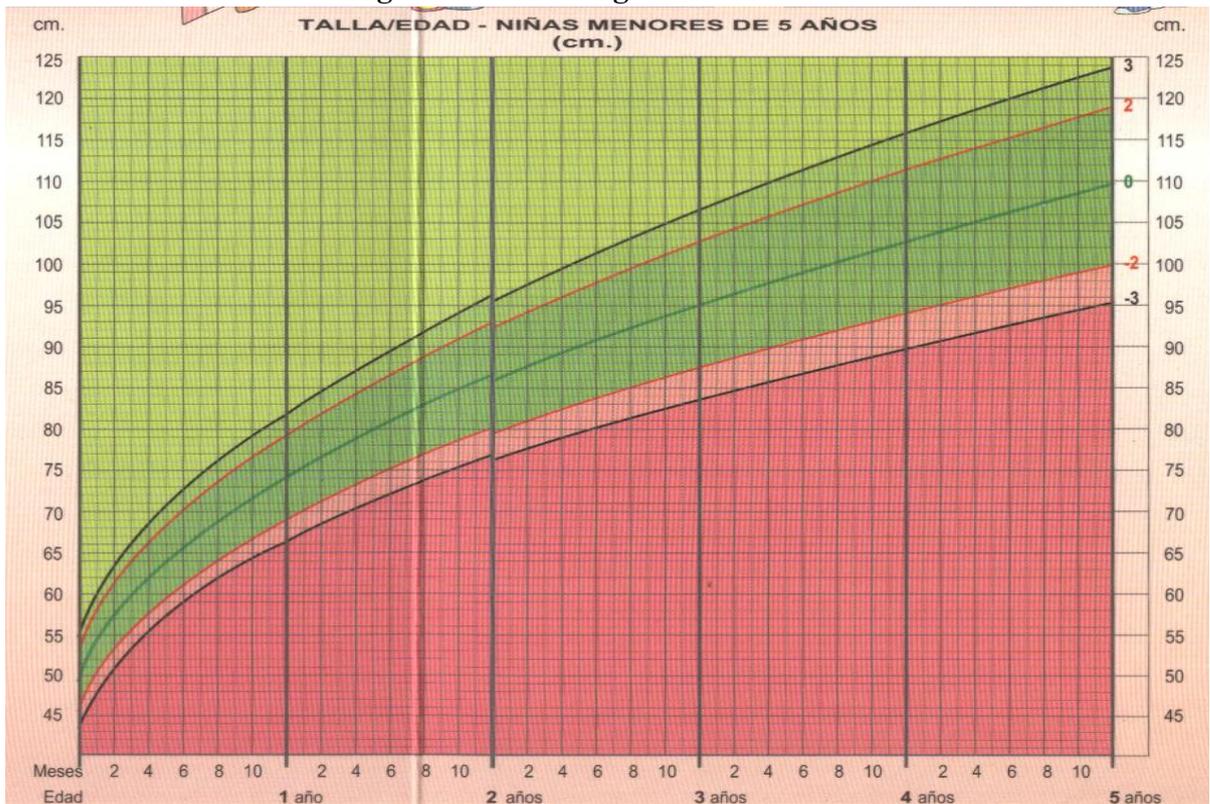
plano fijo, la persona que realiza la medición sostiene las rodillas y aplica la escuadra móvil a la planta de los pies manteniendo en ángulo recto.

En general la talla de pie es alrededor de 0.7cm menos que la longitud en posición acostada boca arriba. Esta diferencia fue tomada en cuenta desarrollar los nuevos patrones de crecimiento de la OMS usados para elaborara en las fichas de crecimiento por lo tanto, es importante ajustar las mediciones si se tomo la longitud en lugar de la talla o viceversa.

Si un niño menor de 2 años de edad no permite ser acostado boca arriba para medirle a la longitud, médase la talla en posición de pie y sume 0.7cm para convertirla en longitud. Si un niño tiene 2 años o más y no es capaz de ponerse de pie. Mida la longitud en posición acostado boca arriba y reste 0.7cm para convertirla en talla.

### Como graficar la talla

**Figura 9: Tabla de gráfico de Talla**



**Fuente:** Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

**La longitud-talla/edad** indica retardo del crecimiento o desnutrición crónica. La falta de crecimiento afecta la desnutrición crónica. En las líneas verticales izquierdas de la gráfica se encuentra la longitud-talla en centímetros; en las líneas horizontales se encuentra la edad en meses y años cumplidos.

La figura 5 tiene espacios separados por líneas curvas que señalan la clasificación de la longitud-talla en: talla alta, normal, desnutrición crónica leve, desnutrición crónica moderada y desnutrición crónica grave. Después de tomar la longitud-talla en centímetros a la niña o al niño, marque de inmediato un punto donde se cruzan los datos de longitud o talla en relación con la edad (años y meses cumplidos).

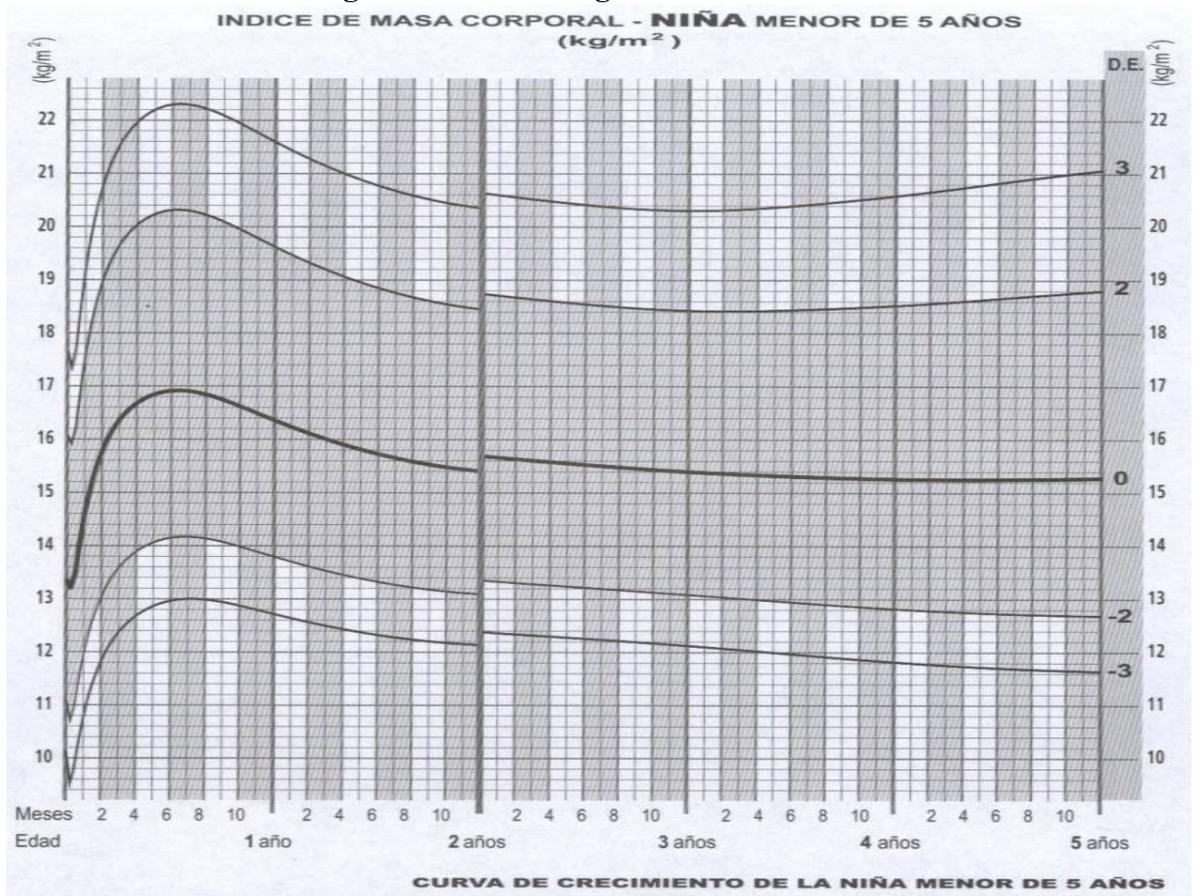
### **Índice de masa corporal**

El IMC relaciona el peso con la talla/longitud. Puede ser un indicador de crecimiento útil cuando está marcado en una gráfica relacionándolo con la edad de la niña o el niño. Se calcula de la siguiente forma:

$$IMC = \text{peso kg/talla y/o longitud en metros al cuadrado.}$$

Cómo graficar el IMC

**Figura 10: Tabla de gráfico del IMC**



**Fuente:** Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

El indicador IMC/edad es más útil para evaluar el sobrepeso y obesidad en las niñas y los niños. En las líneas verticales de la gráfica del IMC/edad se presentan los valores del IMC de la niña o el niño y en las líneas horizontales se encuentra la edad en años y meses cumplidos

Marcar la edad en años y meses cumplidos sobre una línea vertical (no entre líneas verticales); luego marcar el IMC sobre una línea horizontal. La curva contiene 6 zonas separadas por líneas curvas que señalan la clasificación del estado nutricional en: obesidad, sobrepeso, normal, desnutrición leve, moderada y severa. El punto de unión de ambas líneas determina en qué área se encuentra la niña o el niño. Cuando hay puntos marcados de dos o más evaluaciones, unir los puntos con una línea y observar la tendencia del crecimiento

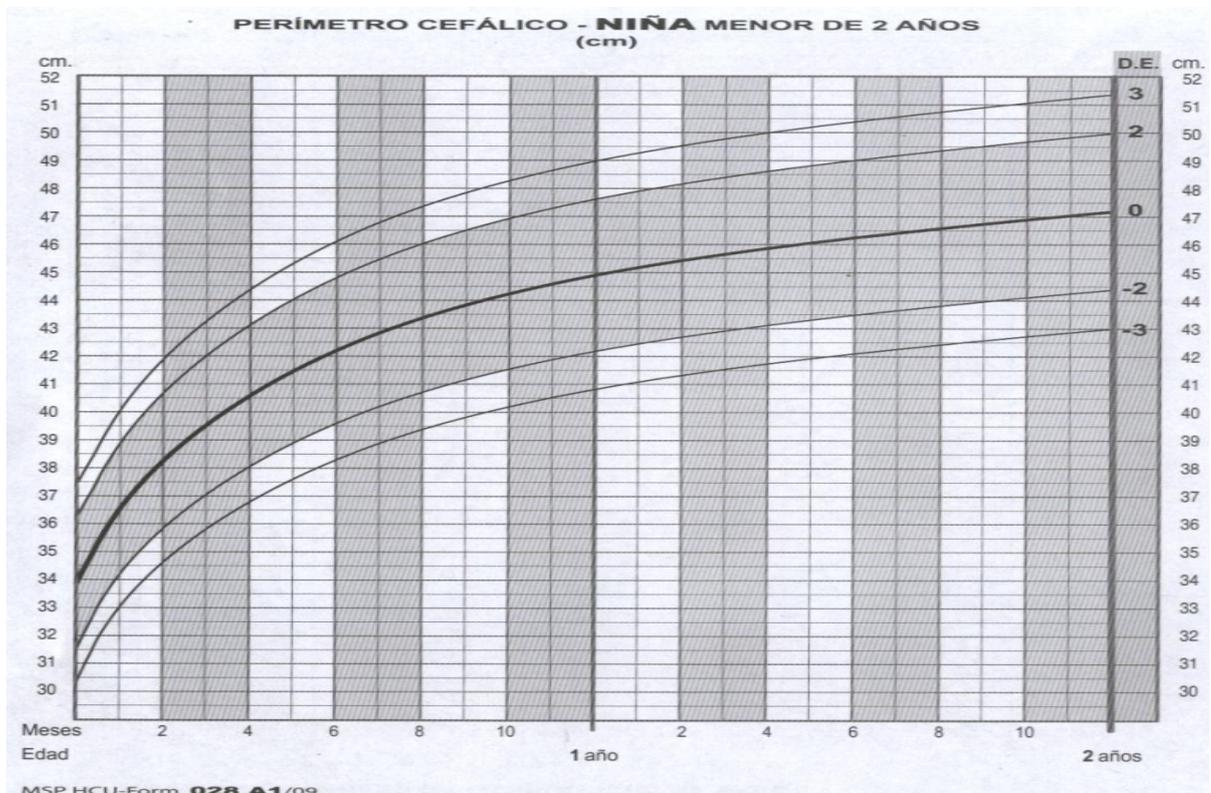
## PERÍMETRO CEFÁLICO

La medición del perímetro cefálico (PC) es un dato clínico fundamental en la exploración pediátrica, ya que puede constituir la base del diagnóstico de un gran número de enfermedades neurológicas

**Instrumento:** Cinta métrica inextensible de aproximadamente 0,5cm de ancho.

**Técnica:** Manteniendo la cabeza fija, se medirá la circunferencia máxima, colocando la cinta con firmeza alrededor del hueso frontal en su punto más prominente (protuberancias), rodeando con la cinta la cabeza al mismo nivel por cada lado, por encima de las cejas y de las orejas y aplicándola sobre la prominencia occipital externa en el dorso.

**Figura 11: Tabla de gráfico del Perímetro Cefálico**



**Fuente:** Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

La lectura debe hacer en la región parietal izquierda, se medirá el perímetro máximo, en lo posible sin el espesor del pelo. Esta medida se realizara

hasta los 2 años de edad y se registrara en centímetro y decimales en el formulario correspondiente.

### 2.5.2.3. ALTERACIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

#### 2.5.2.3.1. Alteraciones por Complicaciones Prenatales

##### Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU)

Arango Gómez, Fernando en su artículo **Restricción del crecimiento Intrauterino (2010)**, lo define como el crecimiento fetal por debajo de su potencial para una edad gestacional dada.

**Tabla 10: Factores de riesgo del RCIU**

<b>Maternos</b>	<b>Placentarios</b>	<b>Fetales</b>
<p><b>Sociodemográficos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad &lt; 16-&gt; 35 años</li> <li>• Bajo nivel socioeconómico</li> <li>• Bajo nivel educativo</li> </ul> <p><b>Ambientales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Altitud sobre el nivel del mar</li> <li>• Estrés emocional</li> <li>• Estrés físico</li> </ul>	<p>Invasión trofoblástica anormal</p> <p>Infartos placentarios múltiples</p> <p>Anomalías vasculares umbilicoplacentarias</p> <p>Inserción anormal del cordón (inserción velamentosa)</p> <p>Placenta previa</p>	<p><b>Anomalías cromosómicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trisomía 13, 18, 21</li> <li>• Monosomía (45X0)</li> <li>• Delecciones</li> <li>• Disomía uniparental</li> <li>• Mosaicismo placentario</li> </ul> <p><b>Malformaciones congénitas:</b></p>

<p><b>Genéticos/constitucionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etnia</li> </ul> <p><b>Nutricionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IMC bajo pregestacional</li> <li>• Pobre ganancia de peso durante la gestación</li> <li>• Enfermedad inflamatoria intestinal</li> <li>• Bypass ileoyeyunal</li> </ul> <p><b>Hematológicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia</li> </ul> <p>Hipóxicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad pulmonar severa</li> <li>• Cardiopatía cianósante</li> <li>• Anemia de células falciformes</li> </ul> <p><b>Vasculares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA crónica</li> <li>• Pre eclampsia</li> <li>• Enfermedades del colágeno</li> <li>• Diabetes mellitus tipo 1</li> </ul> <p><b>Renales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glomerulonefritis</li> </ul>	<p>Placenta circunvalata</p> <p>Corioangioma</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de páncreas fetal</li> <li>• Anencefalia</li> <li>• Hernia diafragmática</li> <li>• Onfalocele</li> <li>• Gastrosquisis</li> <li>• Agenesia/displasia renal</li> <li>• Malformaciones múltiples</li> </ul> <p>Gestaciones múltiples:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemelos monocoriónicos</li> <li>• Transfusión feto-fetal</li> <li>• Gemelos discordantes</li> <li>• Triples</li> </ul> <p><b>Infecciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rubeola</li> <li>• Citomegalovirus</li> <li>• Sífilis</li> <li>• Toxoplasma</li> </ul>
--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nefritis lúpica</li> <li>• Nefrosclerosisarteriolar</li> <li>• Trasplante renal</li> </ul> <p>Anticuerpos antifosfolípidos</p> <p><b>Abuso de sustancias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cigarrillo</li> <li>• Alcohol</li> <li>• Sustancias psicoactivas (cocaína, heroína)</li> </ul> <p><b>Medicamentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antimetabolitos</li> <li>• Anticonvulsivantes</li> <li>• Anticoagulantes</li> </ul> <p><b>Historia obstétrica previa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abortos recurrentes</li> <li>• Mortinatos previos</li> <li>• Nacimiento previo de fetos con RCIU</li> <li>• Prematuros previos</li> </ul>		
--	--	--

**Fuente:** Gómez, Fernando “Restricción del crecimiento Intrauterino” (2010)

### 2.5.2.3.2. Alteraciones por Complicaciones Postnatales

Estas están vinculadas principalmente al aspecto nutricional, y afectadas por factores inherentes a la infancia como las enfermedades prevalentes en la infancia, el maltrato y otras patologías. Dependiendo a los indicadores encontramos (Hinojosa MA. (2012).

**Tabla 11: Categorías nutricionales de acuerdo a los indicadores P/E, T/E, P/T**

Puntuación Z (DE)				
Niveles críticos	Evaluación Nutricional			
	Talla/Edad	Peso/Edad	Peso/Talla	IMC
Arriba de 3	Bien alto**	-	Obeso	Obeso
Arriba de 2	**	Normal	Sobre peso	Sobre peso
Arriba de 1	Normal		Posible riesgo de sobrepeso	Posible riesgo de sobrepeso
0 mediana			Normal	Normal
Bajo de -1	Retardo leve		Desnutrición leve	
Bajo de -2	Retardo moderado	Bajo peso/ Desnutrición moderada	Emaciado/ Desnutrición moderado	Emaciado
Bajo de -3	Retardo del crecimiento severo	Bajo peso severo/ Desnutrición severa.	Severamente emaciado/ Desnutrición severo	Severamente emaciado
** no está definido valores excesivos de T/E				

**Fuente:** Patrones de crecimiento del niño(a) de la OMS. Modulo C. Interpretando los indicadores (2007)

**PESO para EDAD (P/E):** este índice refleja la masa corporal relativa a la edad cronológica o, desnutrición global.

### **Bajo P/E**

Internacionalmente, se usa el término inglés “Lightness” que se traduce como “Liviano” ha sido propuesto para referirse al bajo P/E, mientras que “Underweight” o “Bajo peso patológico” ha sido usado para referirse al producido por un proceso patológico.

### **Alto P/E**

El índice P/E, es poco usado para propósitos de salud pública, ya que son pocos los niños que presentan alto P/E , para fines prácticos el alto P/E refleja alto P/T o sobrepeso; que es más útil en la evaluación de sobrepeso como riesgo de obesidad.

**PESO para TALLA (P/T):** este índice refleja el estado nutricional actual o desnutrición aguda.

### **Bajo P/T (Delgadez y Desgaste)**

La descripción apropiada de bajo P/T es delgadez. Este término no necesariamente refleja un proceso patológico, ya que puede asociarse al biotipo heredado. Sin embargo, el término “Desgaste” es ampliamente usado para describir un proceso severo y reciente que ha llevado a una pérdida significativa de peso, usualmente como consecuencia de privación alimentaria reciente y/o enfermedad severa.

### **Alto P/T (Sobrepeso y Obesidad)**

Una mayor masa muscular también puede contribuir a un alto P/T. A nivel individual, los términos “Obeso” y “Gordo”, no se deberían usar para describir a un niño con alto P/T. Sin embargo a nivel de población, un alto P/T puede considerarse como indicador adecuado de obesidad, porque la mayoría de individuos con alto P/T son obesos.

### **TALLA para EDAD (T/E)**

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.

#### **Baja T/E (implica un retardo en el crecimiento)**

Hay evidencias que indican que en el estancamiento en la talla en etapas temprana de la vida extrauterina, se acompañan por una detención concomitante de la circunferencia craneal, lo cual conlleva un retardo general en el crecimiento físico y especialmente cerebral

#### **Alta T/E**

Este indicador es de poco significado en salud pública, dado que no se encuentran comúnmente valores excesivos de T/E.

## **2.6. Hipótesis**

Ser madre adolescente incide en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Subcentro de Salud de Cotaló Área N° 5 Cantón

Pelileo Provincia de Tungurahua en el periodo 23 de Junio –23 de Noviembre del año 2012.

## **2.7. Señalamiento de Variables**

### **Variable independiente:**

Madre adolescente

### **Variable Dependiente**

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

### **Término de Relación**

Y su relación

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Enfoque**

Por la naturaleza de esta investigación se encuentra enmarcada dentro del paradigma crítico propositivo, y más aún por ser una investigación enfocada en la comprensión de un fenómeno social, este será predominantemente cualitativo; sin embargo no se dejará de lado lo cuantitativo, que expresado estadísticamente, servirá de apoyo para comprender claramente nuestro objeto de estudio, es decir que permitirá expresar cuantitativamente los aspectos cualitativos de la problemática investigada, en procura de comprender el fenómeno en su totalidad, analizando todo el fenómeno en su contexto, logrando una visión más amplia en los aspectos inherentes al mismo. Se busca comprender los problemas, planteando una explicación para su existencia, lo cual debe ser comprobado, buscando soluciones acertadas, en una acción conjunta participativa interactuando con la madre adolescente y su hijo dentro del contexto en el que se desenvuelven.

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

La investigación que se realiza se basa estrictamente en la revisión de documentos o información acerca de las variables que serán investigadas con la finalidad de ampliar conceptos y criterios relacionados con la investigación, por lo que inminentemente se le considera una **investigación documental o bibliográfica**.

Además debido a que se acude al Subcentro de Salud de Cotaló, en donde se observa el proceso de atención de las madres adolescentes y sus niños menores de 2 años 6 meses aquí atendidos, por lo que se debe realizar todas las actividades

programadas dentro de las instalaciones de las mencionada instituciones, por ello se considera a la presente investigación, una **investigación de campo**. Debido a que es un estudio enfocado en brindar explicación y propuesta de solución a un fenómeno social considerado negativo se le cataloga también dentro de una modalidad especial como lo es la **investigación social**.

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

**Exploratorio:** El presente estudio se realiza por medio de la revisión de documentación y de la observación de nuevos casos de adolescentes con niños menores de 2 años 6 meses que presenten alteraciones en su desarrollo y crecimiento. Además se busca entender el problema planteado, el que no ha sido investigado en el área geográfica donde se realizará la investigación, a través de la formulación de una explicación lógicamente determinada.

**Descriptivo:** El conocimiento de que no todas las madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotalóhan realizado o realizan los controles médicos de sus niños menores de 2 años 6 meses adecuadamente, permite determinar sison precisamente esos niños los que tienen una tendencia a alteraciones en su desarrollo y crecimiento. Para lo cual se debe establecer las características del área de estudio, para entender y describir la interacción entre las madres adolescentes y sus hijos, y poder establecer una comparación con otros contextos.

**Asociación de Variables:** Si en el primer nivel ya se ha logrado determinar número de madres adolescentes de nuestra población de estudio ahora se busca saber la manera como esto interfiere en el proceso de crecimiento y desarrollo de los hijos de estas. Midiendo además el grado de influencia que el hecho de ser una madre adolescente tiene en estos procesos enunciados. De Igual modo de acuerdo a los resultados obtenidos se puede hacer énfasis en enfocar la atención de enfermería en el ámbito educativo para fomentar en primer lugar la

prevención del embarazo precoz, además claro de fomentar la realización de controles del crecimiento y desarrollo del niño, adecuados.

### **3.4. Población y Muestra**

#### **3.4.1. Población:**

El universo del área investigada está constituida por la Médicode área Md. Ximena Sailema que dentro del Subcentro desempeña las funciones de Director. Un médico Rural Md. Fabián Quinto, una Odontóloga Dra. Patricia Núñez. Una Enfermera Líder del Centro, que es la Lic. Jéssica Quinteros, una Enfermera Rural Lic. Cristina Yandún, un Auxiliar de Enfermería Srta. Magaly Chango. Dentro de la población que atiende el Subcentro sólo se encontró un total de 4260 personas que corresponden a las 4260 Historias Clínicas, de las cuales actualmente sólo 15 pertenecen a madres adolescentes.

**Los criterios de inclusión fueron:** edad de la madre adolescente (de 10 a 19 años) cuyos hijos estén en edades que oscilen entre los 0 años y los 2 años 6 meses de edad, portadores de historias clínica en la institución, y el consentimiento verbal propio o por parte de los padres o adultos acompañantes del niño y/o de la adolescente para participar en este estudio. Que la madre haya dado a luz dentro del período enero 2010 a Setiembre del 2012

**El criterio de exclusión:** Aquellas madres adolescentes que hayan dado a luz a partir de Octubre del 2012, mujeres embarazadas no adolescentes e hijos de mujeres embarazadas de 20 años.

### **3.4.2. Muestra:**

El tipo de muestreo utilizado es el no probabilístico, debido a los pocos casos existentes, y dentro de este tipo de muestreo se ha elegido el muestreo intencional de modo que el criterio para la selección de la muestra de la investigación la población la constituyen todas las madres adolescentes cuyos hijos sean nacidos entre Enero del 2010 a Setiembre del 2012, identificados gracias a los datos estadísticos obtenidos en el Subcentro de Salud de Cotaló del área de Salud N°5 del MSP, Cantón Pelileo Provincia de Tungurahua.

### 3.5 Operacionalización de Variables

#### 3.5.1. Variable Independiente: Madre Adolescente

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<p><b>Madre adolescente</b></p> <p>Es quien ha tenido un embarazo y afronta la maternidad durante la adolescencia, entre los 10 a 19 años de edad.</p>	Embarazo adolescente	<p>Aspectos físicos y psicológicos, contexto socio cultural</p> <p>Edad:</p> <p>10 a 13 años</p> <p>14 a 16 años</p> <p>17 a 19 años</p> <p>Desarrollo del</p>	<p>¿Qué aspectos se vieron afectados con el embarazo en su adolescencia?</p> <p>¿A qué edad de la adolescencia se produjo el embarazo?</p>	Encuesta	Cuestionarios

	Maternidad	Embarazo  Relación madre – hijo	¿El desarrollo del embarazo fue controlado y adecuado?  ¿Qué conocimientos tiene sobre el cuidado del niño?  ¿Cómo los aplica?	Encuesta  Observación	Cuestionarios  Registro Específico
--	------------	---------------------------------------	--	-----------------------------	--

### 3.5.2. Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del Niño de 0 A 2 Años 6 Meses de Edad

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICACIONES	ITEMS	TÉCNICA	INSTRUMENTO
<p><b>Crecimiento y Desarrollo</b></p> <p>Procesos dinámicos de la evolución del ser humano que se inician desde la concepción hasta que el individuo alcanza la edad adulta.</p>	Crecimiento	Medidas Antropométricas	¿Qué tipo de control de la salud se realiza en el niño?	Observación	Registro específico
		Immunizaciones	¿Los patrones de crecimiento de su niño son los adecuados para su edad?	Encuesta	Cuestionario
			¿Se ha cumplido completa y oportunamente con el esquema de vacunación de los niños?	Encuesta	Cuestionario

		Nutrición	¿Cómo ha sido la nutrición del niño desde su nacimiento hasta la actualidad?		(test de Denver)
	Desarrollo	Motricidad gruesa	¿El niño desde su nacimiento ha presentado alguna anomalía en su desarrollo?		
		Motricidad fina			
		Lenguaje			
		Desarrollo cognoscitivo	¿El desarrollo motor, del lenguaje, cognoscitivo y social del niño está de acuerdo a su edad?		
		Desarrollo social			

### **3.6. Técnicas e Instrumentos**

La observación permite identificar el estado de salud general del infante, al igual que las condiciones ambientales que rodean al niño y a la madre. Como instrumentos se utilizan registros específicos como son la historia clínica y el carné de salud de los infantes a fin de obtener información sobre medidas antropométricas y evolución de su crecimiento y desarrollo.

La encuesta utiliza como instrumento un cuestionario que permitirá recolectar información sobre el embarazo, factores protectores, factores agravantes, patologías pre y post natales, lactancia, alimentación complementaria, vacunas, entre otros. Para valorar el desarrollo se utilizará el test de Denver.

### **3.7. Plan de Recolección de la Información**

El proceso de recolección de datos tiene las siguientes etapas:

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

Todo este proceso está encaminado a alcanzar los objetivos de investigación en las madres adolescentes y sus hijos de hasta 2 años y 6 meses de edad, enfocándose en la valoración de los aspectos físicos y psicológicos, contexto socio cultural de la adolescente, edad en la que se produjo el embarazo, desarrollo del embarazo y la relación madre – hijo. En el niño se valorará las medidas antropométricas, inmunizaciones, nutrición, motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje, desarrollo cognoscitivo, desarrollo social.

En el periodo de estudio comprende los meses desde el 23 Junio al 23 de Noviembre del año 2012, y se realiza en el Subcentro de Salud de Cotaló del Área N° 5 del MSP, Pelileo – Tungurahua, Ecuador. Para la recolección de información se utilizan técnicas específicas como la Encuesta y la observación, con sus

respectivos instrumentos, es decir cuestionarios, registros específicos y fichas de campo, respectivamente. El proceso investigativo espera realizarse en un ambiente favorable de participación y colaboración del investigador y la comunidad estudiada.

### **3.8. Plan de Procesamiento de la Información**

Una vez aplicadas las encuestas y registrados los datos obtenidos de las historias clínicas se tabularán los datos obtenidos de manera ordenada y concisa, de acuerdo a los ítems planteados en cada instrumento, para lo que se elaborarán cuadros, posteriormente se procederá a realizar los gráficos correspondientes a cada tabla o aspectos que se investigarán, luego de lo cual se realizará el análisis e interpretación de datos, de ese modo lograr inferir las conclusiones que lleven a verificar o a rechazar la hipótesis planteada.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

**4.1. Información obtenida de la revisión de Historias Clínicas y Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el Subcentro de Salud de Cotaló Área de Salud N° 5 Cantón Pelileo Provincia de Tungurahua.**

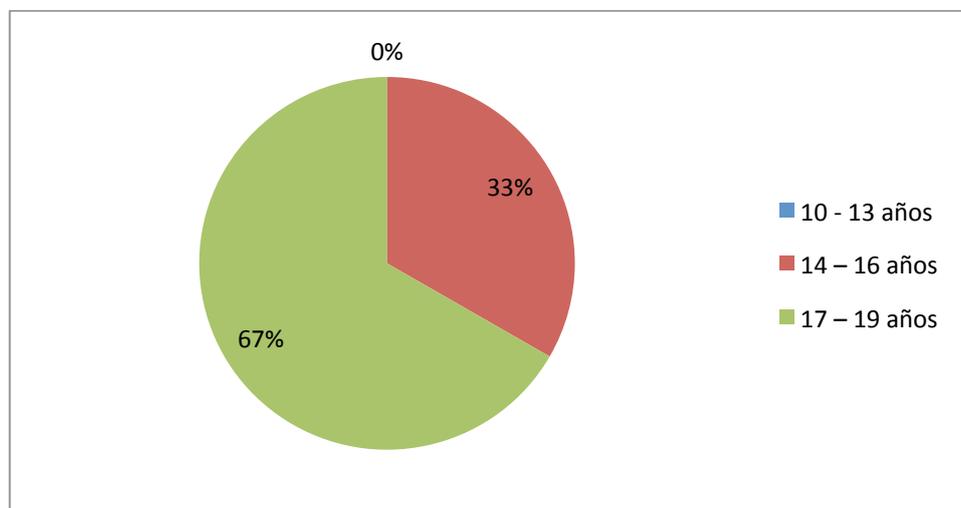
**Tabla 12: Edad de inicio de las relaciones sexuales de las madres adolescentes que acuden del Subcentro de Salud de Cotaló**

<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
10 - 13 años	0	0
14 – 16 años	5	33
17 – 19 años	10	67
TOTAL	15	100

**FUENTE:**Historias Clínicas del Subcentro de Salud de Cotaló

**ELABORADO POR:**Leidy Córdova Jiménez

**Figura 12:** Edad de inicio de las relaciones sexuales de las madres adolescentes que acuden del Subcentro de Salud de Cotaló.



#### **ANÁLISIS:**

En la tabla y figura con relación al inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes, se encontró que de las 15 madres adolescentes, 5 de ellas iniciaron una vida sexualidad entre los 14 y 16 años de edad lo que equivale a un 33% del universo, en cambio 10 de lo hicieron entre los 17 a 19 años de edad lo que equivale al 67%.

#### **INTERPRETACIÓN:**

Desde un enfoque positivo estos resultados grafican la realidad que en lo que cabe es beneficiosa para la población debido a que solo un porcentaje menor de las adolescentes inician una vida sexual a tempranas edades de entre 14 a 16 años, con un 33%, que si bien es significativo, está disminuyendo notablemente en la población de Cotaló, y contrariamente por así decirle la mayoría un 67% ha iniciado una vida sexual entre los 17 a 19 años, que para la realidad que vive el país se le podría considerar como positivo, porque mientras mayor sea la edad de inicio de las relaciones sexuales es menor el riesgo para la madre y el futuro hijo en caso de existir un embarazo en esos rangos de edad.

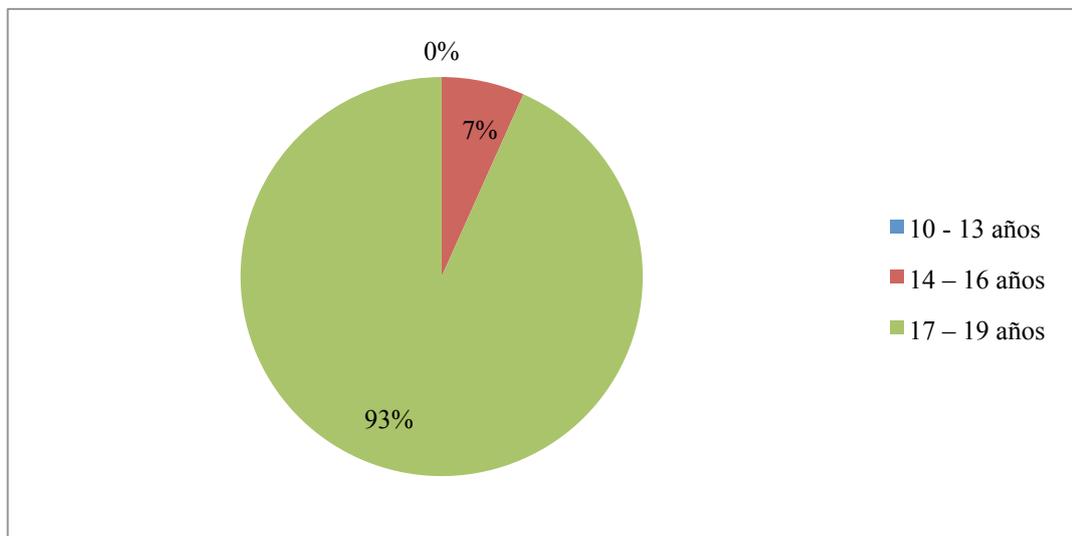
**Tabla 13: Edad de ocurrencia de los embarazos adolescentes en el Subcentro de Salud de Cotaló.**

<b>EDAD DE OCURRENCIA DE EMBARAZO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
10 - 13 años	0	0
14 – 16 años	1	6.7
17 – 19 años	14	93.3
TOTAL	15	100

**FUENTE:**Historias Clínicas del Subcentro de Salud de Cotaló

**ELABORADO POR:**Leidy Córdova Jiménez

**Figura 13:** Edad de ocurrencia de los embarazos adolescentes en el Subcentro de Salud de Cotaló.



## **ANÁLISIS:**

En la tabla y figura con relación a la edad de ocurrencia de los embarazos en las adolescentes, se encontró que de las 15 madres adolescentes, 14 de ellas tuvieron su embarazo entre los 17 y 19 años de edad lo que equivale a un 93% del universo, y sólo 1 de ellas tuvo embarazo entre los 14 a 16 años de edad lo que equivale al 7%.

## **INTERPRETACIÓN:**

De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación se observa que el embarazo en las adolescentes es un problema social que afecta principalmente a adolescentes del tercio de mayor edad, lo que deja entrever que es poca la afectación que este problema tiene en las adolescentes más jóvenes o púberes de entre 10 y 14 años, que son la que en materia de salud son las más afectadas si se presentase en ellas un embarazo.

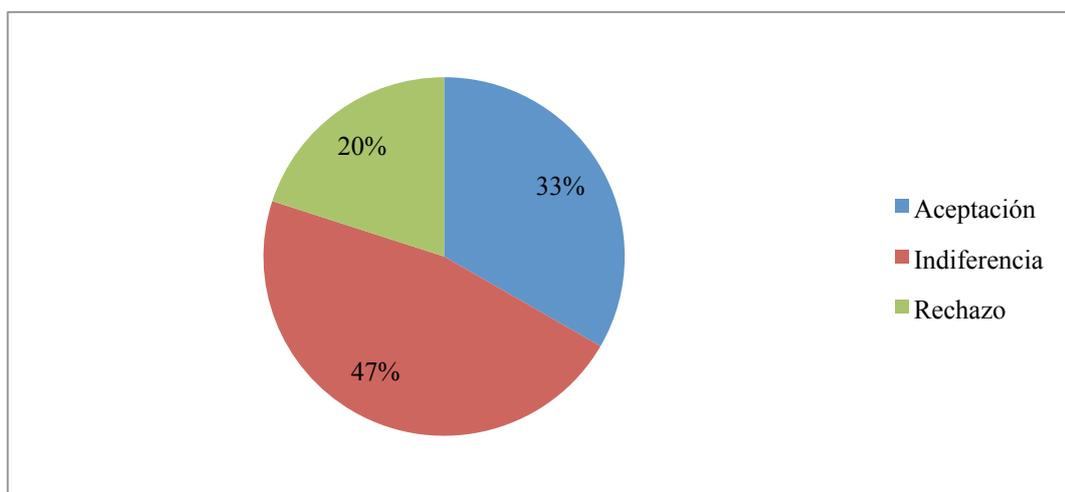
**Tabla 14: Actitud de la gente del entorno frente al embarazo y maternidad de las adolescentes que acuden del Subcentro de Salud de Cotaló,**

<b>ACTITUD FRENTE AL EMBARAZO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Aceptación	5	33,3
Indiferencia	7	46,7
Rechazo	3	20
TOTAL	15	100

**FUENTE:**Historias Clínicas del Subcentro de Salud de Cotaló

**ELABORADO POR:**Leidy Córdova Jiménez

**Figura 14:** Actitud de la gente del entorno frente al embarazo y maternidad de las adolescentes que acuden del Subcentro de Salud de Cotaló.



#### **ANÁLISIS:**

En la tabla y figura referidas a la actitud de la gente del entorno de la adolescente indica que un 47% (7 adolescentes) de los embarazos fueron tomados con una actitud de indiferencia por la gente del entorno, para el 33% (5 adolescentes) el embarazo y maternidad fueron aceptados por la gente del entorno, y sólo un 20 % (3 adolescentes) tuvieron que enfrentar actitudes de rechazo frente a su embarazo y maternidad.

#### **INTERPRETACIÓN:**

De los resultados de la encuesta aplicada se resume que este problema social del embarazo adolescente es tomado con indiferencia dentro de la sociedad Cotalense, debido quizás a que un embarazo entre los 17 a 19 años es tomado como normal, debido a que muchas de las mujeres de la zona han tenido su primer embarazo dentro de estas edades, pero sobre todo no se le ha brindado un sentido de alarma debido a que la mayoría de las jóvenes son casadas. El otro grupo de adolescentes que ha tenido la suerte de que su embarazo sea aceptado socialmente ha sido primordialmente debido a que este se ha producido dentro del seno de un hogar formado, y la otra cara de la moneda, las jóvenes que han sufrido el rechazo de la gente de su entorno es básicamente debido a que han sido embarazos no

deseados y las jóvenes no han tenido el apoyo de una pareja formal, y también debido a que se ha producido a una edad temprana.

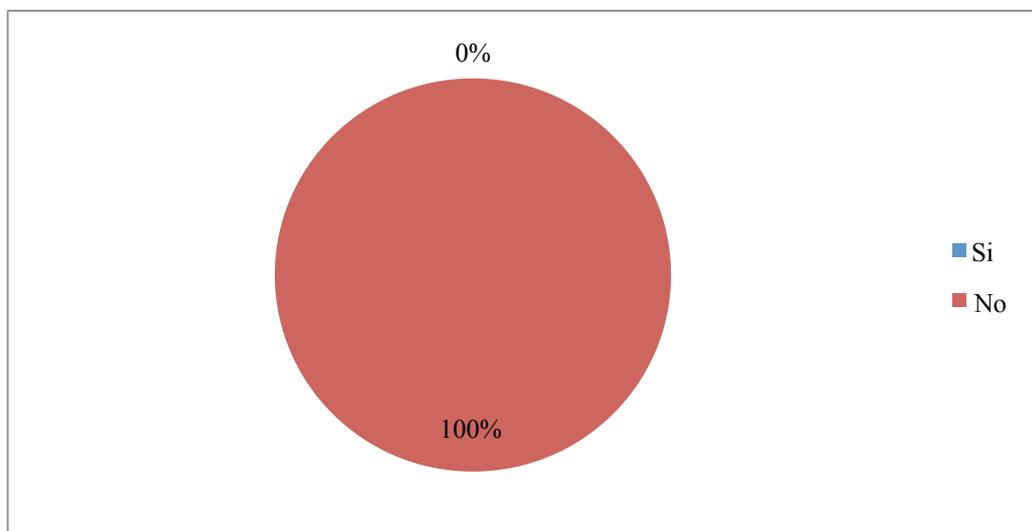
**Tabla 15: Atención diferenciada a adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló**

<b>ATENCIÓN DIFERENCIADA A ADOLESCENTES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Si	0	0
No	15	100
TOTAL	15	100

**FUENTE:** Encuestas al personal de salud del Subcentro de Salud de Cotaló

**ELABORADO POR:** Leidy Córdova Jiménez

**Figura 15: Atención diferenciada a adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló**



## **ANÁLISIS:**

En la tabla y figura N°15 sobre la atención en salud brindada a las adolescentes se indica rotundamente con un 100%, que no existe una atención de salud diferenciada solo para adolescentes.

## **INTERPRETACIÓN:**

De los resultados obtenidos se deduce que si bien no existe una atención diferenciada a la salud de los adolescentes en Cotaló, se les integra al sistema de atención generalizado, sin embargo dentro del subcentro si se brinda atención en planificación principalmente enfocada en este grupo etario. En lo concerniente a la atención del embarazo en las adolescentes de igual modo se les incluye en la atención general, es decir con embarazadas de todas las edades, dentro de lo cual también se les incluye en los programas globales de salud como son el de desnutrición 0 y en donde están incluidos todos los niños hijos del universo de estudio.

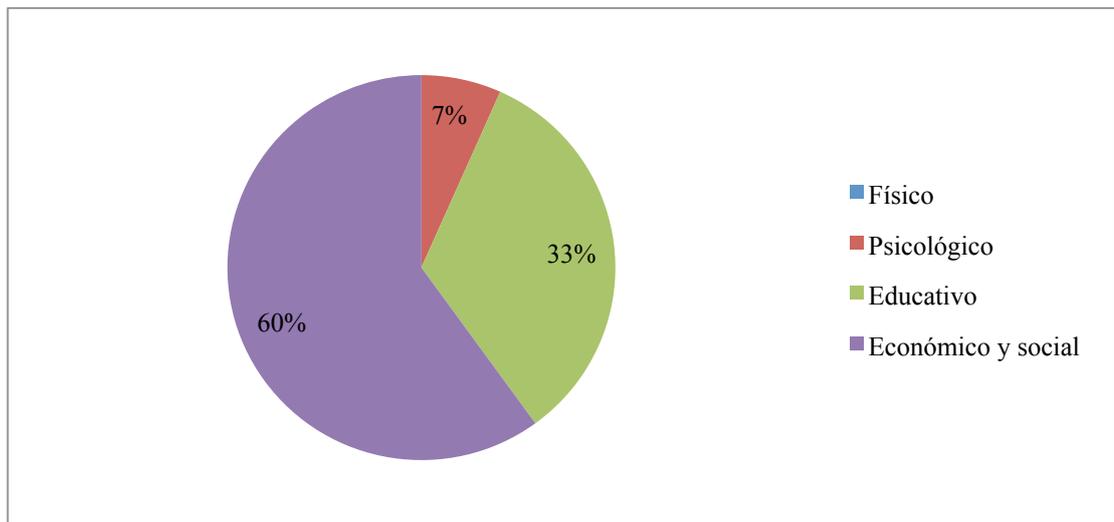
**Tabla 16: Aspectos vitales afectados por la maternidad en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**

<b>ASPECTOS AFECTADOS POR LA MATERNIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Físico	0	0
Psicológico	1	7
Educativo	5	33
Económico y social	9	60
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuestas a madres adolescentes/ personal del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:**Leidy Córdova Jiménez

**Figura 16:** Aspectos vitales afectados por la maternidad en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.



#### **ANÁLISIS:**

En la tabla y figura N°16 referidas a los aspectos de la vida de la adolescente que se vieron afectados por su maternidad se encuentra que un 60% (9 adolescentes) la mayoría del universo se ha visto afectado en los aspectos económico y social, seguido por 33% (5 adolescentes) han sido afectadas en su desarrollo educativo, por último un 7% (1 adolescente) se ha visto mayormente afectada en su aspecto psicológico

#### **INTERPRETACIÓN:**

Se deduce que ninguna de las adolescentes se ha visto afectada en su aspecto físico, lo que otorga una panorámica de la realidad de las adolescentes de Cotaló quienes principalmente se ven afectadas por la pobreza y la falta de formación educativa que son a la larga los factores que desencadenan que se produzca el embarazo en la adolescencia, y luego cuando las jóvenes se han convertido en madres su situación sólo se vea agravada por los gastos que genera

el hacerse cargo de un hijo, el aspecto psicológico es el menos afectado quizás porque este afecta principalmente a las jóvenes de menor edad, que en este caso es sólo de 1.

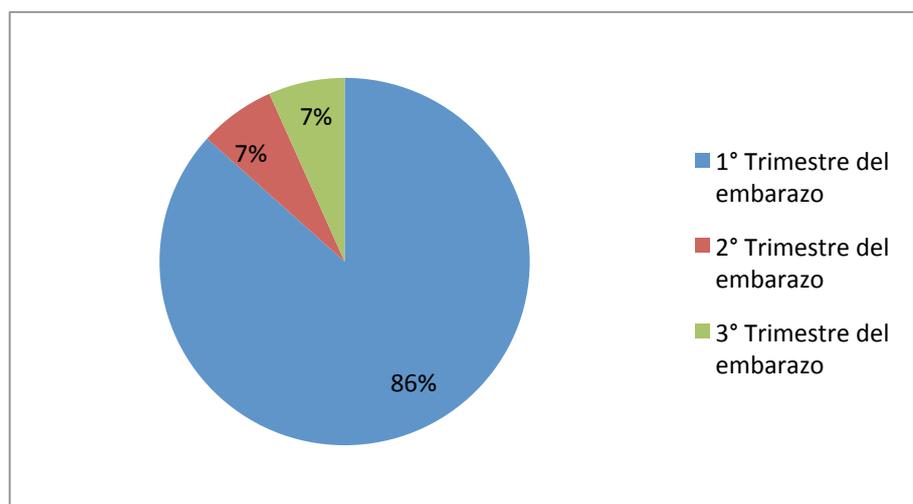
**Tabla 17: Periodo de Inicio de los Controles Prenatales en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**

<b>INICIO DE LOS CONTROLES PRENATALES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
1° Trimestre del embarazo	13	86
2° Trimestre del embarazo	1	7
3° Trimestre del embarazo	1	7
TOTAL	15	100

**FUENTE:** Encuestas a madres adolescentes/ personal del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:**Leidy Córdova Jiménez

**Figura 17:** Periodo de Inicio de los Controles Prenatales en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.



#### **ANÁLISIS:**

En la tabla y figura referidas al periodo de inicio de los controles prenatales que se realizaron las madres adolescentes se observa que la mayoría correspondiente al 86% empezó a realizarse los controles en el primer trimestre del embarazo, y con 7% están las madres que se empezaron a realizarse los controles durante el segundo y tercer trimestre, ambas con un mismo porcentaje.

#### **INTERPRETACIÓN:**

De estos datos obtenidos se concluye que la mayoría de las madres adolescentes un 86% correspondiente a 13 de las madres que se atienden en el Subcentro de Cotaló quienes iniciaron oportunamente el control de su embarazo, esto es durante el primer trimestre del embarazo, lo que facilita también el hecho de que puedan realizar aún más controles durante el desarrollo del mismo, dejando en cambio solo un 7% (1 madre) que empezó el control de su embarazo durante el segundo semestre del embarazo, del mismo modo y con el mismo porcentaje la madre que lo inició ya en el 3º trimestre de su embarazo.

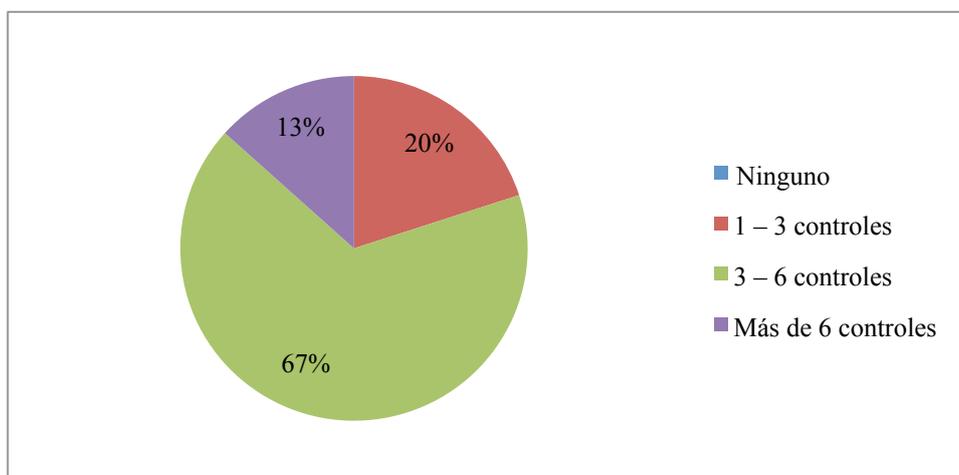
**Tabla 18: Número de Controles prenatales realizados por las madres adolescentes atendidas en el Subcentro de Cotaló.**

<b>NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Ninguno	0	0
1 – 3 controles	3	7
3 – 6 controles	10	33
Más de 6 controles	2	60
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuestas a madres adolescentes/ personal del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:** Leidy Córdova Jiménez

**Figura 18: Número de Controles prenatales realizados por las madres adolescentes atendidas en el Subcentro de Cotaló.**



## ANÁLISIS

En la tabla y figura N°18 enfocadas en los controles prenatales realizados por las madres adolescentes se aprecia que en su mayoría un 67% (10 adolescentes) se realizaron entre 3 y 6 controles, otro 20% (3 adolescentes) se realizaron entre 1 y 3 controles, y un 0% de las madres no se ha hecho controlar el embarazo.

## INTERPRETACIÓN

La mayoría de las madres se ha realizado el número de controles recomendados lo que denota el interés de las madres por la salud del nuevo ser que traerán al mundo y la suya propia, este también se ha visto afectado por el hecho de presentar alguna enfermedad durante el embarazo donde se destaca la presencia de IVU; otro factor que ha interferido es el requerimiento de estos controles para aprobar y ser beneficiarios del bono del programa desnutrición cero. Otro grupo de madres considera que no han sido necesarios los controles, más que los necesarios para poder programar y llevar a buen término el embarazo. Un aspecto positivo a resaltarse es el hecho de que ninguna de las madres adolescentes ha dejado de realizarse los controles, correspondiendo a Sin embargo se puede observar que no se cumple con los requerimientos y recomendaciones que hace el MSP acerca de que lo óptimo es que las madres realicen mínimo 5 controles de salud a sus niños, previniendo así que se presenten complicaciones en la salud de los niños.

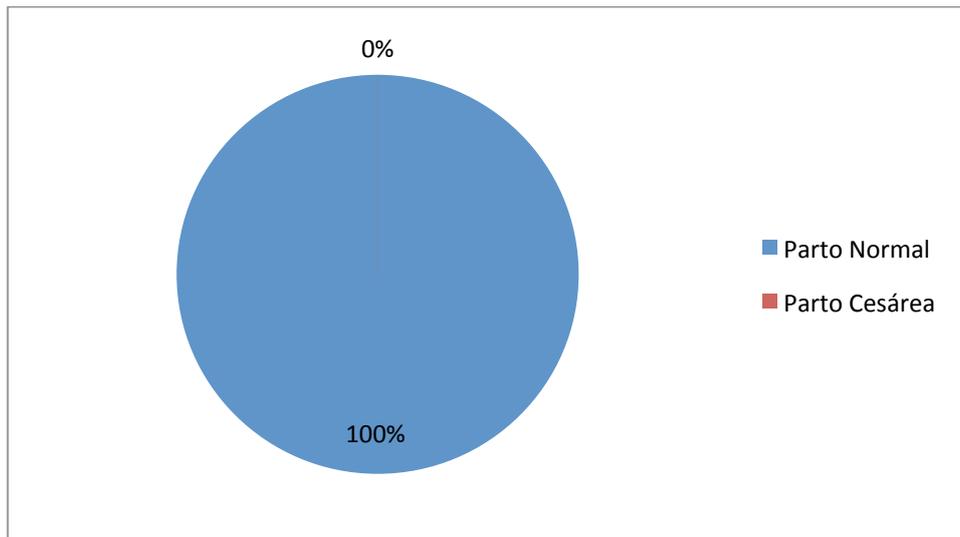
**Tabla 19: Tipo de parto de las madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**

<b>TIPO DE PARTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b> %
Parto Normal	15	100
Parto Cesárea	0	0
<b>TOTAL</b>	15	100

**FUENTE:** Encuestas a madres adolescentes/ personal del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:** Leidy Córdova Jiménez

**Figura 19:** Tipo de parto de las madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.



#### **ANÁLISIS:**

La tabla y figura acerca del tipo de parto que se presentó en las madres adolescentes de Cotaló arroja como resultado que un 100% de las madres llevo a término su embarazo con parto normal, ninguna de ellas tuvo que someterse a un parto cesárea.

#### **INTERPRETACIÓN:**

Tomando en cuenta también los resultados de los gráficos y tablas anteriores relacionados a los controles prenatales se podría deducir la relación con este gráfico y tabla debido a que precisamente por llevar controles prenatales oportunos y adecuados las madres no han tenido que terminar su embarazo con un parto por cesárea, ninguna de ellas, lo que ha favorecido también que todas ellas hayan tenido un parto normal, lo que a su vez también es indicativo porque no decirlo de que no se presentó ninguna complicación durante el proceso del embarazo.

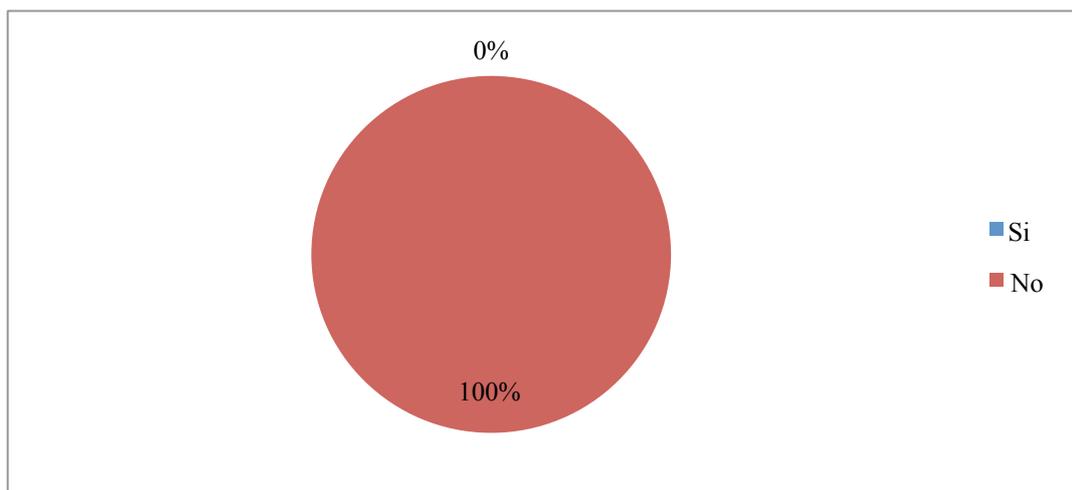
**Tabla 20: Presentación de complicaciones durante el embarazo y/o parto en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**

<b>COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Si	0	0
No	15	100
TOTAL	15	100

**FUENTE:** Encuestas a madres adolescentes/ personal del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:**Leidy Córdova Jiménez

**Figura 20:** Presentación de complicaciones durante el embarazo y/o parto en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.



**ANÁLISIS:**

La tabla y figura N°20 correspondientes a la presentación de complicaciones durante el embarazo y/o parto prevalecen totalmente las madres

adolescentes que no han presentado ninguna complicación durante el desarrollo de su embarazo, con un 100%.

**INTERPRETACIÓN:**

Si bien es cierto ninguna de las madres del universo investigado ha presentado complicaciones durante el embarazo cabe recalcar que dentro de los controles que se realizaron las madres algunas fueron diagnosticadas con patologías cuya predominancia corresponde a las infecciones de vías urinarias (IVU), pero sin embargo no tuvieron mayor relevancia en el desarrollo del embarazo de modo que este puede desarrollarse y culminar adecuadamente sin causar algún efecto en el feto por nacer.

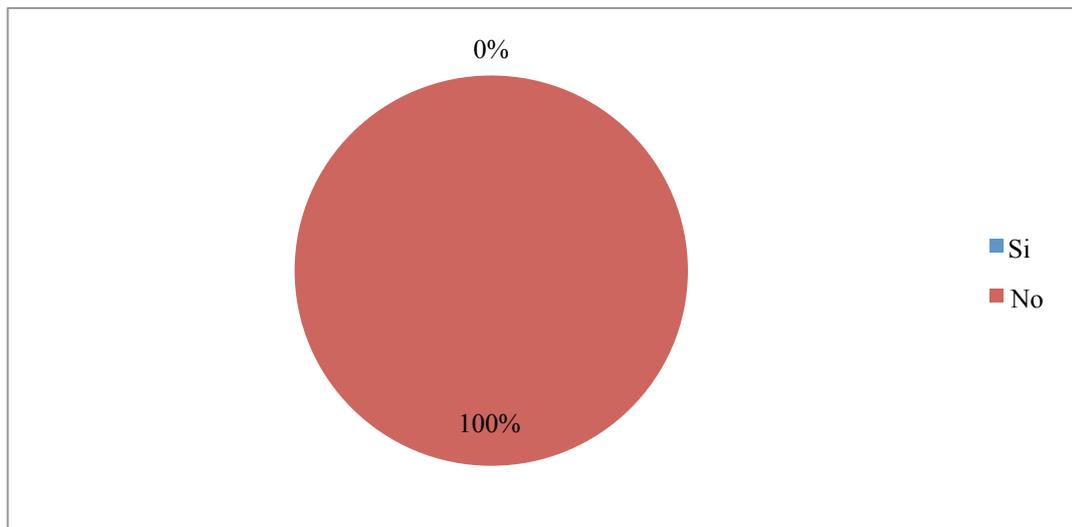
**Tabla 21: Presentación de complicaciones o enfermedades en el nacimiento de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**

<b>COMPLICACIONES EN EL NACIMIENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Si	0	0
No	15	100
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuestas a madres adolescentes/ personal del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:**Leidy Córdova Jiménez

**Figura 21:** Presentación de complicaciones o enfermedades en el nacimiento de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.



#### **ANÁLISIS:**

La tabla y figura N° 21 claramente muestran que la totalidad de madres es decir el 100% de los hijos de madres adolescentes no ha presentado ninguna complicación o enfermedad al momento de su nacimiento.

#### **INTERPRETACIÓN:**

Desde una perspectiva positiva se aprecia que todos los niños hijos de las madres del universo investigado no ha presentado ningún tipo de complicación o patología al momento de su nacimiento, entre las que se destacan principalmente la prematurez y las malformaciones congénitas, lo que se debe en gran parte a que las madres se realizan oportunamente los controles prenatales, de modo de que así se ha logrado prevenir las posibles complicaciones en los niños al momento de sus nacimiento.

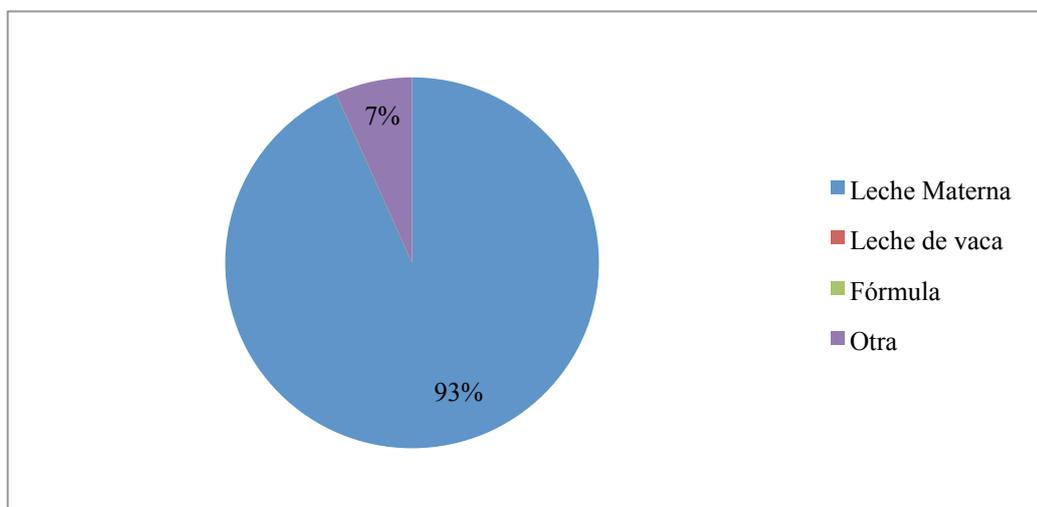
**Tabla 22: Tipo de Lactancia durante el 1º año de vida de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje %
Leche Materna	14	93
Leche de vaca	0	0
Fórmula	0	0
Otra	1	7
TOTAL	15	100

**FUENTE:** Encuestas a madres adolescentes/ personal del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:** Leidy Córdova Jiménez

**Figura 22: Tipo de Lactancia durante el 1º año de vida de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**



## **ANÁLISIS:**

En la tabla y figura N° 21 se muestra que predominantemente todas las madres han brindado y brindan una alimentación a sus hijos basada en la leche materna constituyendo un 93% las madres que brindan una variación a la lactancia materna exclusiva.

## **INTERPRETACIÓN:**

Lo que se resalta de estos porcentajes es que la lactancia materna tiene predominancia en la alimentación del niño hijo de madre adolescentes durante su primer año de vida, lo que se debe a criterio de las encuestadas a la cultura con respecto a ese aspecto que ha sido transmitida de madres a hijas, mas no por la importancia que esta tiene sino porque ha sido transmitida como costumbre, dejando solo un mínimo porcentaje, 7% que no ha podido mantener la alimentación del niño con la leche materna exclusiva; y ha tenido que recurrir a la lactancia la mixta debido a que por trabajo no puede brindar lactancia materna exclusiva y se ha visto forzada a usar la fórmula.

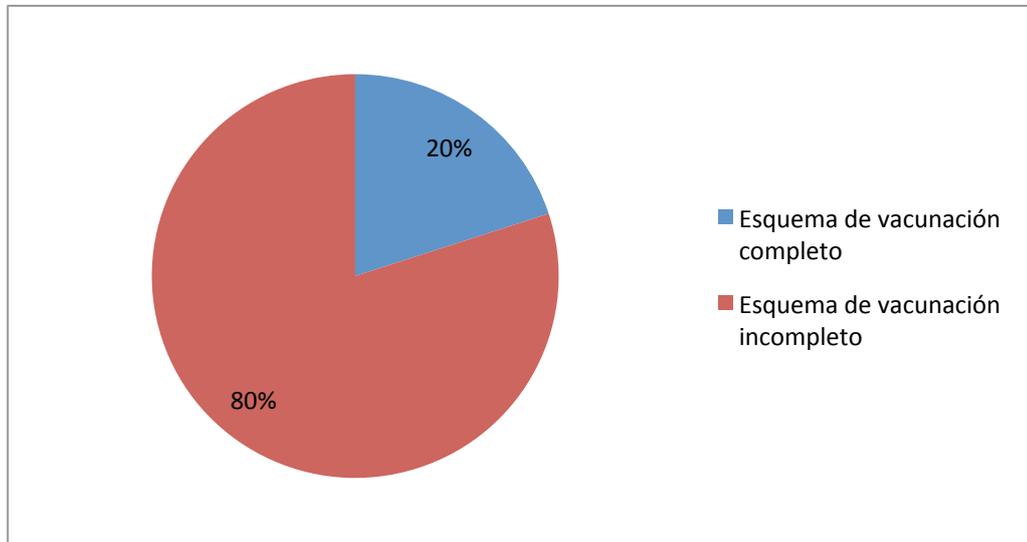
**Tabla 23: Cumplimiento del esquema de vacunación de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**

<b>ESQUEMA DE VACUNAS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
Esquema de vacunación completo	3	20
Esquema de vacunación incompleto	12	80
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuestas a madres adolescentes/ personal del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:**Leidy Córdova Jiménez

**Figura 23:** Cumplimiento del esquema de vacunación de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.



#### **ANÁLISIS:**

La tabla y figura N°22 con referencia al cumplimiento del esquema de vacunación muestra que un 80% ha cumplido en un su totalidad el esquema de vacunas de sus hijos, en cambio un 20% no ha cumplido con el esquema de vacunación.

#### **INTERPRETACIÓN:**

Se resalta que a pesar de existir un 20 por ciento correspondiente a 3 madres que no han cumplido a cabalidad el esquema de vacunas de sus hijos, ninguna de las madres lo ha abandonado en su totalidad, lo que se atribuye al hecho de que las madres tratan en la medida de lo posible tener un control de salud de sus hijos, y dentro de los cuales se toma en cuenta que los niños hayan

cumplido el esquema de vacunas, y las que han tenido que incumplir se ha debido muchas veces a patologías presentadas por los niños, como resfriados, diarreas, etc.

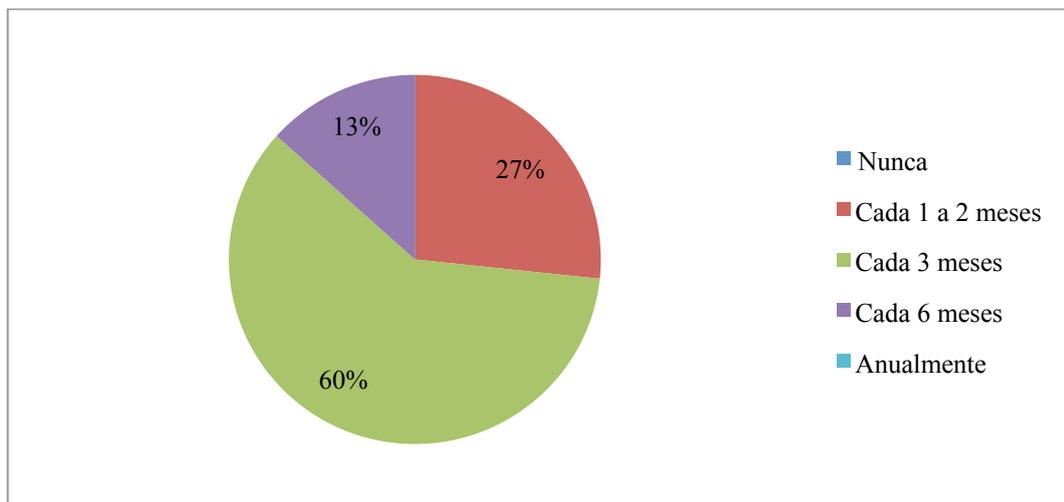
**Tabla 24: Frecuencia de los controles de Niño Sano de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**

<b>CONTROLES DE NIÑO SANO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Nunca	0	0
Cada 1 a 2 meses	4	27
Cada 3 meses	9	60
Cada 6 meses	2	13
Anualmente	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuestas a madres adolescentes/ personal del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:**Leidy Córdova Jiménez

**Figura 24:** Frecuencia de los controles de Niño Sano de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.



### **ANÁLISIS:**

La tabla y figura N°24 correspondientes a la frecuencia con la que las madres realizan controles de salud a sus hijos se aprecia que la mayoría, es decir el 60% realiza controles trimestrales a sus hijos, un 27% en cambio lo realiza cada mes o cada 2 meses, un 13% lo realiza cada 6 meses.

### **INTERPRETACIÓN**

Las madres adolescentes de Cotaló llevan un control adecuado de la salud de sus hijos, sea en mayor o menor porcentaje todas han mostrado preocupación en la salud de sus niños, no habiendo madres que no realicen nunca estos controles o que los realicen anualmente, lo que refleja que las madres han tomado conciencia de la importancia que tienen los controles de salud y la importancia que estos tienen en la vida de sus niños.

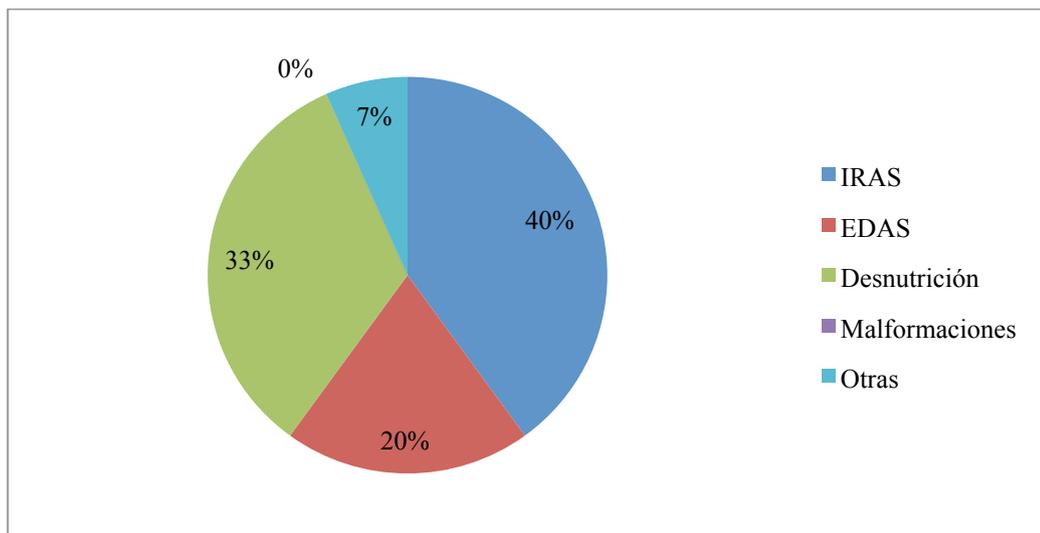
**Tabla 25: Patologías que pueden alterar el crecimiento y desarrollo presentadas por los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**

<b>PATOLOGÍAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
IRAS	5	46
EDAS	3	27
Desnutrición	5	20
Malformaciones	0	0
Otras	1	7
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuestas a personal de salud del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:** Leidy Córdova Jiménez

**Figura 25:** Patologías que pueden alterar el crecimiento y desarrollo presentadas por los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.



### ANÁLISIS:

La tabla y figura N°25 referentes a las patologías presentadas por los niños y que pueden interferir en su adecuado crecimiento y desarrollo se observa que las que más predominan son la IRAS (Infección Respiratoria Aguda) con un 40%, seguido por un 20% que han presentado Enfermedad Diarreica (EDA), otro porcentaje importante de 33 ha presentado desnutrición y un 7% que presenta alteración nutrición en cambio orientada a tener una ligera tendencia al sobrepeso.

### INTERPRETACIÓN:

La importancia de conocer la presencia o no de patologías derivadas de un cuidado inadecuado de la madre o la carencia de controles de salud adecuados en el niño, radica en que estas patologías pueden constituirse en un factor importante y determinante en un crecimiento y desarrollo adecuado o inadecuado. Se observa entonces que dentro de estas patologías las que destacan por excelencia son las IRAS, con el mayor porcentaje, tal vez atribuido a los climas gélidos de Cotaló, un 20% que han presentado EDAs, atribuidas en la mayoría de los casos a la falta de higiene en la alimentación, pero que sin embargo no la interferido de manera notoria en el crecimiento y desarrollo de los niños. En tercer lugar con un 33% se encuentra la desnutrición, en sus tipos aguda y crónica, esto a la vez remarca por si sola una alteración en el crecimiento de los niños, a lo que suma un 7%, que es la otra cara de la moneda, pero que no deja de ser una alteración y es lo que se

conoce como sobrepeso, pero que han sido superados y que no han tenido efectos perjudiciales en el crecimiento y desarrollo a largo plazo.

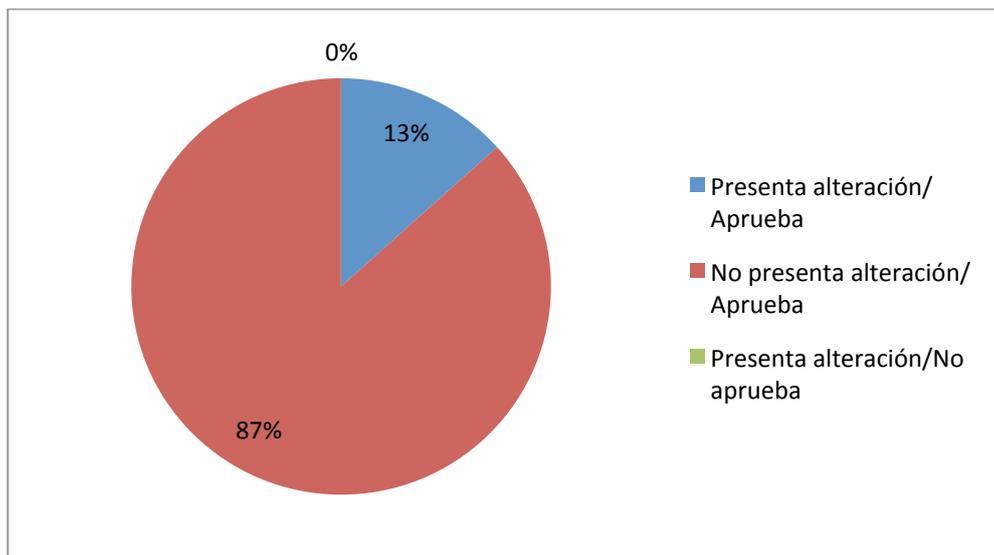
**Tabla 26: Desarrollo Psicomotriz según el test de Denver en los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**

<b>DESARROLLO PSICOMOTRIZ</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
Presenta alteración/Aprueba	2	13
No presenta alteración/Aprueba	13	87
Presenta alteración/No aprueba	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuestas a madres adolescentes/ personal del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:**Leidy Córdova Jiménez

**Figura 26:** Desarrollo Psicomotriz según el test de Denver en los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.



### **ANÁLISIS:**

La tabla y figura N° 26 con referencia a los parámetros del test de Denver que se han visto afectados se aprecia que un 87% no ha presentado alteración en los parámetros evaluados, y en un porcentaje de 13 % están los niños que han presentado alteraciones, pero que sin embargo aprueban el test, y un 0% que no ha aprobado el Test de Denver.

### **INTERPRETACIÓN:**

Como se aprecia en la tabla y gráfico N° 15, el mayor porcentaje con 87% están los hijos de madres adolescentes que no ha presentado ninguna alteración en la evaluación del Test de Denver, lo que significa que aprueba dicho test, lo cual se resalta porque significa que la mayoría de los hijos de madres adolescentes no presentan alteración en lo que concierne a su desarrollo psicomotriz. Es sólo el 13% es decir 2 niños los que presentan alguna alteración pero que sin embargo no es representativa, por lo que dichos niños aprueban el test, estas alteraciones que han presentado en el aspecto de motor fino, es decir el que hace referencia a movimientos voluntarios mucho más precisos, que implican una mayor coordinación; y motor grueso, que implica movimientos mediocres y primitivos que requieren de más fuerza, mayor velocidad; pero que sin embargo aprueban en

test. No existiendo niños que presenten alteraciones el resto de parámetros evaluados.

**Tabla 27: Percentiles según índice Talla – Edad de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**

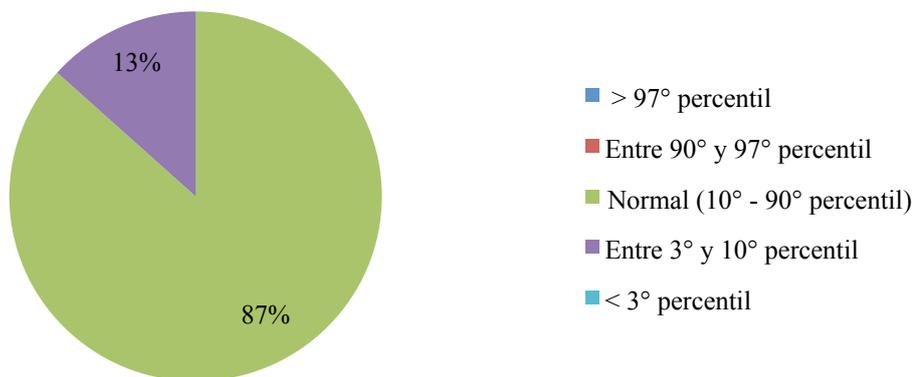
<b>INDICE TALLA/EDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
> 97° percentil	0	0
Entre 90° y 97° percentil	0	0
Normal (10° - 90° percentil)	13	83
Entre 3° y 10° percentil	2	13
< 3° percentil	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuestas a madres adolescentes/ personal del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:** Leidy Córdova Jiménez

**Figura 27:** Percentiles según índice Talla – Edad de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.

**Percentiles según índice Talla – Edad de los hijos de madres adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**



**ANÁLISIS:**

La tabla y figura N° 27 con respecto a los percentiles según el índice Talla – Edad que presentan los hijos de madres adolescentes se observa que la mayoría con un 87% se encuentra dentro de los percentiles de crecimiento considerados como normales según la OMS, quedando sólo un 13%, correspondiente a 2 casos del universo de estudio que se hallan en el percentil, es decir que presentan una tendencia a presentar una desnutrición crónica, en caso de no haber sido superada.

**INTERPRETACIÓN:**

En esta tabla y gráfico se puede observar que la mayor parte el 87% de los niños permanece y se mantiene con crecimiento adecuado para la edad, es decir su percentil de crecimiento está entre los percentiles 10 al 90, y un 13% correspondiente a 2 niños se ubicaron en el percentil 9, es decir con tendencia de crecimiento horizontal, que se no ser superada acarrea una desnutrición crónica, sin embargo actualmente ha sido superada, debido a que las madres se han preocupado por mejorar las condiciones para favorecer el crecimiento de sus hijos.

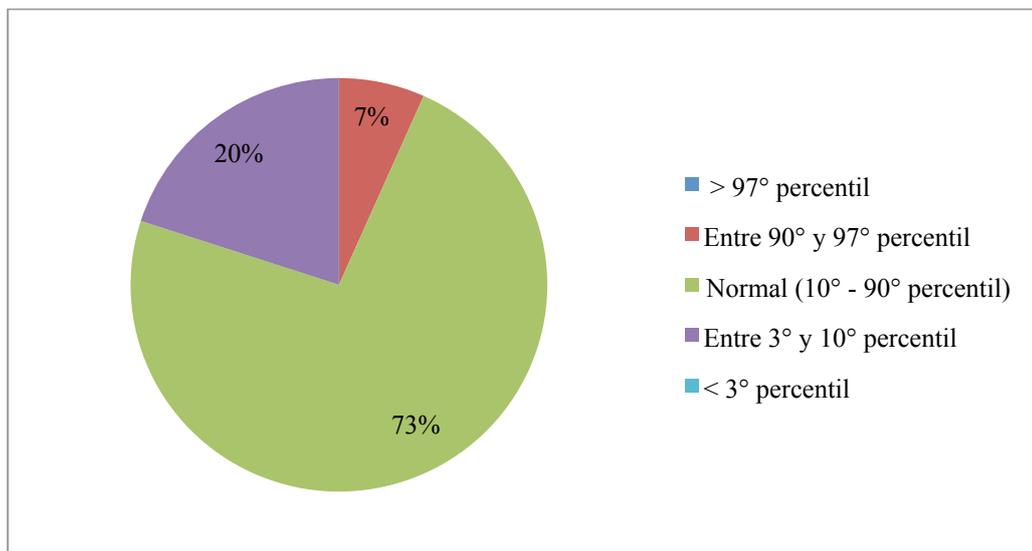
**Tabla 28: Percentiles según índice Peso – Edad de los hijos de madres adolescentes acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.**

<b>INDICE PESO – EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE %</b>
> 97° percentil	0	0
Entre 90° y 97° percentil	1	7
Normal (10° - 90° percentil)	11	73
Entre 3° y 10° percentil	3	20
< 3° percentil	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Encuestas a madres adolescentes/ personal del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:**Leidy Córdova Jiménez

**Figura 28:** Percentiles según índice Peso – Edad de los hijos de madres adolescentes acuden al Subcentro de Salud de Cotaló.



### ANÁLISIS:

La tabla y figura N°28 referente a los percentiles según el índice Peso – Edad en los hijos de madres adolescentes se aprecia que la mayoría con un 73% se encuentra dentro de los percentiles 10 y 90 considerados como normales, un 20% se encuentra entre los percentiles 3 y 10 y un 7% que se encuentra entre los percentiles 90 a 97.

### INTERPRETACIÓN

Como se divisa en la tabla y gráfico anteriores, persiste una mayoría que permanece dentro de los parámetros de crecimiento considerados como normales por la OMS, apenas un 20 por ciento ligeramente por debajo de lo normal, lo que demuestra que estos 3 niños presentan desnutrición aguda leve, que de igual modo ha sido superada gracias al esfuerzo de las madres. Un 7% correspondiente a un caso que se halla entre el percentil 90 y 97, muy ligeramente por encima de los valores normales atribuyéndose a un sobrepeso leve, que de igual modo ya ha sido superado.

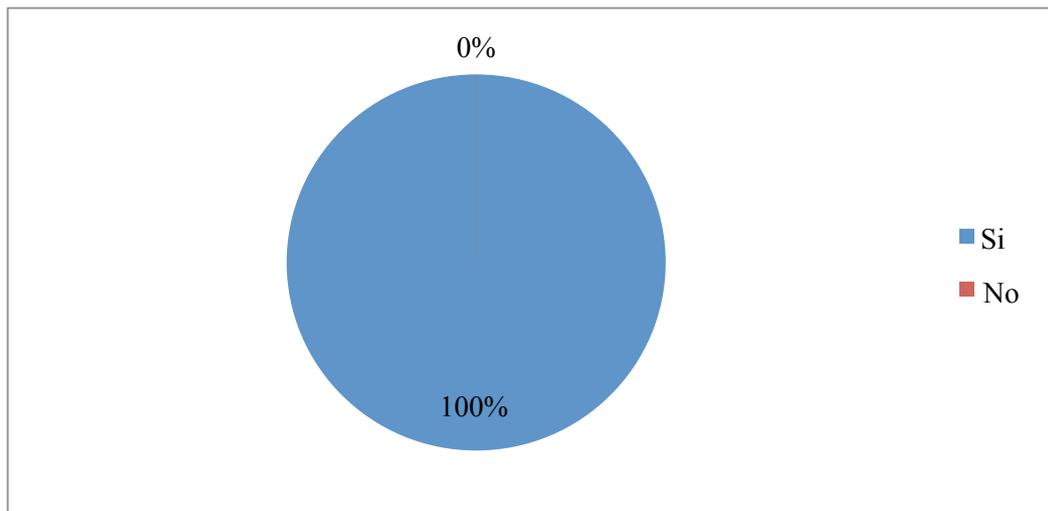
**Tabla 29:** Educación brindada a las madres adolescentes para la identificación de signos de alarma en sus hijos en el Subcentro de Salud de Cotaló.

EDUCACIÓN A MADRES ADOLESCENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si	15	100
No	0	0
TOTAL	15	100

**FUENTE:** Encuestas a madres adolescentes/ personal del Subcentro de Cotaló

**ELABORADO POR:** Leidy Córdova Jiménez

**Figura 29:** Educación brindada a las madres adolescentes para la identificación de signos de alarma en sus hijos en el Subcentro de Salud de Cotaló.



### **ANÁLISIS:**

La tabla y figura N°29 que analiza si se brinda educación a las madres adolescentes sobre cómo identificar signos de alarma en cuanto a crecimiento y desarrollo en sus hijos se concluye que un 100% si recibe esta educación.

### **INTERPRETACIÓN:**

A decir de los encuestados que si se brinda este tipo de pautas, de modo que las madres han podido garantizar un crecimiento y desarrollo a sus niños, y han sabido acudir a tiempo a curar las patologías que se hubiesen podido presentar en sus niños, lo que es factor determinante para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones:

La investigación se realizó, con las madres adolescentes y sus hijos durante el período del 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012, en el Subcentro de Salud de la Parroquia de Cotaló, Cantón Pelileo; constituyéndose un total de población de 15 madres adolescentes y 15 niños de entre 0 y 2 años 6 meses de edad. Para la recolección de la información se procedió a revisar las historias clínicas individuales tanto de las madres y de sus hijos para conocer las principales variables de la investigación, así como la aplicación de encuestas, en síntesis de toda la información recolectada y procesada se concluye que:

- Dentro de la comprobación de la hipótesis se concluye rechazando la misma debido a que no existe relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo en los hijos de madres adolescentes, debido a que no existe diferencia significativa, con respecto a los parámetros referenciales establecidos por la OMS, es así que se concluye que en términos generales, antropométricamente y en el desarrollo se encuentran dentro de los parámetros normales.
- La incidencia de madres adolescentes en el área de estudio fue de 15, entre las características de las adolescentes predominó, el grupo de edades entre 17 y 19 años, que corresponde a la adolescencia tardía en un 93%, y un mínimo de porcentaje de madres adolescentes dentro del grupo etario de adolescencia media; de las cuales un 60% a pesar de verse afectada económica y socialmente ha podido salir adelante con la ayuda de

una pareja estable, y un 33% que se ha visto afectado en el ámbito educativo debido a que la maternidad les ha significado convertirse en esposa y amas de casa dejando de lado la continuación del desarrollo profesional; todo ellos también haciendo frente a la opinión de la sociedad o entorno, que un 47% se muestra indiferente ante la maternidad adolescente, que sumada al sentimiento de aceptación con un 33% suman predominantemente una actitud que en conjunto podría considerarse como positiva para la adolescente, siendo una minoría la que les rechaza, debido principalmente a la edad en la que se produce el embarazo.

- En cuanto al crecimiento y desarrollo de los hijos de madres adolescentes se encontró que; antropométricamente (peso, talla, perímetro cefálico) en forma global, en estos niños, no existen diferencias significativas, con respecto a los parámetros normales; sin embargo cabe destacar que si existen niños que ha presentado alteraciones sobre todo nutricionales que los han orillado a la desnutrición, pero con tratamiento adecuado ha sido superada, no se puede hablar de un problema, debido a que a pesar de haber estado ligeramente por debajo de los percentiles normales ahora están dentro de los parámetros considerados como normales según la OMS.
- A pesar de que los resultados obtenidos durante la investigación; que enmarcan un crecimiento y desarrollo, de los hijos de madres adolescentes, dentro de los parámetros normales; no se pudo pasar por alto las características posnatales de estos niños como, las enfermedades relevantes de la infancia; en las que se encontró un 40% de EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) y un 20% de IRA (Infección Respiratoria Aguda); estos resultados fue lo que más llamo la atención, razón por la cual se efectuó la propuesta en base a estos datos; siendo esta: “Taller de capacitación para las madres adolescentes de la comunidad de Cotaló sobre manejo e identificación de signos de alarma de las enfermedades prevalente en la infancia con el fin de mejorar la calidad de salud de los niños”

## **5.2. Recomendaciones:**

- Socializar los resultados obtenidos de la investigación a través de la Dirección de Salud de Tungurahua y el Área con el fin de realizar un plan de acción conjunta enfocados en la promoción de la salud, orientado claro está en mejorar la calidad de salud de los hijos de madres adolescentes de Cotaló.
- Que el personal de salud y más concretamente el personal de enfermería estreche los vínculos con esta población vulnerable y susceptible, con la finalidad de prevenir por medio de la educación a la madre adolescente, registradas específicamente junto con sus hijos, de este modo poder crear acciones dirigidas a ellas específicamente, previniendo cualquier alteración futura en el crecimiento y desarrollo de sus hijos.
- Promover la participación de los estudiantes de las diferentes carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud, principalmente la Carrera de Enfermería para fomentar el interés sobre la temática de esta investigación, y poder de ese modo estar en una constante educación a estas madres adolescentes sobre la identificación de cualquier alteración que pudiese presentarse en sus hijos y de las consecuencias que un cuidado inadecuado de ellos conllevaría en el crecimiento y desarrollo de los mismo, mediante las materias que fomentan el vínculo estudiante – comunidad.

## **CAPÍTULO VI**

### **LA PROPUESTA**

**TÍTULO:** “TALLERES EDUCATIVOS SOBRE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO EN LA PRIMERA INFANCIA”

#### **6.1. Datos informativos:**

- **INSTITUCIÓN EJECUTORA:** Subcentro de Salud de Cotaló del Área de Salud N° 5 Tungurahua.
- **BENEFICIARIOS:** Madres adolescentes y sus hijos atendidos en el Subcentro de Salud de Cotaló.
- **UBICACIÓN:**

**Provincia:** Tungurahua

**Cantón:** Pelileo

**Parroquia:** Cotaló

**Dirección:** Cotaló Centro. Barrio el Recreo, junto al Coliseo, tras la Junta Parroquial

**Correo Electrónico:** [area5cotaló@gmail.com](mailto:area5cotaló@gmail.com)

- **TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN:**

Inicio: Octubre, 23 de 2012

Fin: Noviembre, 23 de 2012

- **EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE:**

Investigadora Leidy Antonieta Córdova Jiménez

- **COSTO:** El costo estimado es de 150 dólares americanos

## **6.2. Antecedentes de la propuesta**

El embarazo en adolescentes no es un problema actual, ni mucho menos aislado, es un problema que se le podría catalogar como mundial. De acuerdo a los datos de la ENDEMAIN 2010 (Encuesta de salud Materno infantil) 2010 con auspicio del Centro de estudios de población y desarrollo social (CEPAR) la maternidad adolescente se presenta más generalmente en los grupos socioeconómicos más bajos y en mujeres con menor nivel educativo. Generalmente, se supone que las adolescentes de los niveles socioeconómicos más bajos están más expuestas a factores que puedan aumentar la probabilidad de quedar embarazadas. Padres pocos educados generalmente no educan a sus hijos en los temas relacionados con la sexualidad, ni en el uso de métodos anticonceptivos. En estratos más bajos se observa un inicio más temprano de la vida sexual.

Así La ENDEMAIN muestra claramente de que el acceso limitado a servicios médicos, íntimamente unido a pertenecer a una clase socioeconómica desfavorecida, está relacionado con el embarazo adolescente. “Alrededor del 92% de las adolescentes embarazadas en 2004 no tienen acceso a un seguro médico, representando esto un riesgo tanto para las madres como para sus hijos. Esto se refleja en que el 66% de las madres no son sometidas a controles luego de tener a su hijo, mientras que el 62% no recibió ningún tipo de información sobre lactancia, ni de profesionales ni de familiares o amigos”.

La evidencia vista en la realidad como también sugiere que las potenciales consecuencias del embarazo adolescente se transmiten de generación en generación y afectan la calidad humana alcanzada por los hijos. “Las estimaciones indican que una mujer mayor de 24 años que tuvo un embarazo en la adolescencia tiene 1:2 veces más chance de tener algún hijo que no asiste ni asistió nunca a un Centro de Desarrollo Infantil o al primero de básica, en relación a mujeres de características similares pero que no tuvieron un embarazo en la adolescencia”.

Estos resultados sugieren que mujeres que han tenido un embarazo en la adolescencia tienen una mayor probabilidad de tener algún hijo sin educación adecuada, al momento de la encuesta, que mujeres de similares características pero que no tuvieron un embarazo en la adolescencia. Esto significa que, potencialmente, el embarazarse durante la adolescencia afecta negativamente la educación que alcanzarían los hijos. Debido al elevado número de casos, el Gobierno ecuatoriano ha puesto en marcha la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enipla). En ella, los ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social (MIES) y Coordinador de Desarrollo Social y la Secretaría del Migrante han formado un frente para trabajar sobre planificación familiar, acceso a información, educación en salud sexual y reproductiva y sexualidad en general, debido a que muchos otros programas con este mismo enfoque no han tenido los resultados esperados.

### **6.3. Justificación**

Una vez que se ha profundizado en el problema raíz y parte esencial de esta investigación, el embarazo en la adolescencia, haciendo relación también a cómo se desenvuelven estas mujeres adolescentes en su rol materno con la crianza adecuada de sus niños; se ratifica la premisa planteada al inicio de esta investigación de que se debe partir de la prevención del embarazo adolescente

La propuesta de solución del mismo modo que la investigación se realiza en un área, que como se reitera es la más susceptible y aborda a la población investigada en su totalidad, es decir la población adolescente, tanto la que acude a

la única institución educativa la Unidad Educativa Cotaló, y a la que precisamente por carecer de recursos se encuentra laborando en las empresas de mayor auge en Cotaló, las avícolas.

La orientación que tomará la propuesta es de énfasis en la promoción de la salud en los adolescentes independientemente se hayan convertido en padres o no y en todos los hijos de las madres adolescentes, brindando información sobre todo encaminada a la prevención del embarazo en la adolescencia, el fomento de actividades que fomenten la recreación y la realización de actividades de vinculación de la población adolescente con las instituciones educativas y de salud.

Al igual que en la investigación se cuenta con todo el apoyo del personal que labora en el Subcentro de Salud de Cotaló del Área N° 5 del MSP, del mismo modo se cuenta con el apoyo de las autoridades de la “Unidad Educativa Cotaló”, para poder realizar actividades de promoción de la salud y prevención del embarazo adolescente que estudia en la institución.

#### **6.4. Objetivos**

##### **6.4.1. Objetivo General:**

Garantizar una atención holística a las necesidades de los adolescentes que contribuyan a disminuir los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

##### **6.4.2. Objetivos Específicos:**

- Desarrollar Talleres educativos para los jóvenes adolescentes de Cotaló.
- Promover una atención integral y enfocada en la población adolescente y en los hijos de madres adolescentes.

- Impartir conocimientos acerca del embarazo en la adolescencia y alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños encaminados a la prevención de la presentación de estas situaciones.
- Evaluar la cobertura de la población adolescente atendida y la disminución de los índices de embarazos adolescentes y de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los hijos de estos.

### **6.5. Análisis de la factibilidad**

Las Políticas actuales de salud del Ecuador se encuentran centradas en la población más vulnerable, por lo que se cree se debería abalizar por completo el desarrollo de esta propuesta, debido precisamente a los lineamientos que tiene y que son promover el desarrollo integral del de los adolescentes y a los niños de 0 a 2 años de edad, el desarrollo, a su vez también de la comunidad cotalense.

Tomando en cuenta el ámbito legal el desarrollo de esta propuesta también estaría enmarcada en el campo de la legalidad puesto que la finalidad de esta propuesta está acorde con el objetivo del Sistema Nacional de Salud que es brindar una atención equitativa, adecuada a la población ecuatoriana.

De pronto el talón de Aquiles de la propuesta actual estaría en cambiar la mentalidad y tabúes acerca de la sexualidad en la población joven o adolescente que aún persiste en nuestro país y que ha llevado a fomentar una tasa mantenida en cuanto a embarazos en la adolescencia; de igual modo las tasas de desnutrición infantil, debido a los inadecuados cuidados que brindan los responsables de la crianza de los niños. Sin embargo se debe hacer frente a este obstáculo, haciendo hincapié en que la implementación de estas nuevas políticas buscan el objetivo que se ha planteado siempre la salud de la población del Ecuador, en el caso de esta propuesta la principalmente la población adolescentes y de la primera infancia.

## **6.6. Fundamentación Científico –Técnica**

### **6.6.1. Talleres Educativos:**

#### **6.6.1.1. Definición:**

Extendido al ámbito educativo el concepto de taller "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.

Muchos autores han definido lo que es un taller educativo o de enseñanza, pero valdría la pena recalcar la definición que da 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. Pudiéramos 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”.

#### **6.6.1.2. 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.

#### **6.6.1.3. 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 dicotomía 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.
- Desmitificar la ciencia y el científico, buscando la democratización de ambos.
- Desmitificar y des alienar la concientización.

#### 6.6.1.4. 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 Problémica:** Consiste en convertir el problema común en situación problémica, 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.

#### **6.6.1.5. Procedimiento:**

Los pasos para la realización de un Taller educativo y que garantizan la perfecta funcionalidad de este son:

##### **Planeación del Taller:** Aquí se debe

- Definir los objetivos que va a tener el Taller
- Obtener información de los participantes: obtener información de los que asistirán al taller, ejemplo la edad, nivel educativo, número de asistentes.
- Diseñar métodos de enseñanza y actividades: formular los métodos de enseñanza conforme a las actividades y de acuerdo a la temática que se abordará, ejemplo videos, técnicas de grupo, diapositivas.

##### **Realización del Taller:** Aquí se debe realizar

- Presentación, permitir que los participantes se conozcan, realizar técnicas de presentación.
- Enunciar los objetivos, contar a los participantes lo que se pretende lograr con el taller, enunciar reglas, actividades que se realizarán y pedir retroalimentación.
- Crear un ambiente adecuado,
- Fomentar la participación activa y resolución de conflictos, permitir que todos los asistentes participen y busquen solución a los conflictos.
- Proporcionar información, dar conocimientos generales de la temática del taller

- Recordar los aprendizajes, hacer un recuento de todo lo enseñado para generar el nexo enseñanza – aprendizaje.
- Cambio de actividades, en caso de ser necesario.

#### **6.6.1.6. Evaluación:**

Resumir la sesión y pedir retroalimentación, es importante hacerlo a manera de breve resumen.

### **6.6.2. Contenidos Temáticos:**

#### **6.6.2.1. Embarazo en la Adolescencia**

##### **Generalidades:**

La adolescencia es una etapa fundamental dentro del proceso de construcción de la personalidad y el tránsito hacia la edad adulta. Una visión simplista puede reducir ese proceso a un plano puramente biológico: la aparición de caracteres sexuales primarios y secundarios. Pero, en realidad, es mucho más compleja la experiencia en pos de la identidad de hombres y mujeres. Porque en él intervienen las personas, con toda su complejidad, y entran en juego los sistemas de relaciones y modelos sociales y culturales.

La etapa más conflictiva en la experiencia de padre e hijos suele ser la adolescencia. Por ello, tanto para unos y otros, es indispensable conocer mejor, en sus diversas dimensiones, las características y naturaleza del proceso en esta etapa vital.

**Procesos Biológicos:** Implican cambios físicos en el cuerpo de un individuo; los genes heredados de los padres, el desarrollo del cerebro, el aumento de peso y de estatura, las habilidades motoras y los cambios hormonales de la pubertad, todos ellos reflejan el papel que desempeña los procesos biológicos en el desarrollo adolescente.

**Tabla 30: Cambios Físicos en la Adolescencia**

<b>Cambios en la Pubertad</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Varones</b>
Estirón puberal (20-25 % de la talla adulta)	+ (10 – 11 años)	++ (12 – 13 años)
Aumento de peso (50% del peso absoluto)	+	++
Cambio en la composición corporal	Disminución de un porcentaje de tejidos blandos del 80% al 74%  Aumento del tejido adiposo	Aumento del 80 al 85% por el aumento de la masa muscular
Aumento de los órganos internos		Mayor tensión sistólica Aumento 33% del volumen sanguíneo
Aparición de caracteres sexuales	Crecimiento de mamas Vello pubiano Crecimiento de cintura pélvica. Desarrollo de genitales internos y externos  Menarquía	Cambio de voz  Vello pubiano Crecimiento testicular  Crecimiento peneano

**Fuente:** Adaptado de Pilar Brañas. *Pediatría Integral*. Vo. II. N°3. Pág. 209.

**Procesos Psicoemocionales:** Implican cambios en las relaciones de un individuo con otras personas, las emociones, la personalidad y el papel que desempeñan los contextos sociales en el desarrollo, contestar a los padres, agredir a otros adolescentes, el desarrollo de la asertividad, la alegría de los adolescentes en una fiesta del instituto y la orientación de los roles sexuales de la sociedad, todos ellos reflejan el papel que desempeñan los procesos socio-emocionales en el adolescente.

**Procesos Cognitivos:** implican cambios en el pensamiento y la inteligencia de un individuo, memorizar un poema, resolver un problema de matemáticas e imaginarse como sería convertirse en una estrella de cine reflejan el papel que desempeñan los procesos cognitivos en el desarrollo adolescente.

**Definición:**

Es aquel que ocurre entre los 10 hasta los 19 años, que conlleva efectos físicos, sociales, económicos y culturales en la mujer que se convierte en madre a tempranas edades.

**Causas:**

- Falta de comunicación con los padres.
- Inicio precoz de las relaciones sexuales.
- No hay educación sexual y no existen lugares confiables y seguros donde los menores puedan acudir para poder prevenir el embarazo.
- Desconocimiento sobre métodos anticonceptivos.
- Tabúes sociales y miedo a solicitar información sobre anticoncepción.
- Violación.
- Baja autoestima, problemas sociales, alcoholismo y drogadicción.

**Prevención:**

Se puede prevenir principalmente con una buena consejería psicológica, a lo que se suma también una adecuada orientación sobre métodos anticonceptivos.

**Tabla 31: METODOS ANTICONCEPTIVOS**

NO HORMONALES		HORMONALES	PERMANENTES
<b>DE BARRERA</b>	<b>NATURALES</b>		
CONDON MASCULINO	BILLINGS	PARCHES	VASECTOMIA
CONDON FEMENINO	ABSTINENCIA	IMPLANTES	LIGADURA DE TROMPAS
DIAFRAGMA	RITMO CALENDARIO	DIU DE LEVONERGESTREL	
ESPERMICIDA	AMENORREA DE LA LACTANCIA	PASTILA DE EMERGENCIA	
	PERSONA	ORALES COMBINADOS	
	TEMPERATURA BASAL	ORALES SIMPLES	
DIU T DE COBRE		ANILLO VAGINAL	

**Elaborado por:** Leidy Córdova

- **Condón femenino:** es un método temporal consiste en una funda de poliuretano con un anillo que se coloca en la vagina antes y para cada relación sexual.

- **Condón masculino:** Igualmente temporal, es una funda delgada de látex que se debe colocar en el pene en erección antes de cada relación sexual de una manera adecuada.
- **Pastillas Anticonceptivas:** Son fármacos que contienen hormonas parecidas a las que produce el cuerpo, consiste en tomar una tableta diaria durante 21 o 28 días.
- **Inyecciones anticonceptivas:** También contiene hormonas y consiste en una inyección aplicada mensual o trimestralmente.
- **Anticonceptivo Oral de Emergencia:** Es un fármaco que debe tomarse dentro de los 5 primeros días después de haber tenido una relación sexual para prevenir que se produzca el embarazo.

#### **Consecuencias:**

- Trastornos psicológicos, sentimiento de culpa
- Deserción escolar y laboral
- Consecuencias en la salud como la anemia, aumento de peso, crecimiento uterino inferior a lo normal y abortos espontáneos.
- Nacimiento de niños prematuros.
- Abandono del padre del futuro hijo.

#### **6.6.2.2. Crecimiento y desarrollo de los niños en la primera infancia.**

La primera infancia es el periodo comprendido entre los 0 a 3 años.

- **Desarrollo motor:** Se entiende por desarrollo a la adquisición de habilidades motrices (movimiento), coordinación de los músculos del cuerpo, avance progresivo de los movimientos y habilidades físicas. Este desarrollo inicia desde el embarazo, aproximadamente desde el tercer mes.

Los factores internos que lo definen son los factores hereditarios; los factores externos o los ambientales son la familia, la alimentación, ejercicio, juego.

- **Motricidad Fina:** Movimiento de los músculos pequeños, por ejemplo escribir, ensartar una aguja, tocar instrumentos.
- **Motricidad Gruesa:** Movimientos de músculos grandes, ejemplo, correr, caminar, abrazar.

El desarrollo va teniendo hitos conforme el niño va creciendo físicamente pues ambos deben estar íntimamente ligados, así:

- Desde el nacimiento hasta los seis meses: muestra reflejos, sostiene erguida la cabeza, alcanza objetos.
- De 6 a 12 meses: Se sienta, arrastra y gatea, se sostiene agarrándose de objetos.
- De 12 a 18 meses: Comienza a caminar, sube escaleras
- De 18 a 24 meses: Adquiere control sobre la evacuación, comienza a correr, voltea las páginas una a la vez
- De 24 a 36 meses: Puede arrojar una pelota con las manos, comienza a manejar la bicicleta, puede patear una pelota hacia adelante, brinca o salta.

### **Nutrición:**

**La leche materna:** es muy rica en Ácidos grasos esencia es y numerosos estudios la asocian con mejora de los procesos de visión, audición y desarrollo mental. Igualmente el hierro y el yodo intervienen en los procesos de formación y desarrollo cerebral. Adicionalmente, el vínculo afectivo y el apego que se crean con el amamantamiento permite a las madres conocer y atender oportunamente las señales de hambre y saciedad de sus hijas e hijos, con lo cual estos adquieren la confianza básica de que sus necesidades serán atendidas oportunamente y van desarrollando la capacidad de regular su temperamento y sus emociones, un aprendizaje que resulta esencial para su desarrollo.

**Alimentación complementaria:** transición a alimentos distintos a la leche materna a partir de los seis meses de vida, debido a que las necesidades de energía

y nutrientes comienzan a ser mayores que las proporcionadas por la leche materna. Es un periodo de gran vulnerabilidad pues si las prácticas de alimentación no son apropiadas, las niñas y niños están expuestos a sufrir malnutrición, infecciones y enfermedades. Los diez principios orientadores para la alimentación complementaria establecidos por la OMS son:

- 1) Duración de la lactancia materna exclusiva y edad de introducción de los alimentos complementarios
- 2) Mantenimiento de la lactancia materna;
- 3) Alimentación perceptiva;
- 4) Preparación y almacenamiento seguros de los alimentos complementarios
- 5) cantidad necesaria de alimentos complementarios;
- 6) consistencia de los alimentos;
- 7) frecuencia de alimentos y densidad energética;
- 8) contenido nutricional de alimentos complementarios;
- 9) uso de suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados para niños y madres; y
- 10) La alimentación durante y después de la enfermedad. Se resalta la importancia de la participación del padre en la alimentación y cuidado de las niñas y niños pequeños.

## 6. 7. Modelo Operativo

	<b>METAS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>Sensibilización</b>	Sensibilizar a la población adolescente sobre la necesidad de adquirir pautas sobre la etapa etaria en la que se encuentran, así como pautas para poder criar adecuadamente a sus hijos o futuros hijos.	Socialización con la comunidad especialmente con los líderes de la comunidad y de las instituciones educativas de la zona.	Humanos: Investigadora  Materiales: Conversatorio  Presupuesto \$ 5	23 de Octubre del 2012	Investigadora	Adolescentes motivados para asistir al taller educativo.
<b>Capacitación</b>	Capacitar a los adolescentes sobre la prevención del embarazo en la adolescencia y cuidado de los niños.	Taller Educativo	Humanos: Investigadora  Materiales: videos, trípticos, computador, proyector.	29 de Octubre – 2 Noviembre de 2012	Investigadora	Investigadora

			Institucionales Presupuesto \$100			
<b>Ejecución</b>	Aplicación de los conocimientos adquiridos en la prevención de los embarazos en la adolescencia y de complicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños.	En el H.P.D.A	Humanos: Investigadora  Materiales: videos, trípticos, computador, proyector.  Institucionales  Presupuesto \$ 25	5 - 16Noviembre del 2012	Investigadora y Adolescentes de Cotalo asistentes al Taller.	Adolescentes aplican los conocimientos sobre prevención del embarazo en la adolescencia y de complicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños
<b>Evaluación</b>	Determinar el grado de interés y participación en poner en práctica los conocimientos adquiridos en el Taller Educativo.	Observación y dialogo permanente los adolescentes	Humanos: Investigadora  Materiales: Encuestas y fichas de observación.  Presupuesto \$ 20	19 – 23 de Noviembre	Investigadora	Los adolescentes de Cotaló aplica nuevos conocimientos adquiridos en cuanto a prevención del embarazo y

						alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños.
--	--	--	--	--	--	---

### **6.7.1 Descripción del Plan de Acción**

#### **a) Presentación de proyecto**

La presentación de la investigación realizada, sus resultados y la presente propuesta de solución serán presentadas a la Dirección del Subcentro de Salud de Cotaló y al Área de Trabajo Social del Área N° 5 - Pelileo, para darle el trámite correspondiente a su estudio y aprobación en un periodo no mayor a 15 días desde la presentación del mismo; para poder dar inicio a la brevedad al taller educativo.

#### **b) Desarrollo de curso**

Se dará inicio al Taller Educativo de acuerdo al cronograma que apruebe la entidad mencionada.

Los contenidos serán: Adolescencia, Sexualidad en la Adolescencia y crecimiento y desarrollo de los niños en la primera infancia.

#### **c) Evaluación transversal y final**

La evaluación de la propuesta se realizará por medio de tres tipos de evaluaciones:

**Evaluación ex ante diagnóstica:** Esta evaluación se realiza antes de la ejecución de la propuesta, en sus procesos y resultados, tomando en cuenta su factibilidad técnica, administrativa.

**Evaluación concurrente o de proceso:** En este aspecto se evaluará la eficiencia, eficacia, la vigencia a través de encuestas y fichas de observación para un seguimiento y monitoreo

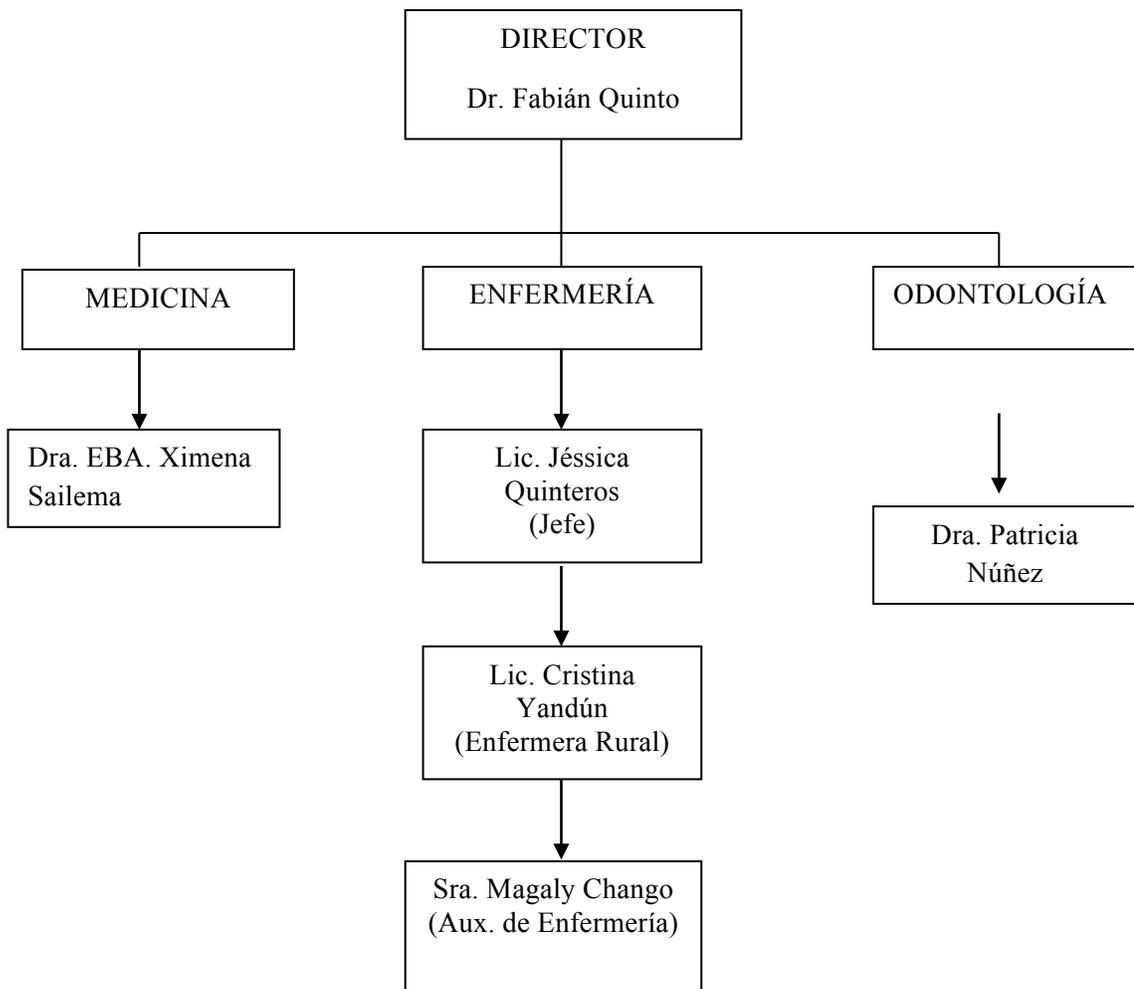
**Evaluación Ex post o final:** Se realizará la evaluación de los resultados de la propuesta, realizadas al personal que labora en la institución.

## 6.8. Administración de la propuesta

La ejecución de la propuesta se realizará básicamente con la ejecución de un Taller Educativo acerca del Embarazo en la adolescencia y la prevención de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños. El Taller deberá efectuarse en las instalaciones del Subcentro de Salud de Cotaló, y dirigido a todos los adolescentes que habitan el área de Cotaló.

La investigadora actuará también como veedora y capacitadora de este proceso, de modo que se permita analizar los resultados obtenidos.

### ORGANIGRAMA DEL SUBCENTRO DE SALUD DE COTALÓ



## PRESUPUESTO

TALLER EDUCATIVO ACERCA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y LA PREVENCIÓN DE ALTERACIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS

**TOTAL:** 150 Dólares Americanos

	<b>INDICADORES</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>SUPUESTOS</b>
FIN	Motivación	Hoja de Asistencia al Taller Educativo	Aplicación de los conocimientos adquiridos sobre la temática en base a las experiencias de algunos de los asistentes
PROPÓSITO	Prevención del embarazo en la adolescencia y de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños	Ficha de Observación	Disminución de los índices de embarazos adolescentes y de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños
DISEÑO	Taller Educativo acerca del Embarazo en la adolescencia y la prevención de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños	Cumplimiento de los temas del taller	Contar con los recursos adecuados para un buen desarrollo del taller

SENSIBILIZACIÓN	Predisposición de los adolescentes de Cotaló	Hoja de asistencia al Taller	Participación activa de los adolescentes de Cotaló
VALIDACIÓN	Ejecución del Taller	Hoja de Evaluación	Asistencia total
APLICACIÓN	Aplicación de contenidos adquiridos	Ficha de observación Encuestas	Toma de conciencia sobre el embarazo en la adolescencia y de la prevención de las alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños, aplicación en la cotidianidad de los conocimientos adquiridos

### 6.9. Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta

<b>1. Quién solicita</b>	La Investigadora
<b>2. Por qué evaluar</b>	Promover la atención integral al adolescente haciendo énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia y la presentación de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los hijos de ellos.
<b>3. Para qué evaluar</b>	Valorar con mayor evidencia los conocimientos que tienen los adolescentes sobre su etapa etaria, el embarazo en la adolescencia y el cuidado adecuado de los hijos de ellos.
<b>4. Qué evaluar</b>	Asimilación de conocimientos sobre la temática.

	<p>Aplicación de los conocimientos adquiridos en la cotidianidad de la vida de los adolescentes cotalenses.</p> <p>Disminución de los índices de embarazos en la adolescencia y alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los hijos de madres adolescentes.</p>
<b>5. Quién evalúa</b>	La investigadora
<b>6. Cuándo</b>	En un mes
<b>7. Cómo</b>	Encuestas y Observación
<b>8. Con qué</b>	Recursos económicos y sociales

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

- AYNAGUANO, Inés J. La desnutrición infantil y su incidencia en el Proceso enseñanza-aprendizaje de los niños del séptimo año de educación básica de la Escuela Fiscal Víctor Manuel Garcés de la Parroquia Pilahuín Cantón Ambato en el Periodo académico 2009 – 2010. Tesis (Licenciada en Ciencias de la Educación). Ambato, Ecuador, Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Educación Básica, 2010. 68 p.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA. Manual de Lactancia Materna: De la Teoría a la Práctica. Madrid – España, Médica Panamericana, 2008. 9–30 p.
- CHIMBOLEMA, Sandra. Incidencia en la deserción escolar por los embarazos prematuros de las alumnas del ciclo diversificado del Colegio Técnico Agroindustrial “Pedro Fermín Cevallos”, del cantón Cevallos en el Año lectivo 2008-2009. Tesis (Licenciada en Secretariado). Ambato, Ecuador, Universidad Técnica de Ambato, Carrera secretariado en español, 2010. 59 p.
- GALDÓ, Gabriel. Atención al adolescente. España, Ediciones de la Universidad de Cantabria. 336 – 341 p.
- LARTIGUE, Teresa. Alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. México, Asociación psicoanalítica Mexicana. 38-94 p
- Manual de la Enfermería Océano por Elsa Almeida “et al”. Madrid, Editorial Cultural S.A, 2008. 497- 866 p.

- MAYA, Arnobio. El Taller Educativo. Bogotá – Colombia, Cooperativa Editorial Magisterio, 1997. 20 p.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Componente Normativo Neonatal, Componente Materno. Ecuador, Consejo Nacional de Salud (CONASA).
- MONROY, Anameli. Salud y sexualidad durante la adolescencia y juventud. México, Pax, 2002. 73 – 81 p.
- Nelson Tratado de Pediatría por BEHRMAN, Richard E “et al”. Madrid – España, Elsevier, 2005. 23 – 58.
- ORTIZ, Irma P. La expresión plástica y su influencia en el desarrollo psicomotriz en los niños y niñas de 3 a 5 años de edad en la Fundación “Manos Unidas” de la parroquia de Quinchicoto del Cantón Tisaleo, Provincia de Tungurahua durante el Quimestre Noviembre 2009 –marzo 2010. Tesis (Licenciada en Ciencias de la Educación). Ambato, Ecuador, Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Educación Parvularia. 59 p. 2010. 45,88 p.
- RAMOS, Diana E. Prevalencia de desnutrición y su relación con infecciones respiratorias agudas en pacientes menores de 10 años que acuden al Subcentro de Salud Bolívar en Pelileo -Tungurahua durante el mes de julio del 2010. Tesis (Diplomado en Desarrollo local y Salud). Loja, Ecuador, Universidad Técnica Particular de Loja, Escuela de Medicina, 2012. 44 p.
- Revista Desafíos: Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe Tendencias, problemas y desafíos, 4 (1). Enero 2007
- Revista Grupo Materno – Neonatal de Caldas, Colombia, 9 (7). Mayo 2008

- Revista Cubana Medicina General Integral, Ciudad de La Habana, 24 (3). Junio 2008
- SAILEMA, Rosa E. La Estimulación Psicomotora en el Desarrollo del Aprendizaje de los niños de 3 a 5 años en los Talleres del INFA, Sector Tiuhua - Picaihua del Cantón Ambato en el año 2009 – 2010. Tesis (Licenciada en Ciencias de la Educación). Ambato, Ecuador, Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Educación Básica, 2010. 86 p.
- SOLDANO, María I. Guía Práctica para Padres. Buenos Aires, Albatros Saci, 2008. 120 p.

## LINKOGRAFÍA

- *Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz* [en línea]. Ed. Exlibris. 11 Sup. 16, España, Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2009 [Noviembre 2012]. Disponible en: <[http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/\\_IXus5l\\_LjPq-qqZ3bTHSM9Op6mhaQ-m1](http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPq-qqZ3bTHSM9Op6mhaQ-m1)>.
- JIMÉNEZ, Juan Carlos. *El Valor de los valores en las organizaciones* [en línea]: Internet, 1997, [fecha de consulta 6 de Diciembre 2012]. Disponible en: <<http://www.elvalordelosvalores.com/tipos/index.html>>.
- SALAZAR, Bertha. *Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente*. [en línea],. Santiago de Cuba, Medisan, 1997, [fecha de consulta: Agosto 2012]. Disponible en: <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_3\\_06/san07306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_3_06/san07306.htm)>
- UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la infancia). [en línea] Estados Unidos, 2012, [fecha de consulta Agosto 2012]. Disponible en: <[http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/ecuador\\_24377.html](http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/ecuador_24377.html)>.
- WIKIPEDIA ENCICLOPEDIA LIBRE.[En línea],Estados Unidos, 2012, [fecha de consulta: Diciembre 2012]. Disponible en: <<http://es.wikipedia.org/wiki>>

## BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

- **E-LIBRO:** TRAVIESO, Eulalia. *“Folleto de Orientaciones a las Familias de los niños con indicadores de un posible retraso mental”*. [en línea] Ed. Universitario. La Habana, 2009, [fecha de consulta: Enero 2013]. Disponible en:  
<<http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10156656&p00=alteraciones%20crecimiento%20desarrollo%20del%20ni%C3%B1o%20%20%20a%C3%B1os%20edad>>.
- **INFORMAWORLD:** THE EUROPEAN JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH. *“Mortalidad Infantil, Equidad y Eficiencia: Un Análisis Costo-Efectivo de Alcanzar la Meta del Milenio en Ecuador.”* [en línea]. Volume 18, Issue 2, 2006, [fecha de consulta: Enero 2013]. Disponible en:  
<<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09578810600708130#.UZNaI6osQ5Y>>.
- **EBRARY:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *“Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del Niño pequeño.”* [en línea], Nueva York - USA, 2003, [fecha de consulta: Enero 2013]. Disponible en:  
<<http://site.ebrary.com/lib/uta/docDetail.action?docID=10062374&p00=crecimiento%20y%20desarrollo%20del%20ni%C3%B1o>>.
- **SPRINGER LINK:** INTERNATIONAL JOURNAL OF EARLY CHILDHOOD. *“Funciones cognitivas y habilidades instrumentales necesarias para los aprendizajes formales en el niño.”* [en línea], Volumen 28, Issue 2, pp 15-20, USA, 1996, [fecha de consulta: Enero 2013]. Disponible en: <<http://link.springer.com/article/10.1007/BF03174498>>.
- **PROQUEST:** GARCIA, Leticia. *“Consejos Médicos/ Alteraciones del crecimiento en los niños.”* [En línea], México 2000, [fecha de consulta: Enero

2013]. Disponible en:  
<<http://search.proquest.com/docview/310472214/13E0E45BCA4734979D7/3?accountid=36765>>.

- **PROQUEST:MOGUEL**, Guadalupe. “*Consejos Médicos/ El crecimiento y desarrollo infantil*”. [En línea], México, 1997, [fecha de consulta: Enero 2013]. Disponible en:  
<<http://search.proquest.com/docview/311505521/13E0E45BCA4734979D7/4?accountid=36765>>.

# ANEXOS

## Anexo 1: Encuesta al Personal de Salud Subcentro de Cotaló

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

**ENCUESTA DIRIGIDA A MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS DE ENTRE 0 Y 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD DEL SUBCENTRO DE SALUD DE COTALÓ**

**OBJETIVO:** Conocer los factores inherentes a la maternidad en las adolescentes y la relación de ellas con sus hijos.

Señora (ita):

Dentro de la sociedad existen muchos fenómenos que son motivo de estudios investigativos, uno de ellos es el embarazo en las adolescentes, precisamente esta investigación busca comprender las causas del mismo así como también como fue el desarrollo del mismo, para posteriormente entender como es la relación madre – hijo, por ello se le ruega conteste las preguntas que se enuncian a continuación.

**Dirección:** ..... **Edad:**.....

**Ocupación:** ..... **Instrucción:**.....

**Estado civil:**..... **Fecha:** ..

### DATOS ESPECÍFICOS:

INSTRUCTIVO: Marque una x dentro del paréntesis que corresponde a su respuesta.

Nº	PREGUNTAS	RESPUESTAS	CÓD.
1.-	¿A qué edad tuvo lugar su embarazo?	*10 a 13 años *14 a 16 años *17 a 19 años	1.- ( ) 2.- ( ) 3.- ( )
2.-	¿Qué actitud tomó la gente de su entorno frente a su embarazo y maternidad?	* Aceptación * Rechazo * Indiferencia	1.- ( ) 2.- ( ) 3.- ( )

3.-	¿Qué aspectos de su vida se vieron afectados por su maternidad?	* Físico * Psicológico	1.- ( ) 2.- ( )
4.-	¿Cuántos controles prenatales se realizó Ud. durante su embarazo?	* Ninguno * 1 – 3	1.- ( ) 2.- ( )
5.-	¿Tuvo alguna complicación durante su en y/o parto? Señale cual o cuales	* Si * No	1.- ( ) 2.- ( )
6.-	¿Tuvo su hijo/a alguna complicación o enfermedad al momento de su nacimiento? Señale cual o cuales	* Si * No	1.- ( ) 2.- ( )
7.-	¿Cómo o fue la lactancia de su niño durante el primer año de vida?	* Leche Materna * Leche de vaca	1.- ( ) 2.- ( )
8.-	¿En qué porcentaje Ud. ha cumplido Ud. con el esquema de vacunas de su hijo?	* 50% * 75%	1.- ( ) 2.- ( )
9.-	¿Asiste su hijo/a a controles periódicos de su salud y crecimiento y desarrollo?	* Nunca * Cada 1 a 2 meses * Cada 3 meses	1.- ( ) 2.- ( ) 3.- ( )
10.-	¿En comparación con otros niños de la misma edad su hijo ha presentado alteraciones en?	* Peso * Talla	1.- ( ) 2.- ( )

Gracias por su colaboración:

Encuestador: Leidy Córdova

**Anexo 2: Encuesta al Personal de Salud Subcentro de Cotaló**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD DEL SUBCENTRO DE SALUD DE COTALÓ.**

**OBJETIVO:** Conocer los factores inherentes a la maternidad en las adolescentes y la relación de ellas con sus hijos.

Señores Directivos del Subcentro de Salud de Cotaló:

Dentro de la sociedad existen muchos fenómenos que son motivo de estudios investigativos, uno de ellos es el embarazo en las adolescentes, precisamente esta investigación busca comprender las causas del mismo así como también como fue el desarrollo del mismo, para posteriormente entender como es la relación madre – hijo, por ello se le ruega conteste las preguntas que se enuncian a continuación.

**DATOS GENERALES:**

**Área:** .....

**Cargo:**..... **Fecha:** .....

**DATOS ESPECÍFICOS:**

**INSTRUCTIVO:** Marque una x dentro del paréntesis que corresponde a su respuesta.

<b>N°</b>	<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>CÓD.</b>
1.-	¿A qué rangos de edad son más frecuentes los embarazos en las adolescentes?	*10 a 13 años *14 a 16 años *17 a 19 años	1.- ( ) 2.- ( ) 3.- ( )
2.-	¿Existe atención diferenciada a la adolescente embarazada?	* Si * No	1.- ( ) 2.- ( )

3.-	¿A su criterio que criterios ha observado Ud. son los más afectados en la madre adolescente?	* Físico * Psicológico * Educativo * Económico y social	1.- ( ) 2.- ( ) 3.- ( ) 4.- ( )
4.-	¿Por lo general cuántos controles del embarazo se realizan las madres gestantes adolescentes que acuden a esta casa de salud?	* Ninguno * 1 – 3	1.- ( ) 2.- ( )
5.-	¿Las gestantes adolescentes que aquí acuden han presentado alguna complicación durante su embarazo y/o parto? ¿Cuál es la más frecuente?	* Si * No	1.- ( ) 2.- ( )
6.-	¿Los hijos de las madres adolescentes atendidas en esta casa de salud han presentado anomalías o enfermedades al momento de su nacimiento?	* Si * No	1.- ( ) 2.- ( )
7.-	¿A qué tipo de lactancia recurren las madres adolescentes atendidas para alimentar a sus hijos?	* Leche Materna * Leche de vaca	1.- ( ) 2.- ( )
8.-	¿En qué porcentaje cumplen las madres adolescentes oportunamente con el esquema de vacunas de sus hijos?	* 50% * 75%	1.- ( ) 2.- ( )
9.-	¿Con que frecuencia acuden los niños hijos de madres adolescentes a los controles de salud?	* Nunca * Cada 1 a 2 meses	1.- ( ) 2.- ( )
10.-	¿Qué patologías que pueden alterar el crecimiento y desarrollo en los niños son las más frecuentes?	* IRAS * EDAS * Desnutrición	1.- ( ) 2.- ( ) 3.- ( )
11.-	¿Al aplicar el test de Denver al hijo de madre adolescente qué parámetro es el afectado con más frecuencia?	* Personal social * Motor fino adaptativo * Motor grueso	1.- ( ) 2.- ( ) 3.- ( )

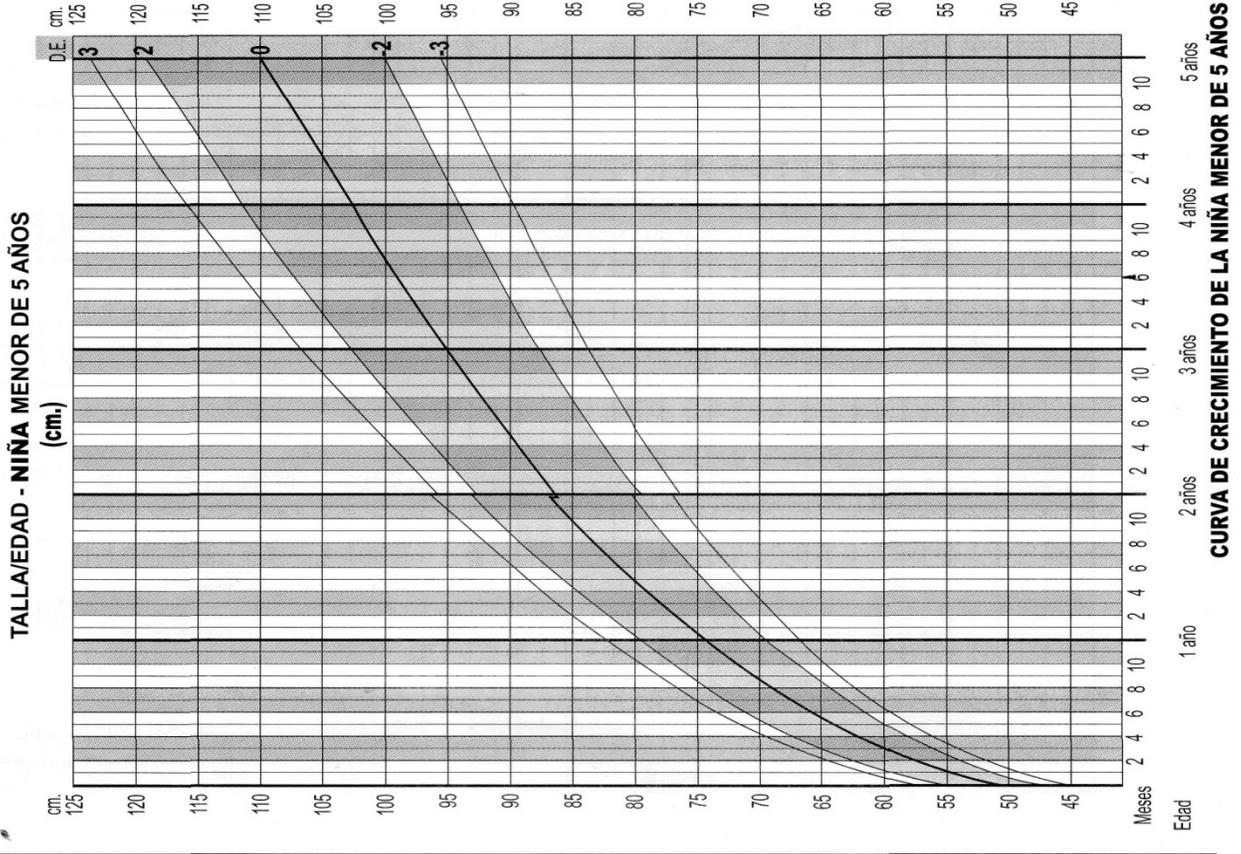
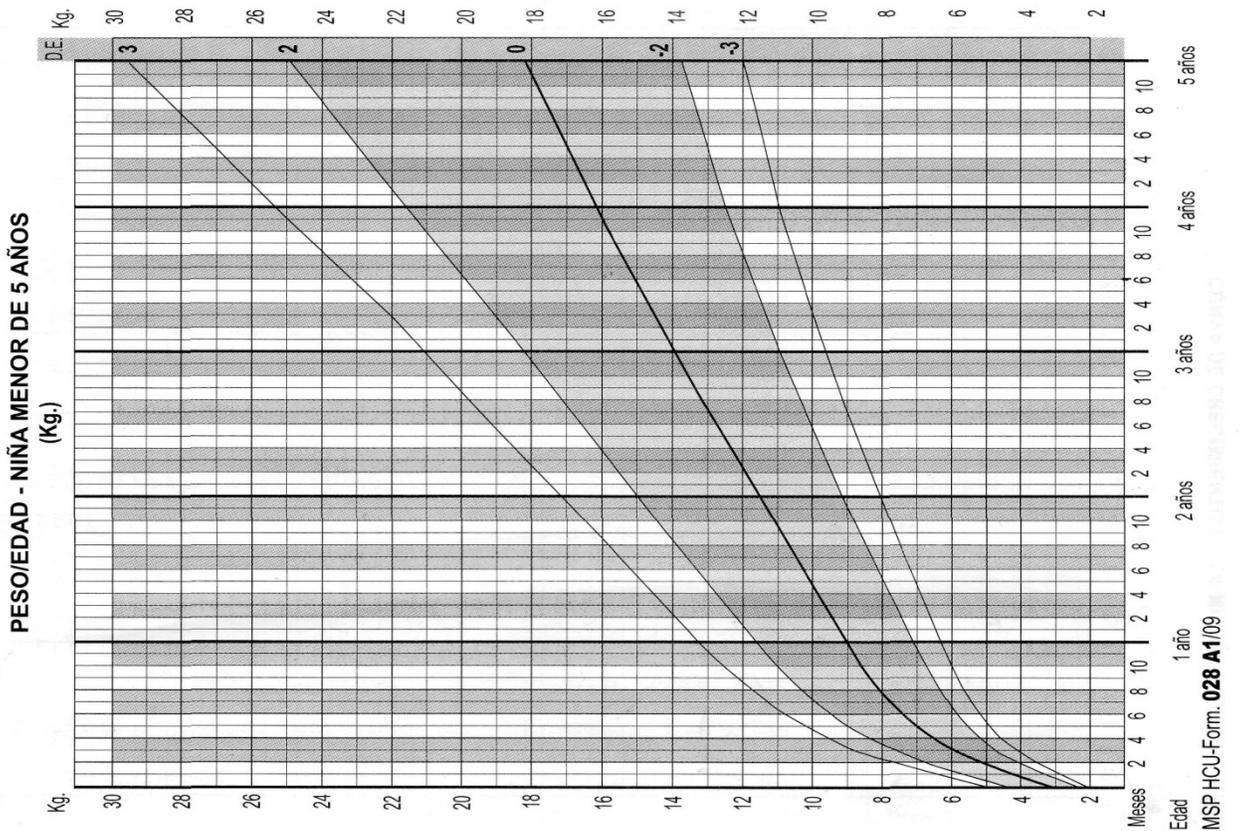
12.-	¿Según índice talla-edad en qué percentiles se encuentran los niños?	* > 97° percentil * Entre 90° y 97° percentil * Normal (10° - 90° percentil)	1.- ( ) 2.- ( ) 3.- ( )
13.-	¿Según índice peso-edad en qué percentiles se encuentran los niños?	* > 97° percentil * Entre 90° y 97° percentil * Normal (10° - 90° percentil)	1.- ( ) 2.- ( ) 3.- ( )
14.-	¿Brinda Ud. educación a la madre sobre el cuidado de los hijos y la identificación de signos de alarma?	* Si * No	1.- ( ) 2.- ( )
15.-	¿Qué actividades se deberían implementar para promover un adecuado crecimiento y desarrollo de los niños hijos de madres adolescentes?	*Charlas educativas * Talleres * Creación de un club de adolescentes. *Conferencias	1.- ( ) 2.- ( ) 3.- ( ) 4.- ( )

Gracias por su colaboración:

Encuestador: Leidy Córdova

### Anexo 3: Curva de crecimiento menor de 5 años

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	N° . HISTORIA CLINICA
SEXO (M.-F.)	APELLIDO	NÚMERO DE HOJA



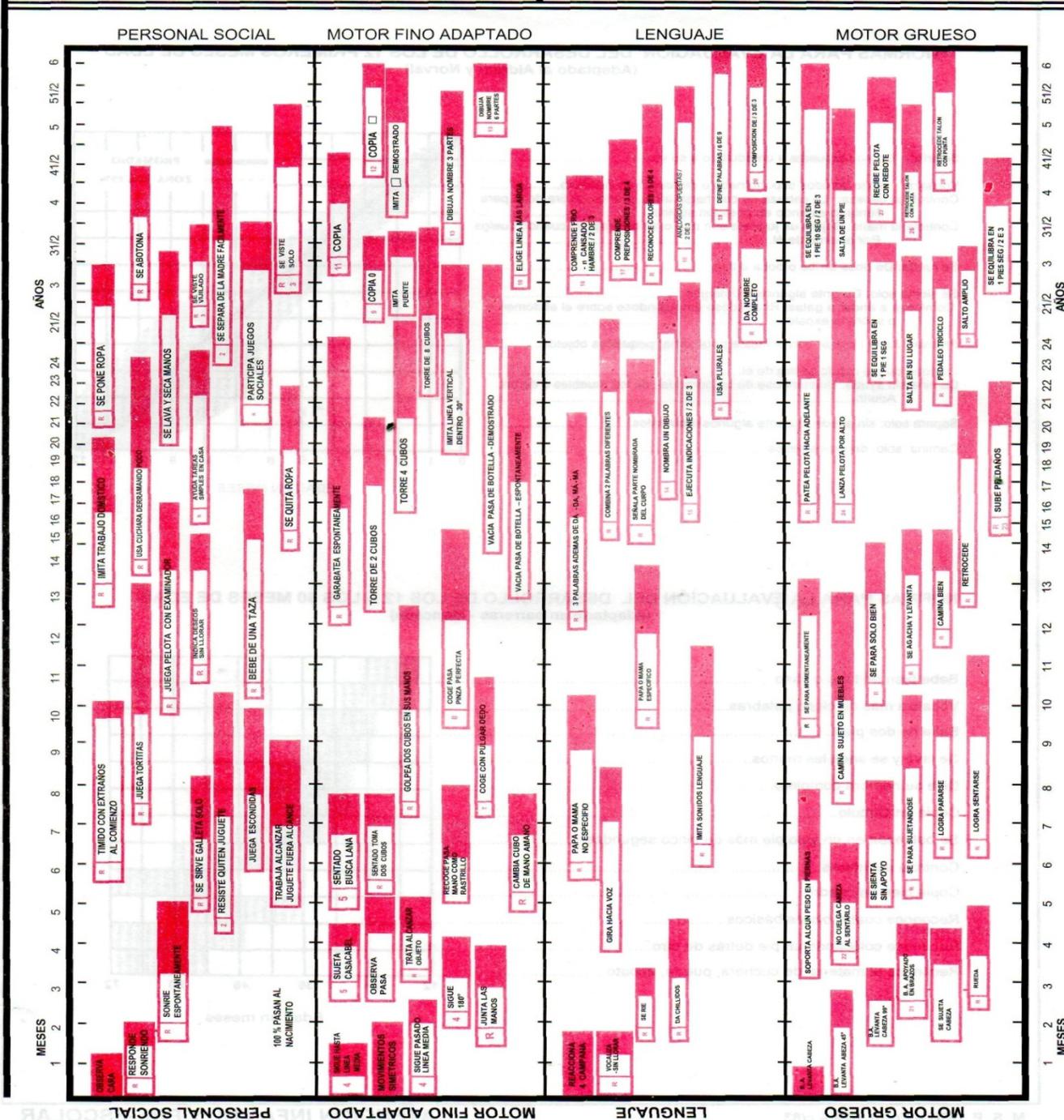
**CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS**

# Anexo 4: Test de Denver

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

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

EL "DENVER" EXAMEN DEL DESARROLLO DEL NIÑO



Anexo 5: Tríptico

**Tips para vivir a plenitud la adolescencia:**



UNIVERSIDA TÉCNICA DE AMBATO

CARRERA DE ENFERMERÍA

ADOLESCENTE.....EDUCATE!!!

**Tips para vivir a plenitud la adolescencia:**



**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

