



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 LA POBLACIÓN DE POATUG QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD PATATE.”

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

Autora: Pérez Torres, Silvia Maribel

Tutora: Lic. Mg. Fernández, Nieto Miriam Ivonne

Ambato-Ecuador

Noviembre, 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del trabajo de Investigación sobre el tema: “MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE LA POBLACIÓN DE POATUG QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD PATATE” de Silvia Maribel Pérez Torres, Estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los meritos y requisitos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato , Junio 2013.

LA TUTORA

Lic. Mg. Miriam Fernández.

AUTORIA 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 LA POBLACIÓN DE POATUG QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD PATATE**” como los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora del trabajo de grado.

Ambato, Junio 2013.

LA AUTORA.

Silvia Maribel Pérez Torres

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, Junio 2013.

LA AUTORA

Silvia Maribel Pérez Torres

APROBACION 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 LA POBLACIÓN DE POATUG QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD PATATE". De Silvia Maribel Pérez Torres, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre 2013

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

A mi madre quien ha sido guía para lograr mis metas, que con sus sacrificios, esfuerzo y confianza supo guiarme en esta importante etapa de mi vida, brindándome su apoyo incondicional tanto moral como económico; y a mis hijos por su apoyo incondicional brindándome su amor y cariño en todo momento.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios por que a pesar de los tropiezos me permite levantarme y ser más fuerte para salir adelante.

A mi familia por la comprensión y el amor que me brindan siempre que con su apoyo incondicional me guiaron en mi vida estudiantil.

A la Lic. Miriam Fernández por la paciencia que deposita en mí, dándome la oportunidad de guiarme en este proyecto de tesis bajo su dirección.

A mis maestros por ser la guía para llegar a culminar la carrera de Enfermería.

ÍNDICE GENERAL

A.- PÀGINAS PRELIMINARES

Aprobación del tutor	ii
Autoría del trabajo de grado	iii
Derechos del Autor	iv
Aprobación del jurado Examinador	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice General	viii
Resumen	xvi
Summary	xvii

B.- TEXTO

Introducción	1
--------------	---

CAPÍTULO I

1.1 Tema de Investigación	2
1.2 Planteamiento del Problema	2
1.2.1 Contextualización Macro	2
1.2.2 Contextualización Meso	4
1.2.3 Contextualización Micro	4
1.2.4 Análisis Crítico	6
1.2.5 Prognosis	8
1.2.6 Formulación del Problema	8
1.2.7 Preguntas Directrices	8
1.2.8 Delimitación del Problema	9

1.3 Justificación	10
1.4 Objetivos	11
1.4.1 Objetivo General	11
1.4.2 Objetivos Específicos	11

CAPÍTULO II

2 Marco Teórico	12
2.1 Antecedentes Investigativos	12
2.2. Justificación Filosófica	13
2.3 Fundamentación Legal	13
2.4 Categorías Fundamentales	17
2.5 Madres Adolescentes	18
2.5.1 Embarazo en la Adolescencia	18
2.5.2 Sexualidad	25
2.5.3 Adolescencia	29
2.6 Crecimiento y Desarrollo	35
2.6.1 Salud Infantil	35
2.6.2 Control del niño sano	35
2.6.3 Alteraciones del crecimiento y Desarrollo	44
2.6.4 Crecimiento y Desarrollo	57
2.7 Hipótesis	77
2.8 Variables de la hipótesis	77
2.8.1 Variable Dependiente	77
2.8.2 Variable Independiente	

CAPÍTULO III

3 Metodología de la Investigación	78
3.1 Enfoque de la Investigación	78
3.2 Modalidad de la Investigación	78
3.3 Nivel o tipo de Investigación	78
3.4 Población y Muestra	79
3.4.1 Población	79
3.4.2 Muestra	79
3.5 Operacionalización de las variables	80
3.5.1 Variable Independiente	80
3.5.2 Variable Dependiente	81
3.6 Técnicas e Instrumentos	82
3.7 Plan de recolección de Información	82
3.8 Procesamiento y Análisis	83

CAPÍTULO IV

4.1 Análisis e Interpretación de datos	84
4.2 Verificación de la Hipótesis	120

CAPÍTULO V

5.1 Conclusiones	123
5.2 Recomendaciones	124

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos Informativos	125
6.2 Antecedentes de la Propuesta	125
6.3 Justificación	126
6.4 Objetivos	126
6.5 Análisis de Factibilidad	126
6.6 Fundamentación Científico Técnica	127
6.7 Modelo Operativo	128
6.8 Administración de la Propuesta	130
6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta	131

Materiales de referencia

Bibliografía	132
Anexos	135

ÌNDICE DE CUADROS

Tabla 1 Afecto la maternidad su adolescencia	84
Tabla 2 Aspectos que afecto la maternidad su adolescencia	86
Tabla 3 Afecto el ámbito familiar el embarazo	88
Tabla 4 Edad de la adolescente en la que se dio el parto	90
Tabla 5 Complicaciones que tuvo la adolecente durante el embarazo	92
Tabla 6 Por que vía se dio el parto	94
Tabla 7 Aspectos a educar por parte del personal de salud sobre el cuidado del niño	96
Tabla 8 Frecuencia de los controles del niño	98
Tabla 9 Edad de alimentación del niño con la lactancia materna	100
Tabla 10 Conocimiento sobre la educación sexual	104
Tabla 11 Causas para que exista madres adolescentes	105
Tabla 12 Rangos de edad en los que se produce el embarazo en la adolescencia	106
Tabla 13 De la enfermedades prevalentes en la infancia cual se presento en su mayoría en los hijos de las madres adolescentes	108
Tabla 14 Educación a las madres adolescentes sobre el cuidado del niño	110

Tabla 15 Realiza la valoración del test de Dennver	112
Tabla 16 Valoración del percentil en relación talla edad en los niño de madres adolescentes	114
Tabla 17 Valoración del percentil peso edad en los hijos de madres adolescentes	116
Tabla 18 Actividades a implementar para promover un adecuado crecimiento y desarrollo en los hijos de madres adolescentes	118

ÌNDICES DE GRÀFICOS

Gráfico 1 Afecto la maternidad su adolescencia	84
Gráfico 2 Aspectos que afecto la maternidad su adolescencia	86
Gráfico 3 Afecto el ámbito familiar el embarazo	88
Gráfico 4 Edad de la adolescente en la que se dio el parto	90
Gráfico 5 Complicaciones que tuvo la adolecente durante el embarazo	92
Gráfico 6 Por que vía se dio el parto	94
Gráfico 7 Aspectos a educar por parte del personal de salud sobre el cuidado del niño	96
Gráfico 8 Frecuencia de los controles del niño	98
Gráfico 9 edad de alimentación del niño con la lactancia materna	100
Grafico 10 Conocimiento sobre la educación sexual	102
Gráfico 11 Causas para que exista madres adolescentes	104
Gráfico 12 Rangos de edad en los que se produce el embarazo en la adolescencia	106
Gráfico 13 De las enfermedades prevalentes en la infancia cual se presento en su mayoría en los hijos de las madres adolescentes	108
Gráfico 14 Educación a las madres	110

adolescentes sobre el cuidado del niño	
Gráfico 15 Realiza la valoración del test de Dennver	112
Gráfico 16 Valoración del percentil en relación talla edad en los niño de madres adolescentes	114
Gráfico 17 Valoración del percentil peso edad en los hijos de madres adolescentes	116
Gráfico 18 Actividades a implementar para promover un adecuado crecimiento y desarrollo en los hijos de madres adolescentes	118

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DE EL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE LA POBLACIÓN
DE POATUG QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD PATATE”

Autora: Pérez Torres, Silvia Maribel

Tutora: Lic.Mg. Fernández Nieto, Miriam Ivonne

Fecha: Noviembre del 2013

RESUMEN

En el Ecuador de las más de 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes, el porcentaje de madres adolescentes creció más del doble en comparación con datos del 2001.

El riesgo de defunción materna es elevado en la adolescencia, debido a su edad gestacional, cuyas causas principales en 2009 fueron las hemorragias posparto 32%, los trastornos hipertensivos 30% y las sepsis 14%, otras causas constituyen el 15%. Los grupos más pobres, de menor educación, rurales e indígenas, prestan mayor fecundidad. Según el INEC 2010, el 37% de mujeres habría querido postergar por más tiempo su embarazo.

El presente estudio fue realizado en el centro de salud Patate durante los meses Junio Noviembre 2012 estudiando las madres adolescentes y los niños de la población de Poatug que asiste a los controles al centro de salud Patate además del personal de salud de dicha área. Los métodos de recolección de datos fueron las encuestas aplicadas a las madres adolescentes y personal de salud.

La muestra estuvo constituida por 10 madres adolescentes y 3 miembros del personal de salud. Las variables: Independientes: Madres adolescentes, variable Dependiente crecimiento y desarrollo.

Luego del análisis de resultados obtenidos podemos determinar que las madres adolescentes tienen un desconocimiento sobre la educación sexual lo que influye en la vida sexual y reproductiva, además en el área de salud no se aplica el test de Denver para la valoración del desarrollo psicomotriz del niño por lo cual no se puede establecer en forma oportuna y preventiva las alteraciones del desarrollo de los niños.

PALABRAS CLAVES:

EMBARAZO, ADOLESCENTES, NIÑO, CRECIMIENTO, DESARROLLO

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING CAREER

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DE EL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE LA POBLACION
DE POATUG QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD PATATE”

Author: Silvia Maribel Pérez Torres

Tutora: Mr. Mg.Fernández Nieto Miriam Ivonne

Date: November 2013

SUMMARY

In Ecuador for more than 7 million women are mothers 3,645,167, of which 122,301 are adolescents, the percentage of teenage mothers has more than doubled compared with data from 20011.

The risk of maternal death is high in adolescence, due to gestational age , whose main causes in 2009 were 32 % postpartum hemorrhage , hypertensive disorders, sepsis 30 % and 14 % , other causes make up 15 % . The poorest, least educated, rural and indigenous, provide higher fertility. According to INEC 2010, 37% of women would postpone any longer loved her pregnancy.

This study was conducted at the health center during the months June Patate November 2012 studying teenage mothers and children Poatug population controls attending the health center staff also Patate health of this area. The data collection methods were the surveys of teenage mothers and health personnel.

The sample consisted of 10 mothers and 3 adolescent health staff .Variables:
Independent: Teenage mothers, Dependent Variable growth and development.

After analyzing results we can determine that teenage mothers have a lack of sex education which influences sexual and reproductive life, and health in the area does not apply Denver test for the assessment of psychomotor development of children therefore cannot be established in a timely and preventive developmental disorders of children.

KEYWORDS:

PREGNANCY, ADOLESCENT, CHILD GROWTH,

INTRODUCCIÓN

El embarazo en las adolescentes es una problemática social y familiar que influye en la superación tanto de los padres adolescentes como del niño, por esta razón se ha realizado el estudio de la presente investigación en la que se refiere a las madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Los propósitos de este tema son innumerables pero es prioritario analizar si existe o no la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños de las madres adolescentes, mediante la aplicación de talleres dirigidos a las madres adolescentes para profundizar sobre la educación sexual que va a ayudar a mejorar la calidad de vida de los padres adolescentes y de los niños la misma que contribuya a llevar una vida sexual responsable y optar por los hijos que se puedan tener de manera responsable, además los talleres también irán dirigidos a los profesionales de salud para fomentar la aplicación e importancia del test de Denver a los niños.

La importancia de los test contribuyen a prevenir en forma oportuna las alteraciones que pueden darse en las áreas del: Desarrollo de las habilidades motoras, desarrollo de las habilidades motoras finas, contacto con el entorno, y desarrollo del lenguaje, estableciendo un seguimiento para mejorar la calidad de vida de los niños de las madres adolescentes.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1.-Tema.

“Madres Adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses, de la población de Poatug que asisten al centro de Salud de Patate del cantón Patate, durante el periodo comprendido desde el 23 de Junio al 23 de Noviembre del año 2012”.

1.2.-Planteamiento del Problema.

1.2.1.- Contextualización Macro.

En el Ecuador de las más de 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes, según el rango de edad el 3,4% de las madres tiene entre 12 y 19 años, frente a 105.405 madres del 2001. El 5,2% de las madres afro ecuatorianas son adolescentes, seguidas de las indígenas con 4,3%, el 81,4% de las madres adolescentes tiene un hijo, seguidas del 16% que tiene dos hijos.[http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com-content&view=article &=495](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com-content&view=article&=495)

Según su estado conyugal, el 71% de las madres tiene pareja, mientras que el 29% no tiene pareja, de éstas, el 9% está soltera, el 29% de las mujeres son jefas de hogar, de ellas el 87, 1% son madres, el 44,5% de las madres en el país, tienen entre 1 a 2 hijos, mientras el 5,6% tiene entre 9 hijos y más. Según estos datos el promedio de hijos se reduce de 3,8 en el año 2001 a 3,5 en el 2010 en todos los grupos de edad. Según este informe, el 44,1% de las madres tuvieron su primer hijo entre los 15 a 19 años, mientras el 35,2% entre los 20 a 24 años y el 2,4% entre 12 y 14 años.[http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com-content &view=article&=495](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com-content&view=article&=495)

De acuerdo al nivel de instrucción el 51,1% de las madres en el país, tienen educación básica, el 23,1% educación media y el 17% educación superior. Las madres que no poseen nivel de instrucción tienen un promedio de 6 hijos, mientras las de educación media 2,4 hijos, en las características económicas de las madres el 45,3% de las madres se dedican a quehaceres domésticos mientras el 42,9% trabaja, de estas últimas el 22,9% se dedica al Comercio al por mayor y menor **<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html>**

El porcentaje de madres adolescentes creció más del doble en comparación con datos del 2001. En 2001, mostraron 105.405 madres, que en comparación con los datos actuales, demostrando un crecimiento para 2012 cercano al 100 por ciento. Las provincias con mayor número de madres adolescentes son Esmeraldas Los Ríos, Sucumbíos, Orellana, Morona Santiago y Zamora Chinchipe.

<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-alecuadorprimero-en-la-region-andina-536177.html>

En el caso de la Maternidad Isidro Ayora, uno de los centros obstétricos más grandes del país, el embarazo adolescente alcanzó en los dos últimos años cifras significativas. En 2008, el porcentaje fue de 26,5% y en 2010 del 27%. En un informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas, que impulsa el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes, se indica que Ecuador es el segundo país de Latinoamérica, después de Venezuela, con la más alta tasa de embarazos adolescentes. **<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html>**

El riesgo de defunción materna es elevado en la adolescencia, debido a su edad gestacional, cuyas causas principales en 2009 fueron las hemorragias posparto 32%, los trastornos hipertensivos 30% y las sepsis 14%. Otras causas constituyen el 15%. Los grupos más pobres, de menor educación, rurales e indígenas, prestan mayor fecundidad. Según el INEC 2010, el 37% de mujeres habría querido postergar por más tiempo su embarazo.<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html>

Una mujer que recibió maltrato antes de los 15 años, tiene más posibilidades de tener dos o tres hijos, mientras que si la violencia se mantiene más allá de los 15 años, aumenta la posibilidad de 4 o más hijos. <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html>

Algunas terminan siendo mamás, mientras otras recurren al aborto como la alternativa para solucionar un problema personal y social para el que no encuentran otra salida posible. En los sectores populares y marginales, ocho de cada diez chicas embarazadas tienen el bebé. Las dos restantes acuden al aborto. En cambio, en los estratos sociales medios altos y altos, el número de chicas que recurren al aborto es mayor porque en estos grupos la maternidad adolescente es muy mal tolerada.<http://www.eluniverso.com/2012/03/18/1/1447/nueva-promesa-bajar-tasa-maternidad-adolescente.html>

1.2.2 Contextualización Meso.

En la provincia de Tungurahua, el embarazo en adolescentes permanece en un 8% de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de Salud. En el año 2011 el total de consultas brindadas en los controles prenatales por primera vez a las adolescentes entre 10 y 19 años fue de 2824, mientras que en los controles subsecuentes fue de 6906. **www.Tungurahua.com**

Grupos de hombres y mujeres de la ciudad de Ambato y la provincia de Tungurahua, trabajan en diversos Clubes de Adolescentes, instalado en Ambato, Pelileo, Baños y Píllaro. Hay que señalar que en los últimos tiempos varios organismos de salud y prevención social como el MIES, ENIPLA, han decidido brindar apoyo a las adolescentes, especialmente a aquellas jóvenes que han tenido que afrontar un embarazo a una temprana edad; la idea es que las estudiantes de los Colegios de la ciudad puedan conocer las consecuencias y los problemas que acarrearán cuando deben enfrentar la vida y sobre todo la responsabilidad de cuidar a un ser tan pequeño. **www.Tungurahua.com**

1.2.3 Contextualización Micro.

El cantón Patate tiene 11,771 habitantes, de las cuales habitan en parroquias urbanas 1,795 y 9,976 habitan en parroquias rurales. La tasa de analfabetismo para este cantón es de 13 % de la población. La diferencia entre la población analfabeta entre masculina y femenina es notoria: el 9.9 % para los hombres y el 16.1% para las mujeres. Se estima que la escolaridad promedio es de 5.3 años por persona, en el caso de la población masculina es de 9.9 y 9.5 años para la población femenina. **www.Patate.com.**

Respecto al grado de instrucción, el 49.9% de las personas han terminado la primaria, el 9.7% han terminado toda la secundaria y el 6.7% han alcanzado una instrucción superior. En el Cantón Patate existen 2,734 hogares y 2,699 viviendas, de los cuales se estima que el 82.8% tienen una vivienda propia. En lo que se refiere a hogares las condiciones de hacinamiento ha disminuido en donde actualmente tiene el 26.5%. **www.Patate.com.**

Se estima que el índice de oferta en salud en este cantón es de 47.4%, es decir un 5% de incremento, lo que refleja que la calidad de la oferta en salud es aún muy deficiente. En este cantón la pobreza es tan alarmante ya que abarca el 62. %, pero si existen aún personas en hogares con hacinamiento crítico. La desnutrición crónica en la niñez, el riesgo de mortalidad infantil, se estima un índice de vulnerabilidad social para el cantón del 51.7%.**www.Patate.com.**

Según las estadísticas de la Dirección provincial de salud de la provincia de Tungurahua realizadas en el año 2011 del total de consultas brindadas en los controles prenatales por primera vez a las adolescentes entre 10 y 19 años del cantón Patate, fue de 70, mientras que en los controles subsecuentes fue de 233. En el años 2012 se identificaron 10 casos de embarazos en madres adolescentes de Poatug que asiste a los controles médicos al centro de salud de Patate. **Dirección Provincial de Salud de la provincia de Tungurahua**

1.2.4.- Análisis Crítico.

El embarazo en las adolescentes de la población de Poatug del año 2012 se notifico 10 casos que en relación a las estadísticas realizadas en el año 2011 proporcionadas por la dirección de salud de la provincia de Tungurahua se establece que del total de consultas brindadas en los controles prenatales por primera vez a las adolescentes entre 10 y 19 años del cantón Patate, fue de 70, mientras que en los controles subsecuentes fue de 233, debido a que en la mayor parte de los adolescentes de la población de Poatug existe un déficit de conocimientos en relación a la sexualidad, siendo común una falta o distorsión de la información sobre la sexualidad y maternidad, iniciando precozmente su vida sexual.

En el centro de salud de Patate según el análisis de las historias clínicas, las madres de la población de Poatug que asisten a los controles en el centro de salud de Patate de un total de diez madres se establece que tuvieron un inicio de las relaciones sexuales entre 13 y 16 años en la que se realiza un análisis con los datos del censo nacional del año 2010 en la cual se determina que el embarazo en adolescentes menores de 14 años se incrementó en un 74% durante la última década. Mientras que subió en un 9% en las mayores de 15 años.

Por lo cual se evidencia a nivel de la población y del Ecuador un inicio precoz de las relaciones sexuales. Orientados por factores propios de la adolescencia como la curiosidad, pensamientos mágicos, fantasías que les lleva a creer que no pueden quedar embarazadas o por mitos que circulan entre los jóvenes.

La influencia de los amigos y el entorno tiene un impacto negativo sobre la mentalidad de los adolescentes, ya que para ellos la mejor manera de recabar la información son los amigos de mayor edad, la televisión e, internet por la poca o nula educación sexual que se les proporciona en los centros educativos, además por la deficiente promoción de salud sexual existente en las aéreas de salud.

Según datos sobre la tasa de analfabetismo del cantón Patate es de 13 % de la población la diferencia entre la población analfabeta entre masculina y femenina es notoria: el 9.9 % para los hombres y el 16.1% para las mujeres. Se estima que la escolaridad promedio es de 5.3 años por persona, en el caso de la población masculina es de 9.9 y 9.5 años para la población femenina. Respecto al grado de instrucción, el 49.9% de las personas han terminado la primaria, el 9.7% han terminado toda la secundaria y el 6.7% han alcanzado una instrucción superior, relacionados con los factores socioeconómicos deficientes de la población de Poatug.

En el ámbito familiar por ser la adolescencia un proceso de cambios continuos físicos y emocionales, los padres tienen temor, vergüenza o no encuentran las palabras apropiadas para hablarles de sexo a sus hijos, por la poca confianza que existe entre padres e hijos adolescentes, pues estos temas se considera tabú en nuestra sociedad, produciéndose una desintegración familiar, ya que en este proceso los adolescentes no son capaces de tomar decisiones responsable produciendo relaciones inestables, embarazos y madres adolescentes a temprana edad.

Con toda esta problemática social y familiar los adolescente carentes de madurez traen al mundo niños, a ser expuestos al cuidado de familiares y abuelos, debido escaso conocimiento sobre los aspectos del cuidado y protección del niño, no pueden comprender cabalmente lo que es ser mujer menos comprender el significado de tener un hijo a corta edad. Según datos del país algunas terminan siendo mamás, mientras otras recurren al aborto como la alternativa para solucionar un problema personal y social para el que no encuentran otra salida posible. En los sectores populares y marginales, ocho de cada diez chicas embarazadas tienen el bebé. Las dos restantes acuden al aborto.

<http://www.eluniverso.com/2012/03/18/1/1447/nueva-promesa-bajar-tasa-maternidad-adolescente.html>

1.2.5 Prognosis.

Si el problema no se logra resolver, existirán alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño que van a afectar posteriormente en el entrono tanto biológico, psicológico y social del niño.

1.2.6. Formulación del Problema.

¿De qué manera influye ser madre adolescente en el crecimiento y desarrollo del niño, en la población de Poatug que asiste al centro de la salud de Patate del cantón Patate de la Provincia de Tungurahua?

1.2.7. Preguntas Directrices.

¿Existe o no alteraciones en el crecimiento antropométrico en los niños de las madres adolescentes?

¿Qué test se aplica en el área de salud para la valoración del desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses?

¿Qué estrategias se pueden implementar entorno a la comunicación sobre la educación sexual a las madres adolescentes y embarazadas?

¿Qué complicaciones en los niños de las madres adolescentes se puede determinar mediante la aplicación de los test por parte de los profesionales de salud en el centro de salud de Patate?

1.2.8. Delimitación del Problema.

Campo: Enfermería

Área: Salud

Aspecto: Madre adolescente y la relación entre el crecimiento y desarrollo del niño.

Delimitación Temporal

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

Delimitación Espacial.

La población de Poatug que asiste al centro de salud Patate del Área 5 del cantón Patate de la provincia de Tungurahua.

1.3.-Justificación.

El interés por investigar el problema planteado surge al evidenciar un incremento considerable de madres adolescentes a nivel de población de Poatug según datos del centro de salud Patate, afectando al entorno social, familiar de la madre adolescente y del niño. El tema de estudio es importante para concientizar al adolescente sobre la educación sexual con énfasis en las áreas de salud y centro educativos orientando de esta manera sobre la sexualidad responsable.

Lo novedoso del tema es que debe realizarse un plan educativo que incluya un énfasis en la educación sexual tanto de docentes como de padres adolescentes y padres de los adolescentes para crear conciencia sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Es de gran utilidad para fomentar un óptimo cuidado del niño, y valoración de los profesionales de la salud a fin de determinar complicaciones a futuro del niño.

La investigación tiene un impacto social al mejorar la calidad de la comunicación sobre la educación sexual en las áreas de salud, con un adecuado asesoramiento y apoyo psicológico por parte del equipo de salud del centro de salud de Patate y la oportuna identificación de complicaciones en el niño en su crecimiento y desarrollo. El problema de investigación es factible por que se cuenta con el área de salud y la colaboración de las madres adolescentes y sus respectivos hijos.

1.4.-Objetivos

1.4.1.-Objetivo General.

- Determinar de qué manera influye el ser madre adolescente en el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses de la población de Poatug que asiste al centro de salud de Patate del cantón Patate durante el período comprendido desde 23 de Junio al 23 de Noviembre.2012.

1.4.2.-Objetivos Específicos.

- Identificar si existe o no alteraciones en el crecimiento antropométrico en los niños de las madres adolescentes.
- Evaluar en el área de salud la aplicación de los test en la valoración del desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses.
- Identificar complicaciones en los niños de las madres adolescentes mediante la aplicación de los test por parte de los profesionales de salud en el centro de salud de Patate.
- Implementar estrategias entorno a la comunicación sobre educación sexual a las madre adolescentes y embarazadas

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1.-Antecedentes Investigativos.

Investigaciones Previas.

-OÑATE Verónica, (2011), en su trabajo investigativo Factores de Riesgo en Adolescentes Embarazadas Atendidas en El Hospital Provincial General de Latacunga. Los Factores de riesgo presentes en las adolescentes en la Provincia de Cotopaxi atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital Provincial General de Latacunga, constituye las causas más frecuentes en el alto índice de complicaciones en adolescentes embarazadas. Mediante la investigación de campo, utilizando el método epidemiológico se pudo determinar que con respecto al año 2010 el índice de embarazos en 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.

Existe un alto índice de abortos con respecto al año 2010 demostrando así que el cuerpo de una adolescente no está desarrollado bio-fisiológicamente para albergar y desarrollar el producto de la concepción, además existe una afectación psico-social en la adolescente embarazada que requiere una oportuna intervención de concientización sobre su situación y consecuencias futuras a enfrentar para evitar segundas gestas y motivarlas a mejorar su estilo de vida materno infantil por esta razón se propone charlas educativas de educación para la salud reproductiva y sexual que contribuya a disminuir los factores de riesgo en el embarazo en la adolescencia.

-BURROWS,R. (2000) .En la revista Chilena de Pediatría, en su artículo sobre “El crecimiento y desarrollo de hijos de adolescentes de clase media y baja”
Concluye:

“El promedio estatural a los 30 meses de edad, fue significativamente menor en los hijos de adolescentes (tanto varones como mujeres).El ritmo de crecimiento también fue menor en hijos de adolescentes durante los 30 meses de vida y en el último año, al compararlos con los hijos de las mujeres adultas”.

2.2.- Fundamentación Filosófica.

La investigación se enmarca dentro del paradigma Crítico Propositivo. Critico por que los problemas parten de situaciones reales y tienen por objeto transformar la realidad en pro del mejoramiento de los grupos o individuos implicados en ella. Por tanto, los problemas de Investigación arrancan de la acción. En este caso se analizara la realidad de la madre adolescente y las alteraciones que se pueden dar en el niño en proceso de crecimiento y desarrollo en su contexto y. Propositivo por que busca plantear soluciones al problema investigado.

2.3.-Fundamentación Legal.

Artículos del Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador 2010

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.

Art. 6.- Igualdad y no discriminación.- Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia; color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares

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. Se prohíben los experimentos y manipulaciones médicas y genéticas desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento de niños, niñas y adolescentes; y la utilización de cualquier técnica o práctica que ponga en peligro su vida o afecte su integridad o desarrollo integral

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 parto. El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños y niñas y adolescente crearán condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas, con peso inferior a dos mil quinientos gramos

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

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

- Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;
- Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;
- Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;
- Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;
- Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente;
- Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios;
- Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales;
- El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;
- El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre; y,
- El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas

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:

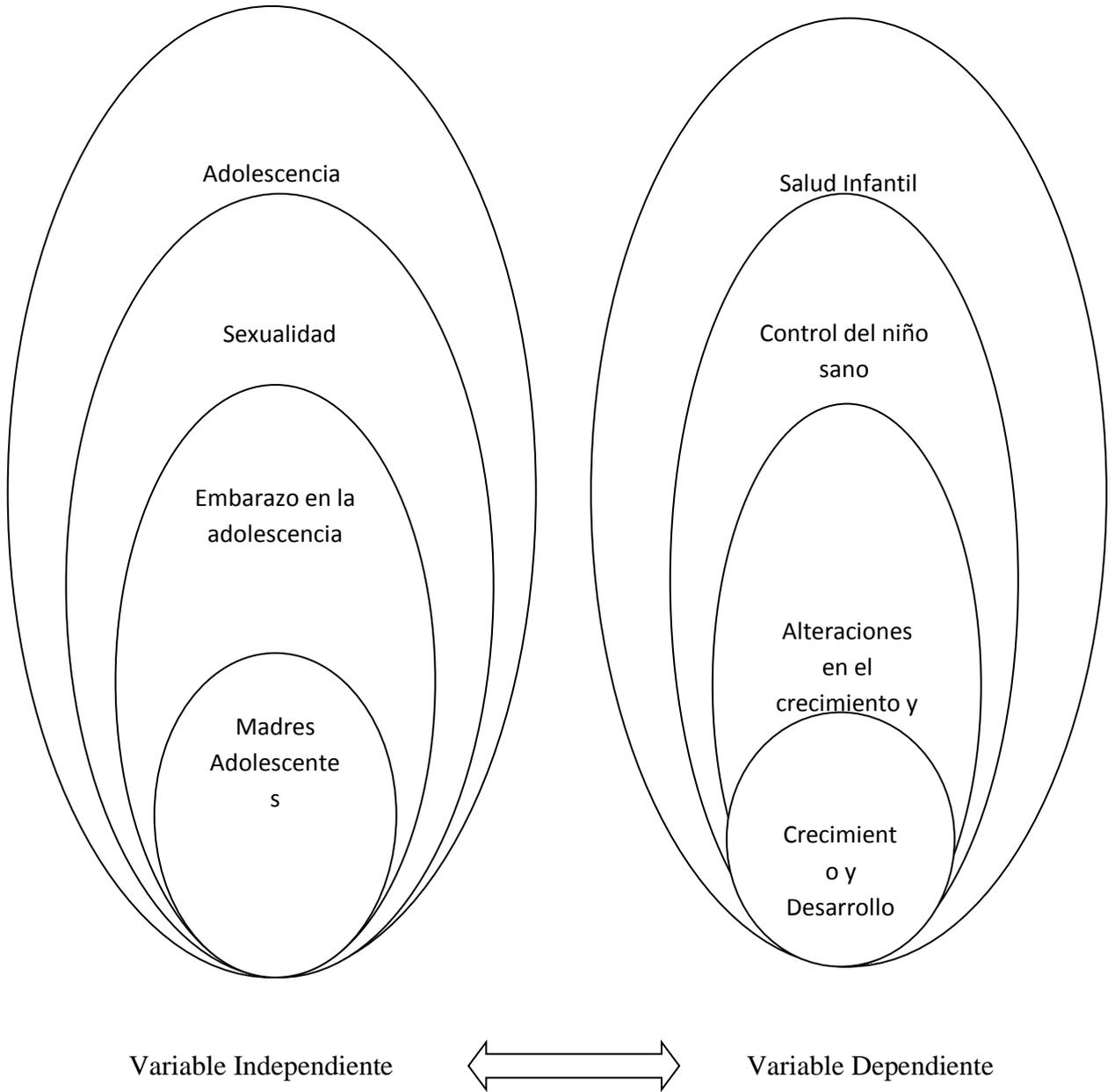
- Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior;
- Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno

infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;

- Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo, para que reciban el tratamiento y estimulación oportunos;
- 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
- Organizar servicios de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

2.4.-Categorías fundamentales.



CATEGORÍAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.

2.5. MADRES ADOLESCENTES.

Se llama madre adolescente a quien ha tenido un embarazo entre los 10 a 19 años de edad. Siendo la adolescencia un período en el cual los niños y niñas dejan la infancia, para comenzar el proceso de cambios que les conducirán a la fase adulta del ciclo vital y se caracterizan por un desarrollo biológico, emocional, mental, social de la personalidad.<http://www.monografias.com/trabajos14/personalidad>

2.5.1. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

Se define como embarazo adolescente o embarazo precoz aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad ,comienzo de la edad fértil , en general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica.<http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp>

El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea éste espontáneo o inducido, en éste último caso de manera legal o ilegal dependiendo de legislación de cada país. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. <http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp>

Reacciones Emocionales de la Adolescente ante el embarazo.

Negación. Se niegan a admitir el problema, la mayoría no desea tener el bebé y la nueva situación se convierte en un problema difícil de aceptar, cualquier cosa que decidan hacer sobre su embarazo tiene sentimientos conflictivos.

Rechazo total hacia el bebé. No quieren tenerlo, son muy frecuentes los sentimientos de culpabilidad, pérdida de autoestima, anorexia, tristeza y depresión.

Dificultad de contárselo a la familia. Puede ocurrir que sea un embarazo buscado, es el caso de niñas que desean salir del entorno familiar, o que desean tener el bebé para tener a alguien a quien querer, en tal caso el único problema consciente al que se enfrentan es el de comunicárselo a sus familias.

Miedo e inseguridad ante la nueva situación. Entran en otra etapa de su vida, saltando por la adolescencia se adentran en el mundo de los adultos para el cual aún no están preparadas, tienen que afrontar el problema con responsabilidad y surge el miedo. <http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp>

Causas del embarazo en la adolescencia.

Comportamiento sexual adolescente: Tener prácticas sexuales a los 20 años se considera un hábito normal en todo el mundo, en los países con bajos niveles de embarazo en la adolescencia no se considera adecuada la maternidad prematura pero sí las relaciones sexuales entre los adolescentes, además de la práctica sexual deseada y consentida pero practicada sin métodos anticonceptivos también existen comportamientos sexuales no deseados por los adolescentes que pueden contribuir a incrementar los embarazos no deseados.

Falta de información sobre métodos anticonceptivos: Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o no tener un fácil acceso a su adquisición, también pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos, en muchos casos se usan los métodos pero de modo inadecuado.

Diferencia de edades en las relaciones sexuales: Se indican que la diferencia de edad entre las adolescentes y los hombres que las embarazan es un factor a tener en cuenta, las adolescentes que tienen relaciones con chicos mayores que ellas, y en particular con hombres adultos, tienen más probabilidades de quedarse embarazadas que las adolescentes que tienen relaciones sexuales con chicos de su edad quienes son también más proclives a llevar el embarazo a término en lugar de tener un aborto.

Abusos sexuales: Diversos estudios de Estados Unidos han encontrado que entre el 11 y el 20 % de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación, mientras que un 60 % de las madres adolescentes tenían experiencias sexuales no deseadas anteriores a su embarazo, antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario.

Violencia durante el noviazgo: Las adolescentes son a menudo víctimas de maltrato por el novio, concretamente en el momento de la concepción. También los estudios señalan que el conocimiento del embarazo por parte del padre a menudo intensifica el comportamiento violento por parte del novio. Las menores de 18 años tienen el doble de probabilidades de ser golpeadas y maltratadas por el padre de sus hijos que las mujeres mayores de 18 años.

Violencia doméstica: En un estudio en 379 adolescentes embarazadas y los respectivos padres y 95 adolescentes sin hijos, mostró que el 62% de las niñas de 11-15 años y el 56% de las chicas de 16-19 años admitieron haber sufrido violencia doméstica a manos de sus parejas. Por otra parte, el 51% de las chicas indicaron haber sufrido al menos un caso en que su novio intentó sabotear sus esfuerzos por usar métodos anticonceptivos.

Factores socioeconómicos: La pobreza se asocia con altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así en países económicamente pobres, tienen un número mayor de madres adolescentes en comparación con países económicamente más ricos.

Ambiente en la infancia: Las mujeres expuestas al abuso, la violencia doméstica y los conflictos familiares en la infancia tienen más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia, y el riesgo de quedar embarazada aumenta con el número de experiencias adversas en la infancia. Según un estudio realizado, un tercio de los embarazos de adolescentes se podrían evitar mediante la eliminación de la exposición al abuso, la violencia y los conflictos familiares, aquellos niños criados en hogares con una madre que había sido maltratada o que había sufrido violencia física directa, es más propensos a dejar embarazada a una chica. <http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp>

Factores Pre disponibles.

Menarquía Temprana: Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

Inicio precoz de las relaciones sexuales: Cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

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

Bajo nivel educativo: Con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

Migraciones recientes: Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

Pensamientos Mágico: Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

Falta o distorsión de la información: Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

Factores socioculturales: La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

Consecuencias

Consecuencias para la Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia, las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

Consecuencias para el hijo de la madre Adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de muerte súbita, tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Consecuencias para el padre Adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia, también es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz. http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

Complicaciones del embarazo en adolescentes.

El embarazo y el parto de una adolescente son de alto riesgo, la probabilidad de que surjan complicaciones es mayor cuanto menor es la edad de la embarazada, también es mayor si existe una deficiente nutrición que con frecuencia es escasa en vitaminas y minerales que afectan tanto a la madre como al niño. <http://www.wepeconsultas.com/bebes-y-niños/el-bebe/un-test-genético-identifica-la-causa-de-muerte-del-feto-7606>

El bajo peso del niño y el parto prematuro son mayores en los partos de las adolescentes debido a la inmadurez hormonal de la adolescente y a que el útero no ha completado su desarrollo. Las adolescentes menores de 15 años tienen un riesgo más elevado de complicaciones en el embarazo, las necesidades nutricionales de las adolescentes embarazadas son más altas porque deben sustentar su propio crecimiento, las necesidades fetales pueden competir con las del organismo de la adolescente, además es posible que las dimensiones de la pelvis sean inadecuadas para permitir un parto a término debido al desarrollo incompleto de su esqueleto.

<http://www.wepconsultas.com/bebes-y-niños/el-bebe/un-test-genético-identifica-la-causa-de-muerte-del-feto> 7606

Los bebés que nacen con peso bajo pueden tener problemas de salud durante los primeros meses de vida y son más proclives que los bebés de peso normal a tener complicaciones del desarrollo. El embarazo en la adolescencia está asociado con un mayor índice de morbilidad y mortalidad, para la madre y para el bebé, además muchas de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas en los dos años siguientes al nacimiento del primer bebé. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones médicas graves durante la gestación como:

- Placenta previa.
- Preeclampsia
- Parto prematuro.
- Anemia grave.
- Presentaciones fetales distócicas
- Desproporción céfalo pélvicas

Entre los problemas que pueden afectar al niño destacan:

- Bajo peso al nacer.
- CIR (crecimiento intrauterino retardado).
- Prematuridad
- Malformaciones

- Riesgo de sufrir accidentes, enfermedades, o tener una alimentación inadecuada debido a falta de cuidados maternos.
- Bajo rendimiento académico.
- Ser madre padre en la adolescencia, al igual que sus progenitores.

<http://www.wepconsultas.com/bebes-y-ñiños/el-bebe/un-test-genético-identifica-la-causa-de-muerte-del-feto> 7606

2.5.2. SEXUALIDAD.

La sexualidad es un proceso en construcción permanente a lo largo de la vida de las personas y que rebasa los aspectos anatómicos y las funciones biológicas: fecundación, embarazo, parto está en continua transformación y tiene que ver con la interacción con otras personas, interviniendo con la construcción de roles de género, la vivencia de masculinidad y feminidad, la identidad como te defines a ti mismo y como te proyectas con los demás, en las relaciones con tu cuerpo, con tu pareja.**<http://html.rincondelvago.com/sexualidad-en-la-adolescencia.html>**

La complejidad de los comportamientos sexuales de los humanos es producto de su cultura, su inteligencia y de sus complejas sociedades, y no están gobernados enteramente por los instintos, como ocurre en casi todos los animales. Sin embargo, el motor base del comportamiento sexual humano siguen siendo los instintos, aunque su forma y expresión dependen de la cultura y de elecciones personales; esto da lugar a una gama muy compleja de comportamientos sexuales.**<http://html.rincondelvago.com/sexualidad-en-la-adolescencia.html>**

En la sexualidad humana pueden distinguirse aspectos relacionados con la salud, el placer, legales, religiosos, etc. El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo sentirse hombre, mujer o ambos a la vez y de las expectativas de rol social. En la vida cotidiana, la sexualidad cumple un papel muy destacado ya que, desde el punto de vista emotivo y de la relación entre las personas, va mucho más allá de la finalidad reproductiva y de las normas o sanciones que estipula la sociedad..<http://www.euroresidentes.com/adolescentes/adolescencia.htm>

Según la OMS la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre.<http://html.rincondelvago.com/sexualidad-en-la-adolescencia.html>

Etapas de la sexualidad.

De 0 a 1 año: la sexualidad en un niño recién nacido, está muy vinculado a la relación con sus padres, su vivencia a través de los cuidados y las caricias de sus progenitores a través de ellos se crean lazos afectivos que serán necesarios para el desarrollo social y sexual de estos niños.

De 1 a 3 años y medio en la segunda etapa: el niño tiene un estrecho vínculo con su familia, esto hace que su pensamiento se vaya enriqueciendo, en esta etapa se oponen a las reglas que imponen sus padres, como una forma de afianzar su independencia, se experimentan más sensaciones de placer al controlar los

esfínteres y a evacuar, con lo que empiezan a conocer su cuerpo, lo que necesitan y lo que le produce placer

De 3 años y medio a 6 años en la tercera etapa: Se caracteriza por la exploración del mundo, tanto a nivel físico, como social, con lo que refuerzan los vínculos con su familia y amigos. Por ello, comienzan a descubrir su sexualidad y nos encontramos con el periodo de enamoramiento del padre del sexo opuesto o en algunos casos hasta del mismo sexo.

De 6 a 9 años en la etapa cuarta: Comienzan el crecimiento físico va equilibrándose con el desarrollo afectivo, permitiendo que surja el interés de conocer y saber sobre el mundo y sus fenómenos. De la misma manera, es fundamental el reconocimiento de las personas de su entorno hacia ellos, y cómo afecta esto a la concepción de su propia imagen, el interés sexual se centra en el conocimiento del cuerpo y de los órganos sexuales, los juegos sexuales, mixtos o entre miembros del mismo sexo, forman parte de esta etapa y son un elemento clave para la formación de la identidad sexual. Los valores de la sociedad y de la familia sobre la sexualidad influyen mucho en esta etapa.

Adolescencia inicial o pre adolescencia de 10 a 24 años: Las hormonas sexuales se activan en esta etapa, estas son las que determinaran los cambios físicos y psicológicos. Al principio el cuerpo sufre un crecimiento acelerado, después surgen una serie de cambios de forma: a las chicas le crecen las caderas, los pechos, les sale vello en la pelvis y a los chicos, les cambia la voz, les crecen los genitales y les sale vello en el pubis.**Ann, M.(2000).Asistencia de Enfermería Materno Infantil. Madrid España: Editorial Miguel Martin Romo**

Sexo.

Es diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción. A través de esta diferencia, una especie puede combinar de forma constante su información genética y dar lugar a descendientes con genes distintos. Algunos de estos descendientes llegan a adaptarse mejor a las posibles variaciones del entorno.

Ann, M.(2000).Asistencia de Enfermería Materno Infantil. Madrid España: Editorial Miguel Martin Romo

Los seres humanos poseen órganos especializados las gónadas, que producen células sexuales los gametos, en el momento de la fecundación, la información genética se transfiere desde unos espermatozoides pequeños y móviles (gametos masculinos), a unos óvulos más grandes (gametos femeninos). Los órganos reproductores masculinos y femeninos suelen madurar en distintos momentos, que coincidan con la maduración de otros individuos, lo que hace posible una fecundación cruzada.

Ann, M.(2000).Asistencia de Enfermería Materno Infantil. Madrid España: Editorial Miguel Martín Romo

Reproducción.

Es el proceso por el cual procrean los organismos, es una de las funciones esenciales de los organismos vivos, tan necesaria para la preservación de las especies como lo es la alimentación para la conservación de cada individuo, en casi todos los organismos animales la reproducción ocurre durante o después del periodo de crecimiento máximo. Los factores ambientales también influyen en la reproducción de los organismos animales, aunque en ellos, los hormonales son más importantes.

Campos, J. Borja, M. Barrientos, A. (2013).Amir Enfermería. Madrid España. Editorial Joaquín María López.

2.5.3. 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 es decir la aparición de caracteres sexuales primarios y secundarios; pero en la realidad es mucho más compleja la experiencia en pro de la identidad de hombres y mujeres porque en el intervienen las personas, con toda su complejidad, y entran en juego los sistemas de relaciones y modelos sociales y culturales.

<http://www.hola.com/salud/enciclopediasalud/2012040445052/pediatria/adolescencia/hablando-de-sexualidad-con-adolescentes/>

La OMS define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económico y fija sus límites entre los 10 y 20 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años, la adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años, a la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 años hasta los 24 años.**<http://www.hola.com/salud/enciclopediasalud/2012040445052/pediatria/adolescencia/hablando-de-sexualidad-con-adolescentes/>**

La etapa más conflictiva en la experiencia de padres 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 es esta etapa vital. La adolescencia es un tiempo personal que marca el ingreso al mundo a través de la conquista de un espacio propio en el aspecto social y cultural. Tiempo con una cronología que, si bien incluye la de los años y meses del calendario, posee otras significaciones temporales construidas en un mundo en donde cuenta más que nada lo imaginario, las expectativas, las esperanzas e ilusiones.

Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento tienen tres grandes características: Se realizan en forma secuencial, es decir, unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación, el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco, los testículos se incrementan antes que el pene, etc.

<http://www.hola.com/salud/enciclopediasalud/2012040445052/pediatria/adolescencia/hablando-de-sexualidad-con-adolescentes/>

El tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades y los sexos, cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo, cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su origen étnico, su constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endocrino y ambiente sociocultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente. <http://www.hola.com/salud/enciclopediasalud/2012040445052/pediatria/adolescencia/hablando-de-sexualidad-con-adolescentes/>

Aspectos psicosexuales de la adolescencia

Fantasías sexuales.: Los sueños y las fantasías sexuales se tornan más frecuentes y explícitos en la adolescencia, muchas veces como elemento auxiliar de la masturbación. Parece ser que la fantasía, en el marco de la adolescencia, cumple varios cometidos: realza por lo general el placer de la actividad sexual; puede sustituir a una experiencia real pero inasequible; origina excitación o provoca el orgasmo; constituye una especie de plataforma de ensayo mental de cara a ulteriores situaciones sexuales aumentando la tranquilidad y anticipándose a posibles problemas, igual que ocurre con el ensayo de cualquier otra actividad y en fin, supone un medio de experimentación sexual sin riesgos, controlable y nada conmocionante.

La experiencia del adolescente, en cuanto a la exploración del alcance y aplicabilidad de las fantasías, repercute decididamente en su actividad sexual y en la propia seguridad a la hora de desempeñarse sexualmente en fases posteriores

Independencia.: A medida que el adolescente pugna por consolidar un sentido de identidad e independencia personal con respecto a sus padres y a otras figuras autoritarias, adquieren gran importancia las relaciones recíprocas con los compañeros y compañeras de la misma o parecida edad. Así, por ejemplo, la necesidad de libertad que experimenta el adolescente se acompaña normalmente del imperativo de ser como sus amigos, por más que en ocasiones ambas exigencias sean contrapuestas o antagónicas. Las presiones del grupo de edad a que pertenece el adolescente varían según las colectividades sociales.

Reacciones paternas.: Muchos adultos dan la impresión de sentirse amenazados por las pautas del adolescente en esta materia y tratan de regularlas de manera ilógica, como lo demuestra el hecho de que se pretenda a veces suprimir la educación sexual en las escuelas, restringir la información sobre métodos anticonceptivos, censurar libros y películas o, sencillamente, fingir que la sexualidad del adolescente no existe en absoluto. Por fortuna, no todos los padres adoptan una visión tan negativa de la sexualidad juvenil y en algunos casos asumen posturas más liberales.

También es importante constatar que la conducta sexual del adolescente puede crear inquietud en los progenitores, a muchos padres les preocupa que sus hijos adolescentes se vean atrapados en un embarazo involuntario, conscientes de que, aun cuando él o ella dispongan de medios anticonceptivos, quizá no los sepan utilizar eficazmente en el momento preciso. Los padres también se inquietan, y no sin motivo, de que sus hijos adolescentes puedan contraer una enfermedad venérea. **Stettler N, Bhatia J, Parish A, Stallings VA. Feeding healthy infants, children, and adolescents. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 42.**

Etapas de la adolescencia.

Adolescencia Temprana (10 a 13 años).-Biológicamente es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años).- Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo, muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años).-Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

<http://med.unne.edu.ar/revista/tapa.htm> tapas

Desarrollo de la adolescencia.

Desarrollo Físico.- El comienzo de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos. En este momento, la actividad de la hipófisis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento produce una aceleración del crecimiento que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años. Este rápido crecimiento se produce antes en las mujeres que en los varones, indicando también que las primeras maduran sexualmente antes que los segundos.

La madurez sexual en las mujeres viene marcada por el comienzo de la menstruación y en los varones por la producción de semen. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Estas sustancias están también asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias. En los varones aparece el vello facial, corporal y púbico, y la voz se hace más profunda. En las mujeres aparece el vello corporal y púbico, los senos aumentan y las caderas se ensanchan. Estos cambios físicos pueden estar relacionados con las modificaciones psicológicas; de hecho, algunos estudios sugieren que los individuos que maduran antes están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran más tarde.<http://www.hola.com/salud/enciclopediasalud/2012040445052/pediatria/adolescencia/hablando-de-sexualidad-con-adolescentes/>

Desarrollo Intelectual.-Durante la adolescencia no se produce cambios radicales en las funciones intelectuales, sino que la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente.

Desarrollo sexual.-Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En esta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como a la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Sin embargo, a partir de la década de 1960, la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado.

Por otro lado, algunos adolescentes no están interesados o no tienen información acerca de los métodos de control de natalidad o los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual. Como consecuencia de esto, el número de muchachas que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas están aumentando

Desarrollo Emocional.- El psicólogo estadounidense G. Stanley Hall afirmó que la adolescencia es un periodo de estrés emocional producido por los cambios psicológicos importantes y rápidos que se producen en la pubertad. <http://www.hola.com/salud/enciclopediasalud/2012040445052/pediatria/adolescencia/hablando-de-sexualidad-con-adolescentes/>

CATEGORIAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

2.6 CRECIMIENTO Y DESARROLLO

2.6.1 SALUD INFANTIL.

La salud de los niños abarca su bienestar físico, mental, emocional y social, desde la infancia hasta la adolescencia. Según la OMS la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.<http://www.hola.com/salud/enciclopediasalud/2010040144942/pediatria/enfermedades-transtornos-infantiles/enfermedades-pr>

2.6.2. CONTROL DEL NIÑO SANO

La niñez es una época de crecimiento y cambios rápidos. Cada consulta incluye un examen físico completo. En este examen, se verifica el crecimiento y desarrollo del niño pequeño y trata de encontrar problemas a tiempo. Se registrará el peso, la estatura y otra información importante. Asimismo, la audición, la visión y otros exámenes serán parte de algunas consultas o controles. La atención preventiva es importante para mantener sanos a los niños.<http://www.hola.com/salud/enciclopediasalud/2010040144942/pediatria/enfermedades-transtornos-infantiles/enfermedades-pr>

Medidas antropométricas.

Antropometría es el conjunto de procedimientos utilizados para determinar las dimensiones o medidas de los seres humanos. Es el método más utilizado para evaluar el estado nutricional de las personas durante todo el ciclo de la vida, desde el nacimiento hasta la vejez. Permite estimar la composición corporal, inferir acerca de la ingestión de los 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.

Las medidas más comunes son del peso de la talla, de los segmentos corporales del grosor de los pliegues o de los perímetros de miembros, cráneo, cintura, cadera, tronco, muñeca etc.

Peso.

Expresa el crecimiento de la masa corporal en su conjunto. Para evaluar adecuadamente su significado hay que tener en cuenta la edad del niño, la talla, la configuración del cuerpo, las proporciones de grasa, músculo y hueso, el peso al nacimiento y la constitución física de los padres, entre otros.

Talla.

Es la dimensión que mide la longitud o altura de todo el cuerpo; cuando se le toma en posición acostada se le denomina longitud supina y cuando se le toma en posición de pie, estatura. Se considera la dimensión más útil para la evaluación retrospectiva del crecimiento.

Perímetro Cefálico.

El perímetro cefálico o perímetro craneal es la medida del contorno de la cabeza en su parte más grande, situado sobre las orejas y cejas. Se mide utilizando una cinta métrica. Al nacer, esta medida puede estar modificada por distintos factores.

La medida del perímetro cefálico forma parte de la rutina del pediatra para verificar el desarrollo sano del niño, tanto al nacer como después en las visitas rutinarias al especialista, normalmente hasta los 3 años de edad.

<http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/348081.la-nutricion-de-los-ninos.html>

Nutrición.

La nutrición humana, conjunto de procesos mediante los cuales el cuerpo humano transforma y utiliza los nutrientes para obtener energía, así como para mantener y reparar los tejidos. El organismo necesita adquirir un aporte externo de materia, imprescindible para conseguir las sustancias que regulan los procesos metabólicos, la energía necesaria para realizar las numerosas reacciones químicas que constituyen el metabolismo, y la materia necesaria para construir y reparar los tejidos (función reguladora, energética y plástica). **Reeder M, (2001), Enfermería Materno Infantil, 17a edición.**

La nutrición es un proceso involuntario que comprende la absorción y las transformaciones que experimentan los nutrientes para convertirse en sustancias químicas sencillas. Sin embargo, la alimentación es un proceso voluntario y consciente mediante el cual el ser humano lleva a cabo la ingestión de alimentos ricos en materia orgánica e inorgánica. **Reeder M, (2001), Enfermería Materno Infantil, 17a edición.**

La nutrición juega un papel fundamental en los primeros años de vida del niño, particularmente en su salud, lo cual impacta en el desarrollo intelectual y en el desempeño físico del niño, lo que le permitirá convertirse en una persona productiva. Muchos nutriólogos señalan que los primeros dos años de vida son fundamentales para establecer las bases de una buena alimentación, incluso hay algunos que recomiendan una nutrición más sana desde el vientre materno, incluso antes, en la edad fértil de toda mujer. **Reeder M, (2001), Enfermería Materno Infantil, 17a edición.**

Una de las recomendaciones de alimentación bien fundamentadas a nivel internacional, es la que se basa en la leche materna de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Cuando el pequeño toma el pecho materno a libre demanda no es necesario complementar su alimentación con otros líquidos, incluso con agua simple o té, pues al ofrecer otras bebidas se ocupa parte de la capacidad gástrica que debiera destinarse a la leche materna, pues también se corre el riesgo de que los líquidos estén contaminados y ocasionen diarrea.

Reeder M, (2001),Enfermería Materno Infantil, 17a edición.

Recomendaciones para una dieta saludable-0-2 Años de edad.-La leche materna es el mejor alimento para los lactantes desde que nacen hasta que cumplen seis meses de edad. Proporciona buena nutrición y protege contra las infecciones. La lactancia materna debe continuarse por lo menos durante el primer año de vida, si es posible. Si esto no es posible o no se desea, se debe usar preparación (fórmula) para lactantes enriquecida con hierro no leche de vaca durante los primeros 12 meses de vida. La leche entera de vaca se puede usar para reemplazar la preparación para lactantes o la leche materna después de que el bebé haya cumplido 12 meses de edad. **Reeder M, (2001),Enfermería Materno Infantil, 17a edición.**

Los bebés alimentados con leche materna, particularmente los que tienen la piel oscura, que no reciben sol regularmente posiblemente necesiten recibir suplementos de vitamina D. Comience a darle al bebé alimentos sólidos cuando tenga 4-6 meses de edad. La mayoría de los expertos recomiendan que el primer alimento que se le dé sea cereal de arroz enriquecido con hierro. **Reeder M, (2001),Enfermería Materno Infantil, 17a edición.**

Comience a darle al bebé alimentos nuevos, uno por uno, para así saber cuáles alimentos causan problemas (alergias). Por ejemplo, espere una semana antes de comenzar a darle un nuevo cereal, verdura u otro alimento. Use alimentos ricos en hierro, como granos, cereales enriquecidos con hierro, y otros granos y carnes. No dé miel de abeja a los lactantes durante los primeros 12 meses de vida. No limite la cantidad de grasas durante los primeros 2 años de vida. **Reeder M, (2001), Enfermería Materno Infantil, 17a edición.**

Recomendaciones para una dieta saludable-2 Años y más.-Dé a su niño alimentos variados, incluyendo muchos granos integrales, frutas y verduras. Use sal (sodio) y azúcar con moderación. Fomente una dieta baja en grasas, grasas saturadas y colesterol. Ayude a sus hijos a mantener un peso adecuado dándoles alimentos buenos para la salud y animándolos a hacer ejercicio regularmente. **Reeder M, (2001), Enfermería Materno Infantil, 17a edición.**

Lactancia Materna

La lactancia materna, es el momento más íntimo que puede existir entre la madre y el hijo, es una forma inigualable de ofrecer el alimento ideal para que los hijos crezcan sanos y fuertes. La Organización Mundial de la Salud recomienda como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. <http://www.kellymom.com>

También es recomendable seguir amamantando al bebé, al tiempo que se le va ofreciendo otro tipo de alimentos complementarios. La lactancia materna es un beneficio particular para los sentidos, la cercanía intensa, fortalece el vínculo madre- hijo y acumula la confianza, crea un lazo de amor muy fuerte que protege al bebé tanto física como mentalmente <http://www.kellymom.com>

Además de la importancia psicológica, la lactancia materna es decisiva cuando se trata de la salud y el desarrollo de un niño, incluso años más tarde. La lactancia materna ayuda a prevenir enfermedades y alergias, ya que ésta, se acumula al sistema inmunitario. La lactancia materna eleva los requerimientos del organismo materno en mayor grado que lo hace durante el embarazo. Después del parto, el niño se alimenta todavía del organismo materno, pero el alimento lo producen las glándulas mamarias y no a través de la circulación placentaria como en la vida prenatal..<http://www.kellymom.com>

A medida que el niño crece, gana peso y tiene una mayor actividad, debe aumentarse el aporte alimentario materno. Un lactante normal consume aproximadamente de 130 a 150 ml. por cada kilogramo peso, que equivale a cinco onzas por cada lactada. La leche humana tiene un valor calórico de 20 Kcal por onza..<http://www.kellymom.com>

Alimentación complementaria.

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento .**BRYAN ZAMBRANO, Nohora, et all., Modern BilingualDictionary. La Casa del Diccionario, Impreso., 2010**

La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna. **BRYAN ZAMBRANO, Nohora, et all., Modern BilingualDictionary. La Casa del Diccionario, Impreso., 2010**

Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos. Además deben administrarse de forma apropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del niño y administrarse de forma que respondan a su demanda, de conformidad con los principios de la atención psicosocial. La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. **BRYAN ZAMBRANO, Nohora, et all., Modern BilingualDictionary. La Casa del Diccionario, Impreso., 2010**

La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma. A esto se le llama alimentación activa. La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee.

Las prácticas alimentarias inadecuadas son a menudo un determinante de la ingesta insuficiente más importante que la disponibilidad de alimentos en el hogar. **BRYAN ZAMBRANO, Nohora, et all., Modern BilingualDictionary. La Casa del Diccionario, Impreso., 2010**

Inmunizaciones

La vacunación o inmunización es una forma de mejorar el sistema inmunitario y prevenir enfermedades graves y potencialmente mortales. Las vacunas le enseñan al cuerpo cómo defenderse cuando los microorganismos, como virus o bacterias, lo invaden. **BRYAN ZAMBRANO, Nohora, et all., Modern BilingualDictionary. La Casa del Diccionario, Impreso., 2010.**

Programas del Ministerio de Salud Pública para la madre y el niño.

PANN 2000.-(Programa Nacional de Alimentación y Nutrición).Es un programa preventivo dirigido a todos los lactantes y niños pequeños desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad, que reciben atención médica mediante los servicios del gobierno. El Programa prioriza su atención a parroquias de mayor pobreza.<http://josevilapradoparaelmedico.blogspot.com/>

El Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador fue creado en el año 1998 e implementado en el año 2000 con el apoyo de organismos nacionales e internacionales y ONG, para mejorar el estado nutricional, prevenir el retraso en el crecimiento y la deficiencia de micronutrientes en lactantes y niños pequeños, mediante buenas prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria y acceso a un alimento complementario con adecuada densidad de nutrientes.<http://josevilapradoparaelmedico.blogspot.com/>

PIM.-Este programa fue creado por el Ministerio de Salud Pública en 1995 para el control de las principales deficiencias de micronutrientes, como el Hierro y la Vitamina A.

Desnutrición Cero .-A partir del año 2009, se inicia el diseño de la intervención nutricional territorial integral ahora acción nutrición, que implica una respuesta articulada desde los ministerios de sector social: salud, inclusión económica y social, educación, agricultura y vivienda; con el objetivo de mejorar la situación de salud y nutrición de la población, con énfasis en niños y niñas menores de cinco años, mediante intervenciones de varios sectores articuladas que modifiquen los factores determinantes de la malnutrición.

<http://josevilapradoparaelmedico.blogspot.com/>

Desde el punto de vista nutricional, las carencias más importantes en los niños con desnutrición crónica son de proteínas, hierro, vitamina A y zinc. La anemia por carencia de hierro en la alimentación de la población ecuatoriana bordea el 60% en menores de dos años y 44% en mujeres entre 15 y 49 años. Por ello, la estrategia interviene en 27 cantones con la más alta tasa de desnutrición crónica infantil, localizados principalmente en las zonas rurales indígenas de la sierra en las provincias de Chimborazo, Bolívar, Cotopaxi, Cañar, Tungurahua e Imbabura. Además, de Manabí, en la Costa, y las ciudades de Quito, Manta y Guayaquil.**<http://josevilapradoparaelmedico.blogspot.com/>**

Las metas centrales son las de erradicar la desnutrición crónica en niños y niñas y la anemia en menores de un año hasta el 2015; y reducir en un 50% la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de cinco años hasta el 2013, en la población intervenida. **<http://josevilapradoparaelmedico.blogspot.com/>**

Sexualidad sin misterios.- Habla serio, sexualidad sin misterios es una campaña social emprendida por varios ministerios, para erradicar los mitos y tabúes que existen alrededor de la sexualidad en el Ecuador. Aquí se habla sin vergüenza ni tapujos, atacando directamente la desinformación y llamando a las cosas por su nombre. Brinda información especializada a la población en general, pero se enfoca sobre todo en los y las adolescentes para prevenir el embarazo precoz. "Habla serio, sexualidad sin misterios" es una forma atractiva y cómoda de acceder a aquellas preguntas que siempre te hiciste.<http://www.netterimages.com>;<http://josevilapradoparaelmedico.blogspot.com/>

Maternidad gratuita.- Este programa pretende el acceso a la salud, mediante el financiamiento de los gastos médicos, micronutrientes, insumos médicos y de laboratorio, en todas las unidades de salud pública del país para prestaciones de salud sexual y reproductiva sin costo para los usuarios la misma que está vigente desde el 2002. (MSP Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia).

2.6.3 ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DEL DESARROLLO.

Alteraciones del crecimiento.

La alteración del crecimiento puede definirse como una desviación del patrón normal del crecimiento de los niños sanos, tras el nacimiento, los niños deben ganar entre 150 y 200 gramos por semana desde la segunda semana hasta la edad de tres meses, el peso al nacimiento debe haberse multiplicado por dos a la edad de cinco meses.

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m317leccion.html>

Todos los niños difieren en tamaño, por razones genéticas, el examen del crecimiento, no puede estar basado en una única determinación de la talla por esta razón es de capital importancia efectuar un seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño durante un determinado periodo de tiempo y empleando sistemas especiales de medida por lo cual no es el peso y la talla en un momento dado lo que más nos interesa, sino las velocidades de incremento de talla y peso del niño.

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m3l7leccion.html>

Con frecuencia los hijos de padres bajos crecen a la misma velocidad que los niños con padres altos hasta alrededor del año de edad a continuación suelen seguir una curva de crecimiento más lenta después de una enfermedad es normal que los niños recuperen el peso perdido rápidamente y que vuelvan a su velocidad de crecimiento previa.

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m3l7leccion.html>

Los niños que han presentado un crecimiento retrasado durante la fase de vida intrauterina crecen proporcionalmente más que otros niños después del nacimiento, a continuación comienzan a seguir un patrón de crecimiento normal.

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m3l7leccion.html>

Es necesario emplear un ajuste en las tablas de crecimiento para los niños que nacen prematuramente, el cálculo se realiza restando de la edad actual del niño el número de semanas en que el niño nació prematuro, esto es, el número de semanas que le faltaron para llegar a un embarazo a término. Esta corrección puede aplicarse hasta que el niño alcanza los dos años de edad. La velocidad de crecimiento de un niño y el comienzo de la pubertad dependen en parte de factores hereditarios.

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m3l7leccion.html>

Talla baja.-El retraso de crecimiento es un problema médico frecuente, representa alrededor del 50% de las consultas endocrinológicas de niños y adolescentes. Sin embargo, sólo un pequeño porcentaje de éstos presenta una enfermedad al ser evaluados en el contexto familiar o de su grupo étnico.**M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

Se considera que un paciente tiene talla baja cuando su relación talla/edad está dos desviaciones estándar bajo el promedio poblacional esperado para su edad y sexo, o por debajo del percentil tres, por otra parte independiente del percentil talla/edad en que esté un niño, si la velocidad de crecimiento medida durante un período mínimo de 6 meses de observación, está bajo el percentil 10 de las curvas de crecimiento de Tanner, ese niño presenta un serio trastorno en su crecimiento. Entre los 4 y 10 años de edad debe considerarse anormal un incremento menor de 4,5 cm/año.**M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

Talla baja de inicio prenatal.- Se considera retraso de crecimiento intrauterino cuando el peso y/o talla de nacimiento está bajo el percentil 10 para su edad gestacional, las causas son múltiples pueden ser de origen materno, útero placentarias, fetales y en un alto porcentaje desconocidas.<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m317leccion.html>

Talla baja de inicio postnatal.- Dentro de los retrasos de crecimiento postnatal con segmentos corporales proporcionados están las variantes normales, las enfermedades sistémicas no endocrinas y las alteraciones hormonales, siendo las dos primeras los cuadros más frecuentes. **M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

Retraso de talla constitucional.- Se aplica este término a niños que son pequeños porque tienen una maduración más lenta que lo normal. Se ve preferentemente en varones con talla de nacimiento normal, que desaceleran su velocidad de crecimiento después de los 6 meses, estabilizando su curva alrededor de los dos a tres años. Posteriormente crecen con velocidad normal, la talla y edad ósea se atrasan proporcionalmente entre 2 y 4 años. El inicio puberal es más tardío que el de sus pares, logrando una talla final de acuerdo a su carga genética. **M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

Retraso de talla familiar.- Es probablemente la causa más común de talla baja. Estos niños son pequeños porque su carga genética así lo determina. La talla de nacimiento es normal o baja, desaceleran su crecimiento en los primeros años de vida, para continuar posteriormente con velocidad normal baja, la edad ósea es concordante con la edad cronológica y sobrepasa la edad de talla. Se define edad talla a la edad a la cual el promedio de los niños normales alcanzan la talla del sujeto en estudio.

La pubertad se inicia a la edad habitual y la talla final es baja, pero concordante con la carga genética familiar. Toda la evaluación de laboratorio es normal. No se ha encontrado tratamiento que modifique significativamente su talla final. **M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

Deprivación psicosocial.-Este cuadro fue inicialmente descrito en niños internados en hogares institucionales u orfanatos, que presentaban un grave retardo de crecimiento a pesar de tener un aporte nutricional adecuado y ninguna causa orgánica pesquizable. Su evaluación endocrina demostró ausencia de reserva hipofisaria para HGH y ACTH y niveles bajos de IGF-1, situación que se revertía al trasladarlos a un ambiente acogedor. Se ha planteado la existencia de un mecanismo psiconeuroendocrino, que involucra corteza, hipotálamo e hipófisis. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m317leccion.html>

Desnutrición.- A nivel mundial, la desnutrición es lejos la causa más común de retraso de crecimiento, pues dos tercios de la población mundial están subnutrida. La desnutrición también puede ser secundaria a pérdidas exageradas, como ocurre en los síndromes de mal absorción, o bien a un gasto metabólico muy alto no suficientemente cubierto con una alimentación habitual (cardiopatías, cuadros infecciosos crónicos). <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m317leccion.html>

En el caso de desnutrición proteica grave (Kwashiorkor), se produce resistencia a la HGH, se encuentra elevada y bajos los niveles de IGF-1, situación que se revierte con el aporte de nutrientes. En la desnutrición calórico proteica se han encontrado niveles normales o bajos de HGH y de IGF-1. Asociado a la desnutrición calórico-proteica puede existir un déficit de micronutrientes, como vitaminas, zinc, fierro, entre otros.

Enfermedades sistémicas no endocrinas.- Cualquier enfermedad crónica puede interferir en el crecimiento y condicionar una talla baja final. Estos retrasos de crecimiento son proporcionados, generalmente con velocidad de crecimiento subnormal, relación peso/talla disminuida y edad ósea atrasada con respecto a la cronológica.<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m317leccion.html>

Enfermedades gastrointestinales.- Los síndromes de malaabsorción y enfermedades inflamatorias crónicas producen un grave retardo del crecimiento. Las primeras a través de pérdidas fecales y las segundas principalmente por anorexia. No siempre existe historia de diarrea, debiendo descartarse estas enfermedades en el estudio de los niños con talla baja, especialmente si se acompaña de retraso de edad ósea importante. En el caso de la enfermedad celíaca, el retraso de crecimiento puede ser la primera manifestación clínica. Otros trastornos que pueden interferir en la absorción intestinal son parasitosis masivas, especialmente giardiasis. Las enfermedades hepáticas crónicas, tales como cirrosis e ictericias colestásicas, también producen retraso de crecimiento.

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m317leccion.html>

Enfermedades cardiacas.-entre éstas destacan las cardiopatías congénitas cianóticas y las con cortocircuito de izquierda a derecha con hipertensión pulmonar. El mecanismo por el cual se afecta el crecimiento es probablemente multifactorial, incluyendo hipoxia tisular, aumento del gasto energético, disminución de ingesta e infecciones respiratorias frecuentes.<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m317leccion.html>

Enfermedades respiratorias.-Dentro de las enfermedades respiratorias, los síndromes bronquiales obstructivos crónicos, especialmente cuando requieren de terapia con corticoide, son causa importante de frenación del crecimiento. Otra enfermedad que debe descartarse es la fibrosis quística, que compromete el crecimiento post estatural no sólo a través del compromiso bronquial y bronquiectasias, sino también por la malaabsorción secundaria a insuficiencia pancreática.<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m317leccion.html>

Nefropatías crónicas.- Producen trastornos del crecimiento a través de diversos mecanismos defectos de concentración (diabetes insípida nefrogénica); acidosis tubular renal (no hay correlación entre el grado de acidosis y la gravedad del retraso, acidosis leves o parcialmente compensadas pueden provocar intensos retrasos del crecimiento, especialmente si se acompañan de pérdidas de bases, Na⁺, K⁺ y Ca⁺⁺; nefropatías con alteraciones del metabolismo del calcio y fósforo

Infecciones crónicas.-En países subdesarrollados, las infecciones crónicas, especialmente la tuberculosis y las parasitosis masivas, aún son causa de retardo de crecimiento.

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m317leccion.html>

Anemias.- Las ferropenic, hipoplásicas, hemolíticas (talasemia), se asocian a retraso de crecimiento, explicado por hipoxia tisular, mayor gasto energético por el sistema cardiovascular, mayores demandas por aumento en la hematopoyesis. Además, el fierro participa en diversos procesos enzimáticos que inciden en forma directa en el crecimiento tisular.<http://med.unne.edu.ar/revista/tapa.htm> tapas

Retrasos de talla de causa endocrina. -Son poco frecuentes, representan entre un 5% a 10% de todos los casos de retraso de crecimiento.

Déficit de hormona de crecimiento (HGH). Se presenta más en varones que en niñas Representa un grupo heterogéneo de desórdenes secundarios a defectos congénitos o adquiridos de la secreción o acción de la HGH Las formas adquiridas presentan a menudo otros déficit asociados, especialmente diabetes insípida..<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m3171eccion.html>

Alteraciones del desarrollo.

Son una categoría de los problemas de salud mental que comprende a los niños que tienen dificultades para alcanzar las funciones tempranas del desarrollo como por ejemplo, las habilidades del lenguaje, de la comunicación, de la socialización y motoras. Los trastornos del desarrollo son defectos congénitos que causan problemas de por vida en el funcionamiento de una parte o un sistema del cuerpo. Incluyen: <http://med.unne.edu.ar/revista/tapa.htm> **tapas**

- Trastornos del sistema nervioso que afectan la función del cerebro, la médula espinal y el sistema nervioso, causan retraso mental, incluyendo el síndrome de Down y el síndrome X frágil. También causan trastornos en el aprendizaje y la conducta, tales como lo es el autismo.
- Trastornos sensoriales, que pueden causar problemas con la vista y el oído
- Trastornos metabólicos como la fenilcetonuria, que afecta la forma en que su cuerpo procesa los materiales que necesita para funcionar
- Trastornos degenerativos, como lo es el síndrome de Rett, que pueden aparecer solamente cuando los niños crecen y causarles problemas físicos y mentales

La mayoría de los trastornos del desarrollo no tienen cura, pero con frecuencia pueden tratarse los síntomas. La terapia física, del habla y ocupacional puede ayudar. Las clases de educación especial y el asesoramiento psicológico también pueden ayudar.

El síndrome de Down.- Es un grupo de síntomas mentales y físicos que resultan por tener una copia adicional del cromosoma 21, aún cuando las personas con síndrome de Down pudieran tener algunas características físicas y mentales en común, los síntomas pueden variar de leves a severos. Por lo general, las personas con síndrome de Down tienen un desarrollo mental y físico más lento que las que no lo tienen.<http://med.unne.edu.ar/revista/tapa.htm> **tapas**

Las personas con este síndrome también pueden tener otros problemas de salud, pueden nacer con enfermedades cardíacas, pueden tener demencia, pueden presentar problemas con los oídos y problemas en los intestinos, los ojos, la tiroides y el esqueleto. Las posibilidades de tener un bebé con síndrome de Down aumentan con la edad de la madre, el síndrome de Down no tiene cura, sin embargo, muchas personas con síndrome de Down tienen vidas productivas hasta bastante avanzada la edad adulta. <http://med.unne.edu.ar/revista/tapa.htm> **tapas**

El síndrome X frágil.- Es la forma más común de retraso mental hereditario la enfermedad es causada por un gen específico, normalmente el gen produce una proteína necesaria para el desarrollo cerebral, pero la mutación hace que una persona produzca poco o nada de dicha proteína, lo que resulta en el síntoma de X frágil. Las personas que tienen solamente un pequeño cambio en el gen no tienen síntomas de X frágil, las personas con cambios mayores pueden tener síntomas severos, los mismos pueden incluir:

- Problemas de inteligencia, que van desde las discapacidades en el aprendizaje hasta el retraso mental grave

- Problemas emocionales y sociales, como la agresión en los niños o la timidez en las niñas
- Problemas con el habla y el lenguaje, especialmente entre los adolescentes masculinos

El X frágil no tiene cura es posible tratar algunos síntomas con terapia educativa, de la conducta o física y medicinas. Obtener tratamiento con anticipación para el X frágil puede ser útil. <http://med.unne.edu.ar/revista/tapa.htm> **tapas**

El autismo.- Es un trastorno neurológico y de desarrollo que suele diagnosticarse en la infancia temprana, los principales signos y síntomas del autismo afectan la comunicación, las interacciones sociales y las conductas repetitivas. Dado que las personas con autismo pueden tener características y síntomas muy diferentes, los profesionales de la salud consideran que el autismo es un trastorno de "espectro". El síndrome de Asperger es una versión más leve del trastorno, no se conoce la causa del autismo dura toda la vida de una persona, no existe una cura, pero el tratamiento puede ayudar, los tratamientos incluyen terapias conductuales y de comunicación y medicinas para controlar los síntomas. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/developmentaldisabilities.html>

Los síntomas del autismo pueden incluir:

- No hay una buena interacción social con los demás, incluidos los padres
- Muestra falta de interés o rechazo al contacto físico. Los padres describen a los lactantes autistas como "no afectuosos", los lactantes y los niños autistas no se tranquilizan con el contacto físico
- Evita hacer contacto visual con los demás, incluidos los padres
- No desarrolla amigos ni interactúa con otros niños
- No hay una buena interacción con los demás
- Demora o no desarrolla el lenguaje
- Una vez que desarrolla el lenguaje, no lo utiliza para comunicarse
- Tiene ecolalia (repite palabras o frases en forma reiterada, como un eco)

- Demuestra comportamientos repetitivos
- Tiene movimientos motores repetitivos (por ejemplo, se balancea y agita las manos o los dedos)
- Se queda ensimismado, generalmente con luces, objetos que se mueven o partes de objetos
- No le gusta el ruido
- Tiene rituales
- Requiere rutinas

Los síntomas del trastorno de Asperger pueden incluir:

- Desarrollo normal del habla, habilidades de autoayuda, habilidades de pensamiento (desarrollo cognitivo) y curiosidad acerca del entorno
- Dificultad en la interacción social, por ejemplo para hacer amigos, compartir ideas, compartir gustos o logros, expresiones faciales (sonrisas) o contacto visual con los demás
- Patrones de comportamiento repetitivo y estereotipado o juegos con rutinas o rituales extraños (agitar las manos o los dedos, recoger objetos extraños como hilas)
- Capacidad de originalidad y creatividad concentrada en áreas de interés aisladas <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/developmentaldisabilities.html>

La fenilcetonuria.- Es un trastorno genético en el cual el organismo no puede procesar parte de una proteína llamada fenilalanina la que se encuentra en casi todos los alimentos, cuando los niveles de fenilalanina aumentan demasiado, esta proteína puede lesionarle el cerebro y causar retraso mental grave. El mejor tratamiento es una dieta con alimentos de bajo contenido proteínico, existen leches con fórmulas especiales para los recién nacidos, en el caso de los niños mayores y los adultos la dieta incluye muchas frutas y vegetales.

También incluye algunos panes, pastas y cereales con bajo nivel de proteínas, las fórmulas nutricionales suministran las vitaminas y los minerales que no pueden obtenerse por medio de la comida. Los bebés que reciben esta dieta especial poco tiempo después de su nacimiento se desarrollan normalmente. Muchos no tienen síntomas, es importante que continúen con la dieta por el resto de sus vidas.

El síndrome de Rett.- Es una enfermedad hereditaria poco frecuente que causa problemas en el desarrollo y en el sistema nervioso, principalmente entre las niñas, se relaciona con el autismo, al principio los bebés con síndrome de Rett parecen crecer y desarrollarse con normalidad; sin embargo, entre los 3 meses y los 3 años detienen su desarrollo e inclusive pueden perder algunas habilidades.

El síndrome de Rett no tiene cura, algunos síntomas pueden tratarse con medicinas, cirugía y fisioterapia o terapia del lenguaje. La mayoría de las personas con síndrome de Rett vive hasta la edad madura o más, suelen necesitar cuidados durante toda su vida

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/developmentaldisabilities.html>

Los síntomas incluyen:

- Gestación, nacimiento, crecimiento y desarrollo normal del recién nacido
- Crecimiento y desarrollo normales durante los primeros 5 a 18 meses de vida
- Circunferencia cefálica normal al nacer
- Pasado un período de desarrollo normal de por lo menos cinco meses, se producen los siguientes cambios:
- El tamaño de la cabeza del niño no crece como debería entre los 5 y los 48 meses
- Pérdida de habilidades manuales útiles previamente aprendidas (tales como buscar y asir un objeto) y desarrollo de movimientos estereotipados con las manos que no son útiles para el niño, como por ejemplo frotarse las manos

- Pérdida de comportamientos de trato social, tales como sonrisas y contacto visual (sin embargo, estos comportamientos pueden volver a desarrollarse más adelante)
- Pérdida de marcha o de movimientos corporales coordinados
- Las habilidades de lenguaje expresivo (capacidad para expresar pensamientos verbalmente) y receptivo (capacidad para entender y utilizar el lenguaje que escucha o ve) se alteran y se desarrolla un retraso psicomotor severo.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/downsyndrome.html>

2.6.4. CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Es un proceso continuo que incluye cambios, físicos, emocionales, de personalidad, de conducta de pensar y del lenguaje así mismo el cambio en la motricidad **M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

Crecimiento

Se define como crecimiento el aumento en el número de células de un organismo, lo que conlleva al aumento de tamaño, es medible y cuantificable, el crecimiento se consigue por una doble acción, un aumento en el tamaño de las células del cuerpo y un aumento en su número real. Tanto el crecimiento como la división celular depende de la capacidad de las misma para asimilar los nutrientes que se encuentran en el ambiente en que se desarrollan, así los alimentos son usados por el cuerpo para construir nuevas estructuras celulares. **M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

El crecimiento del ser humano se da partir de la unión de dos células reproductivas que adquiere durante el embarazo su máxima expresión, al nacer el niño, o al final de la gestación normal alrededor de 40 semanas de embarazo, la mayoría de ellos, sean varones o niñas, pesarán entre 3 y 3,5 Kg. y medirán alrededor de 50 cm. con un perímetro cefálico de 35 cm. En los primeros días de vida bajará alrededor de un 10 % del peso de nacimiento, esta baja está dada por una redistribución del agua corporal y es un proceso fisiológico inevitable y conveniente, hacia el quinto día de vida el peso se estabiliza y comienza luego un ascenso para volver al peso de nacimiento entre los 10 a 15 días. **M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

Factores que intervienen en el crecimiento.

El crecimiento depende de múltiples factores intrínsecos y extrínsecos de carácter biológico, psicológico y social.

Potencial genético.-Esta dado por la información genética heredada de los padres y presente en los cromosomas, la herencia marca las posibilidades de crecimiento de un individuo, por su parte el ambiente influye en el grado de desarrollo, la constitución genética de un individuo tiene variedades en la expresión visible de la herencia, fenotipo en hombres y mujeres y con ello en el aspecto corporal, somático el cual puede ser delgado y alto, ectomòrfico grueso y bajo, endomòrfico o musculoso. **M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

En estudios antropométricos, las curvas de crecimiento muestran que tanto en peso como en la talla y perímetro corporales los valores alcanzados por los varones son mayores que los logrados por las mujeres, sin que se haya podido concluir si es una característica determinada genéticamente o son las mejores condiciones en que han vivido siempre los varones las que ocasionas esta diferencia.**M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

Factores Neuroendocrinos.-Estos factores son las hormonas y las sustancias necesarias para mantener un balance apropiado en el organismo, tales como la insulina, la hormona de crecimiento, la hormona tiroidea, el glucagòn y los corticoesteroides, todas estas sustancias intervienen en alguna parte del proceso necesario para el crecimiento de los tejidos **A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

Factores Metabólicos.-En estos factores se incluyen todos los que intervienen en las reacciones químicas de las células, están influidos a su vez por la secreción hormonal, el estímulo del sistema nervioso simpático, el clima, el sueño, la nutrición y el ejercicio.

Factores Socioculturales.-Son todos aquellos elementos que se presentan por la relación del ser humano con otras personas y con el ambiente físico, los componentes bióticos y abióticos del medio determinen la conformación del contexto general en el que el individuo crece

Factores Económicos.-Son los relacionados con la disponibilidad y accesibilidad de alimentos y de servicios de salud, así como con las leyes de oferta y demanda y las políticas de desarrollo del país, estos factores son diferentes según cada país.

Factores Psicoemocionales.-Influyen el crecimiento desde la concepción misma, la esfera afectiva que rodea a la madre gestante se relaciona con el crecimiento prenatal y después que el niño nace continúa ejerciendo su influencia a lo largo de todo el proceso de crecimiento entre padres e hijos se debe establecer un vínculo afectivo lo suficientemente fuerte y adecuado para que se proporcionen las mejores condiciones y cuidados que los niños requieren **Álvaro Posada D Juan Fernando Gómez Humberto Ramírez, editorial Universidad de Antioquia.El niño sano segunda edición.**

Proceso Salud Enfermedad.-Tiene repercusiones en el crecimiento, algunas veces en forma transitoria y otras en forma permanente de acuerdo con las características específicas del proceso, la salud implica un equilibrio entre nutrientes aportados ,el aprovechamiento, las necesidades y la utilización que de ello hace el organismo, la enfermedad puede alterar este equilibrio y tanto el crecimiento, por lo cual se puede afirmar que el crecimiento de un niño es el producto de su historia personal familiar y social hasta el momento es que es evaluado. **Álvaro Posada D Juan Fernando Gómez Humberto Ramírez, editorial Universidad de Antioquia. El niño sano segunda edición.**

Tipos de crecimiento.

En el organismo se pueden observar cinco tipos de crecimiento, de acuerdo con los tejidos y con la edad aunque no todos los órganos alcanzan el mismo crecimiento en un momento dado.

Crecimiento General.-Corresponde al crecimiento del organismo como un todo, así crece el esqueleto, el hígado, el bazo, los músculos, los riñones, el corazón y los pulmones.

Crecimiento Linfático.-Este crecimiento es el de los ganglios linfáticos y amígdalas, los cuales alcanzan su máximo tamaño en la edad escolar.

Crecimiento Neural.-Es el tejido nervioso, es muy acelerado en el proceso prenatal y los primeros dos años de vida postnatal, de esta forma crecen el cerebro, el cerebelo, el bulbo raquídeo, la medula espinal y el sistema nervioso periférico.

Crecimiento Genital.-Es mínimos en los primeros años de vida, pero a partir de la pubertad sufre un marcado aumento hasta que los órganos genitales y sus anexos alcanzan las dimensiones del adulto a los 18 o 20 años.

Crecimiento Mixto.-Este crecimiento es la combinación de los tipos de crecimiento anteriores, en el está incluido también el crecimiento de las glándulas suprarrenales, timo, tiroides e hipófisis. **Álvaro Posada D Juan Fernando Gómez Humberto Ramírez, editorial Universidad de Antioquia. El niño sano segunda edición.**

Evaluación del crecimiento con las medidas antropométricas.

Las medidas antropométricas conforman los indicadores más difundidos para la vigilancia del crecimiento, por la información que proporcionan y por la facilidad de tomarlos, los principales son el peso que indica la masa corporal total del individuo; la talla o estatura que representa el crecimiento del esqueleto; el perímetro cefálico que representa la forma indirecta del crecimiento del cerebro; y el perímetro braquial que mide el espesor de los tejidos musculares, grasa y óseo del antebrazo y también se utiliza como un indicador del estado nutricional.

Las medidas antropométricas se relacionan con la edad del individuo y unas con otras entre sí, para dar información más real a su vez se comparan con valores de referencia para mayor utilidad.

Peso para la edad. -Evalúa el crecimiento general del niño, ya que este debe ganar peso en la medida en que aumenta su edad; es un indicador indirecto de la cantidad de grasa y músculo y es de gran utilidad en la evaluación de niños menores de dos años⁴⁹.

Talla para la edad.-Evalúa el crecimiento longitudinal del niño e informa acerca de su pasado nutricional, la talla es la medida más estable del crecimiento y se requiere periodos muy largos de deficiencia de nutrientes para que se afecte

Peso para la talla.-Evalúa la armonía en el crecimiento, es un indicador del presente nutricional del niño, porque es muy sensible a las características nutricionales, es también un indicador de sobrepeso o delgadez.

Perímetro cefálico para la edad.-Evalúa el crecimiento de la cabeza, es un indicador de gran valor en los dos primeros años de vida extrauterina en el cerebro alcanza su máxima velocidad de crecimiento, el perímetro cefálico es el último que se afecta por las deficiencias nutricionales por que el organismo trata siempre de proteger el cerebro a costa de otros órganos y tejidos. **A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

Desarrollo

Es la adquisición de nuevas habilidades está íntimamente ligada al proceso de crecimiento, es el avance en la diferenciación de células y tejidos lo que significa complejidad creciente de las estructuras orgánicas y funcionales es pues la adquisición de nuevas funciones mediante maduración. Este proceso es:

Secuencial: Las distintas capacidades se adquieren siguiendo un orden determinado y cada una ayuda a que se alcance el siguiente.

Progresivo: va aumentando la complejidad de las funciones que se adquieren

Coordinado: interactúan distintas aéreas para alcanzar una determinada habilidad. **M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

Factores que determinan el desarrollo.

El niño es el gestor de su propio desarrollo sin embargo recibe influencias de carácter genético, herencia y de carácter ambiental, la interacción plena de estos dos factores hace que el desarrollo sea favorecido si el niño tiene un cuerpo sano y completo y un ambiente favorable.

Un cuerpo sano y completo se entiende como aquel que no tiene anormalidades genéticas ni impedimentos físicos con órganos de los sentidos que funcionan bien y con un sistema nervioso central es funcionamiento normal.

El ambiente favorable significa que el niño tenga alimentación completa equilibrada suficiente y adecuada, higiene personal hogareña adecuada, afecto, estímulos, posibilidad de comunicación con los demás y tiempo y espacio para moverse y jugar. **M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

Factores de riesgo para un adecuado desarrollo del niño.

Los factores prenatales son: infecciones intrauterinas virus de inclusión citomegálica, genopatías Síndrome de Down y otros.

M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo

Los perinatales son: asfixia neonatal (hipoxemia), hiperbilirrubinemia, prematuridad extrema, hipoglicemia clínica, infecciones neonatales (Sepsis), apneas, síndrome de dificultad respiratoria (hipoxemia), convulsiones neonatales, hipertensión intracraneana y anemia aguda (por hipoxemia, hipovolemia.).

Los postnatales: hay que mencionar hipotiroidismo, enfermedades metabólicas (fenilketonuria), convulsiones de difícil manejo (Síndrome de West), meningitis meningococales, traumatismo craneoencefálico grave e hipo estimulación severa (padres adictos a drogas, depresión materna.)

M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo

Áreas del Desarrollo

Área Motora: A su vez se divide en la motricidad gruesa originada en desarrollo de mejor control y aumento de fuerza en sentido céfalo caudal y de proximal a distal. Esto significa que aparece primero el control de músculos del cuello, luego tronco y finalmente piernas. Lo mismo en cuanto a que tendrá movimientos de brazos y piernas, luego de la mano y finalmente dedos. Esto se aprecia en el hecho que lo primero que aparece es el sostén de la cabeza, luego gira sobre su cuerpo, controla el tronco, se sienta, gatea y finalmente a fines del primer año da sus primeros pasos.**Notas de Enfermería, 2012, Luanne Limard-Palmer, editorial mexicana.**

La motricidad fina o control de las manos también tiene una secuencia bien definida. Al nacer mantiene sus manitos preferentemente empuñadas y existe una prensión refleja. Luego comienza a abrirlas liberando el pulgar. Enseguida comienza a tener prensión voluntaria inicialmente con todos los dedos y luego desarrollando la pinza con el pulgar.

En este desarrollo es muy importante una adecuada visión (coordinación ojo-mano) y estimulación que lo aliente a coger objetos.

Área social: El niño que al nacer depende absolutamente de los adultos que lo rodean, especialmente sus padres, aprenderá a confiar y querer de acuerdo a como ellos responden, a sus necesidades. Ya desde el mismo nacimiento va a manifestar preferencia por su madre y no deja de maravillarse al observar como si dejamos al recién nacido luego del parto en contacto íntimo con la madre se tranquiliza. **Notas de Enfermería, 2012, Luanne Limard-Palmer, editorial mexicana.**

Hacia el segundo mes de vida desarrolla una sonrisa social. Cada vez que alguien se acerca lo mira con interés y sonrío. Por supuesto que esto se acentúa si se trata de sus padres, lo que se hace más notorio desde el tercer mes. Alrededor del octavo mes en cambio ya desconoce a los extraños y llora ante una situación nueva o molesta. Al año se interesa por juegos y comienza a desarrollar una mayor interacción social. La lactancia materna se ha visto como un elemento facilitador de un adecuado desarrollo social y emocional al favorecer el vínculo madre hijo. **Notas de Enfermería, 2012, Luanne Limard-Palmer, editorial mexicana.**

Área cognitiva lingüística: Al nacer el niño tiene capacidad visual y tiene preferencia por el rostro humano, logrando mejor visión a 30 cm, pueden imitar gestos como abrir la boca. Un niño de un mes debe seguir con la mirada si se encuentra en estado de alerta x, tranquila, a los 6 meses ya tienen una visión muy desarrollada, tienen buena audición comienza por pequeñas vocalizaciones al mes (a-a). A los tres meses se agregan consonantes (agú). Alrededor de los seis meses aparecen bisílabos (ta-ta), al año dice dos o tres palabras. Una vez más conviene señalar que existe amplia variación en la adquisición del lenguaje y la estimulación adecuada podrá adelantarlos. Se recomienda cantar y hablarles mucho a los niños pequeños. **Notas de Enfermería, 2012, Luanne Limard-Palmer, editorial mexicana.**

Valoración del desarrollo.

Los niños sanos siguen un patrón de desarrollo o de adquisición de habilidades, este patrón es claro y se han definido hitos básicos, fáciles de medir, que nos permiten saber cuándo un niño va progresando adecuadamente, con ellos se han elaborado pruebas objetivas de evaluación del desarrollo considerando cuatro áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, sociabilidad y lenguaje. **Notas de Enfermería, 2012, Luanne Limard-Palmer, editorial mexicana.**

- Desarrollo de las habilidades motoras o de postura: Refiere a todo aquello que incluye la coordinación corporal y los movimientos
- Desarrollo de las habilidades motoras finas (manuales): Es decir todas aquellas habilidades que incluyen las capacidades de coordinación, concentración y destrezas manuales. Por ejemplo, sujetar y manipular los objetos con las manos
- Contacto con el entorno (social): La relación del niño con su entorno, con el medio que lo rodea y el manejo de la sociabilidad en función del mismo

- **Desarrollo del lenguaje:** Se evalúa cómo ha sido el proceso de adquisición del lenguaje y la evolución del mismo. Su habilidad para escuchar y comunicarse.

Existen pautas rápidas de aplicar (10-15 minutos), que seleccionan niños de riesgo o retraso pero no precisan el área del daño o la magnitud del retraso. Estas pruebas son, entre otras: el Test de Aldrich y Norval, el test de Barrera Moncada y el test de Denver. El desarrollo psicomotor se debe evaluar en todo niño que acude a supervisión de salud o control sano, se recomienda registrar el progreso del niño, detallando los logros observados desde el último control.

En la primera consulta se deben averiguar los antecedentes de la madre, del embarazo y de las patologías perinatales que pudieran alterar el desarrollo.

- **Historia obstétrica:** número de embarazos, abortos espontáneos, hijos vivos
- **Historia materna:** edad, nivel educacional, enfermedades crónicas, depresión
- **Antecedentes del embarazo:** control prenatal, retardo, infección intrauterino
- **Antecedentes del parto:** edad gestacional, peso de nacimiento, Apgar, tipo de parto, atención hospitalaria, resucitación
- **Antecedentes neonatales:** apneas, ventilación mecánica, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia, sepsis, enterocolitis necrosante, convulsiones
- **Patología postnatal:** hospitalizaciones, cirugías
- **Estimulación:** quien cuida al niño, quien lo estimula, con qué pautas, como responde. **M A Hinojosa Sandoval. Quito edición 2012, crecimiento y desarrollo**

En el examen físico del niño se deben corroborar aquellos hitos que debieran estar presentes para la edad y también para las edades inmediatas. Además de ello, se deben examinar los reflejos arcaicos. Su persistencia más allá del tiempo esperado de desaparición puede corresponder a una Parálisis Cerebral, por el contrario, la aparición de las reacciones de defensa (paracaídas) constituye un signo positivo de maduración del SNC. El reflejo de Landau, que aparece cerca de los 3 meses, es también un signo de madurez neurológica.

El tono muscular, la postura y los reflejos osteotendíneos son también importantes de evaluar. Un niño de 6 meses con hipertonía, hiperreflexia y persistencia de reflejos arcaicos nos hace pensar en una Parálisis Cerebral de tipo espástico. Si este mismo niño fue un recién nacido de pretérmino de 28 semanas, tiene ahora por lo tanto 3 meses de edad corregida y su desarrollo es normal.

Reflejos arcaicos y reacciones de maduración.

Reflejo arcaico	Edad aparición	Edad desaparición
❖ Moro	RN	4 a 6 meses
❖ Marcha automática	RN	2 a 3 meses
❖ Prensión palmar	RN	3 meses
❖ Prensión plantar	RN	9 a 10 meses
❖ Tónico-nucal	RN	4 a 6 meses
❖ Búsqueda	RN	3 meses
Reacciones de maduración	Edad aparición	Edad desaparición
❖ Paracaídas lateral	6 meses	Persiste
❖ Paracaídas horizontal	9 a 10 meses	Persiste
❖ Landau	3 a 4 meses	12 a 24 meses

Evolución del tono muscular y reflejos osteotendíneos

Niño	Tono	Reflejos arcaicos
❖ < 3 meses	hipertonía N (difícil de producir)	Presentes
❖ 4 meses	N N	Ausentes
❖ Parálisis Cerebral	hipertonía aumentados	Persistentes

Como se grafica.

- ✓ El registro se hará en el grafico con una X relacionado el ítem y la edad en meses del niño.
- ✓ La zona gris y blanca inferior son considerados como rango de normalidad.
- ✓ El niño ubicado en la zona blanca superior requiere una evaluación más completa, para lo cual se utiliza el test de Denver.

Test de Aldrich y Norval.-Es un test que se utiliza en la valoración del desarrollo psicomotriz de los niños de 0 a 12 meses de edad.

Primer Mes

Hito: Sonríe o calla cuando se le atiende.

- Observa la cara; mira alrededor
- Movimientos simétricos, manos cerradas que se cierran al contacto con objetos
- Reacciona al sonar la campana, se sobresalta con ruidos fuertes.

Segundo Mes.

Hito: Balbuceos espontáneos o al estímulo, se arrulla

- Sigue objetos con la mirada
- Responde sonriendo espontáneamente
- Levanta el pecho y la cabeza estando boca abajo

Tercer Mes.

Hito: Sonrisa social

- Sujeta el chinesco o similar
- Junta las manos, trata de alcanzar un objeto
- Observa un objeto pequeño (pasa o similar)

Cuarto Mes.

Hito: Controla la mano, sujeta objetos.

- Sonrisa espontánea
- Trata de agarrar cosas, sujeta el chinesco
- Observa una bola de cristal pequeña

Quinto Mes.

Hito: Se sienta solo por momentos.

- Sujeta objetos y resiste que se lo quiten
- Trata de alcanzar Juguetes
- Sentado busca objetos pequeños. <http://www.hipocrates.com/denver/>

Sexto Mes

Hito: Sentado sin apoyo, inicia gateo

- Toma comida solo
- Resiste que le quiten juguetes
- Trata de alcanzar un juguete alejado

Séptimo Mes.

Hito: Transfiere un objeto de una mano a otra, inicia gateo.

- Distingue conocidos y extraños
- Juega al escondido
- Contempla su imagen y acaricia el espejo

Octavo Mes.

Hito: Pinza pulgar índice

- Nota cuando se le cae un juguete
- Tímido con extraños
- Pide que lo carguen

Noveno Mes.

Hito: Se pone de pie con apoyo

- Lloro con extraños
- Juega tortitas, hace chao
- Hace pinza bien, golpea cubos

Decimo mes.

Hito: Camina por si mismo apoyado en objetos

- Permanece sentado solo
- Gatea y se para
- Se mantiene de pie solo

Decimo primer mes.

Hito: Se mantiene de pie momentáneamente.

- Todo a la boca
- Tira las cosas
- Rompe objetos

Decimo segundo Mes

Hito: Bebe en taza, da pocos pasos solo.

- Pide la teta sin llorar
- Devuelve objetos al pedírselo
- Ayuda a vestirse.

http://www.umm.edu/esp_ency/article/002013.htm#ixzz2Lwk4bGG5

Test de Barrera Moncada.- Es un test que se utiliza en la valoración del desarrollo psicomotriz de los niños de 12 a 60 meses de edad.

Meses del 12 al 15.

Hito: Utiliza taza vaso, camina solo

Personal social:

- Juega pelota, pide sin llorar, entrega cosas
- Imita trabajo domestico
- Se quita la ropa

Motor fino:

- Pinza perfecta
- Tal vez garabatea espontáneamente
- Saca objetos de un recipiente, torre de 2 cubos.

Motor grueso:

- Se rara agacha,levanta,camina
- Tal vez retrocede

Lenguaje:

- Papa,ma-ma específicos,3 palabras además
- Señala la parte del cuerpo nombrada
- Tal vez combine dos palabras.

Meses del 15 al 18.

Hito: 5 palabras, garabatea

Personal social:

- Imita trabajo domestico
- Entrega cosas
- Juega pelota

Motor fino.

- Torre de dos cubos
- Saca objetos de un recipiente
- Tal vez haga una torre de cuatro cubos

Motor grueso.

- Puede subir peldaños
- Puede retroceder
- Tal vez pateo y lanza la pelota

Lenguaje.

- Puede combinar dos palabras
- Puede señalar parte del cuerpo
- Tal vez ejecute indicaciones (2 o 3)

Del 18 al 21 Meses.

Hito: Se desviste, sube gradas.

Personal social.

- Utiliza cuchara
- Puede ayudar en tareas simples
- Tal vez se lave y seque las manos
- Tal vez se ponga zapatos y participe en juegos sociales

Motor fino.

- Hace torre de 4 cubos
- Saca objetos de un recipiente
- Tal vez imite una línea vertical

Motor grueso.

- Lanza y pateo la pelota
- Retrocede

Lenguaje

- Señala partes del cuerpo
- Puede combinar dos palabras
- Puede ejecutar indicaciones

Del 21 al 24 Meses.

Hito: Traza línea vertical, salta

Personal social.

- Se quita la ropa.usa cuchara
- Ayuda en tareas de la casa
- Trata de contar una experiencia

Motor fino.

- Saca objetos de una botella
- Tapa bien una caja
- Hace torre de 4 cubos

Motor grueso

- Patea y lanza la pelota
- Sube gradas ,retrocede
- Tal vez se equilibre en un pie un segundo

Lenguaje.

- Une dos o tres palabras,5 partes del cuerpo
- Recoge 6 objetos
- Nombra 5 objetos

3 a 5 Años

Motor Grueso

- Mayor habilidad para correr, saltar, hacer los primeros lanzamientos y patear
- Atrapar una pelota que rebota
- Pedalear un triciclo (a los 3 años); ser capaz de manejarlo bien a los 4 años

Motor fino

Alrededor de la edad de 3 años:

- Dibujar un círculo
- Dibujar una persona con 3 partes
- Comenzar a utilizar tijeras de punta roma para niños

Alrededor de la edad de 4 años:

- Dibujar un cuadrado
- Usar tijeras y finalmente cortar en línea recta
- Ponerse la ropa apropiadamente.

http://www.umm.edu/esp_ency/article/002013.htm#ixzz2Lwk4bGG5

Desarrollo del Lenguaje

El niño de 3 años utiliza:

- Pronombres y preposiciones apropiadamente
- Oraciones de tres palabras
- Palabras en plural

El niño de 4 años comienza a

- Entender las relaciones de tamaño
- Sigue una orden de tres pasos
- Cuenta hasta cuatro
- Nombra cuatro colores

El niño de 5 años:

- Muestra comprensión de los conceptos de tiempo
- Cuenta hasta 10
- Conoce el número del teléfono

Test de Denver.-El test de Denver o escala de Denver, no se trata de un test para medir la inteligencia, sino que es una herramienta que permite recolectar datos, observarlos, evaluarlos y en función de ellos, indicar si el desarrollo psicomotor del niño la adquisición progresiva de habilidades a consecuencia de la maduración del sistema nervioso central, es acorde a lo esperable para su edad, es decir, se encuentra dentro de los límites considerados normales para la edad cronológica de ese niño. El rango de edad que evalúa este test es entre los 14 meses y los 6 años de vida.<http://www.hipocrates.com/denver>

Su función es fundamentalmente preventiva, es decir que a través de él lo que se busca es advertir futuros problemas en el desarrollo psicomotor del niño. Para valorar la evolución del niño, el Test de Denver utiliza cuatro categorías a través de cada una de las cuales evalúa cuatro áreas del desarrollo: Motricidad fina, motricidad gruesa, sociabilidad, adquisición del lenguaje.

<http://www.hipocrates.com/denver>

Los materiales para realizar el test de Denver se mencionan.

- ✓ Una caja de canicas
- ✓ Una madeja de lana de color rojo
- ✓ Sonajero estrecho con asa estrecha
- ✓ Un frasco de aluminio con tapa o con rosca
- ✓ Una campana
- ✓ Una pelota de tenis
- ✓ 8 cubos de 23 mm
- ✓ Un lápiz.

2.7.-HIPÓTESIS.

“Ser madre adolescente incide en la relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de las madres de Poatug que asisten a los controles en el centro de salud de Patate correspondiente al cantón Patate de la Provincia de Tungurahua durante el periodo comprendido desde el 23 de Junio al 23 de Noviembre 2012”.

2.8.- VARIABLES DE LA HIPOTESIS.

2.8.1.- Variable Dependiente

Madres adolescentes.

2.8.2.-Variable Independiente.

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

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1.- Enfoque.

La investigación se enmarca dentro del paradigma crítico propositivo, su enfoque es predominantemente cualitativo ya que trata de comprender el fenómeno en su totalidad, logrando una visión más amplia en los aspectos globales del mismo, en una acción conjunta y participativa interactuando con las madres adolescentes y sus hijos, en su propio contexto por lo cual se debe cuantificar los casos que se presentan para comprender la problemática objeto de estudio.

3.2.- Modalidad de la Investigación.

La investigación abarca una modalidad mixta, de campo, bibliográfica, documental, social y aplicada pues se investigaran a los hijos de las madres adolescentes en su entorno, pudiendo observar su situación, sus condiciones y de manera prioritaria se identificara si existe o no alteraciones que se pueden presentar en su crecimiento y desarrollo durante los primeros 2 años de vida. Por lo cual se profundizara el aspecto teórico basándose en criterios de varios autores al igual que se revisaran test utilizados por el Ministerio de Salud Publica para valorar el desarrollo y la antropometría para valorar su crecimiento de los niños.

3.3.- Nivel o tipo de Investigación.

La investigación partirá de un nivel explorativo que nos permita ubicar de manera correcta la situación objeto de estudio, para continuar en el nivel descriptivo en que se comparara las diferentes problemáticas que se presentan en el estudio y finalmente se utilizara la asociación de variables a fin de buscar identificar presencia de alteraciones o patologías en el niño tienen relación con el embarazo ocurrido en la adolescencia

Este tipo de investigación permite evaluar las variaciones de comportamiento de una variable en función de la otra. La investigación será además de tipo transversal en cuanto se realizara en un espacio de tiempo limitado y retrospectivo en cuanto se estudiaran a los hijos de madres adolescentes a partir de Junio 23 a Noviembre 23 del año 2012.

3.4.-Poblacion y Muestra.

3.4.1.- Población

El universo de trabajo de Investigación corresponde al centro de salud de Patate, de la población de Poatug que asiste a esta unidad de salud. El número de historias clínicas de la población que asiste son 70 madres embarazadas de las cuales se puede mencionar que existe 10 casos de madres adolescentes con 10 menores de la población de Poatug objeto de estudio.

3.4.2.-Muestra.

La muestra objeto de estudio corresponde a las 10 madres adolescentes y sus hijos comprendidos de 0 meses a 2 años 6 meses que se encuentren dentro de la población.

3.-5.-Operacionalización de las Variables

3.5.1.-Variable Independiente: Madres Adolescentes.

CONCEPTUALIZACION	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Se llama madre adolescente a quien ha tenido un embarazo entre los 10 a los 19 años de edad.	Madre	Maternidad	¿Afecto la maternidad su Adolescencia?	Encuesta	Cuestionario
	Adolescente	Cambios físico, psicológico, sociales	¿En qué aspecto afecto su vida la maternidad?	Encuesta	Cuestionario
	Embarazo adolescente	10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años	¿A qué edad tuvo su primer hijo?	Encuesta	Cuestionario

3.5.2.-Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo.

CONCEPTUALIZACION	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Proceso continuo que incluye cambios físicos, emocionales, personalidad conducta, de pensar y del lenguaje, así mismo el cambio en el desarrollo, motriz.	Procesos continuos	-Controles médicos	¿Con que frecuencia asisten las madres adolescentes al control del niño sano?	-Encuesta	-Cuestionario
	Cambios físicos, emocionales, personalidad.	-Peso, talla, perímetro cefálico	¿El peso, talla, perímetro cefálico en que rango se encuentra?	-Encuesta	-Cuestionario
	Desarrollo psicomotriz	-Desarrollo del niño de 0 a 12 meses -Desarrollo de 12 a 24 meses	¿Valora el test de Dennver?	-Encuesta	-Cuestionario

3.6.-Técnicas e Instrumentos.

La observación permitirá identificar el aspecto y salud general del infante, al igual que las condiciones ambientales que rodean al niño y a la madre. Como instrumento se utilizara registros específicos como la ficha médica y el carnet de salud de los niños a fin de obtener información sobre medidas antropométricas y evolución de su crecimiento y desarrollo. La encuesta utilizara como instrumento un cuestionario que permitirá recolectar información sobre el embarazo, factores protectores, factores agravantes, patológicos pre y post natales, lactancia, alimentación complementaria. Para valorar el desarrollo se utilizara los test de, Aldrich y Norval, Barrera Moncada, y Denver.

3.7.- Plan de recolección de Información.

1	¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar la hipótesis
2	¿De qué personas?	De las madres adolescentes y niños de los centro de salud Patate
3	¿Sobre qué aspectos?	Embarazo en adolescentes, crecimiento y desarrollo del niño, valoración de los test
4	¿Quién / quienes?	Silvia Pérez
5	¿Cuándo?	Desde e23 de Junio al 23 de Diciembre del 2012
6	¿Dónde?	Centro de salud Patate del cantón Patate
7	¿Cuántas veces?	Las veces que sean necesarias
8	¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta, observación
9	¿Con que?	Cuestionario, lápiz, papel.
10	¿En qué situación?	Ambiente favorable y accesible.

3.8.-Procesamiento y Análisis.

Luego de haber aplicado las encuestas a las madres adolescentes y personal del centro de salud Patate, se tabulara los datos realizandocuadros, representaciones gráficas de los diferentes aspectos que se investigan, llegando a su análisis e interpretación, para de este modo inferir las conclusiones que llevan a comprobar las hipótesis planteadas.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

El análisis e interpretación de resultados se ha realizado mediante encuestas realizadas a las madres adolescentes y personal de salud además una lista de cotejo de las historias clínicas para evaluar la relación entre ser madre adolescente y el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses.

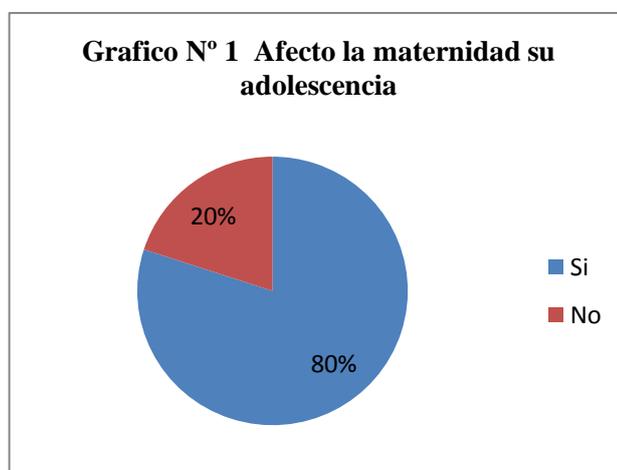
4.1.-Encuesta dirigida a las madres adolescentes de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Tabla N°1 Afecto la maternidad su Adolescencia

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje %
Si	8	80 %
No	2	20%
TOTAL	10	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 1, se puede observar que de las 10 madres adolescentes; 8 madres les afectó la maternidad su adolescencia lo que representa el 80%, y 2 casos no les afectó la maternidad su adolescencia lo que representa el 20%.

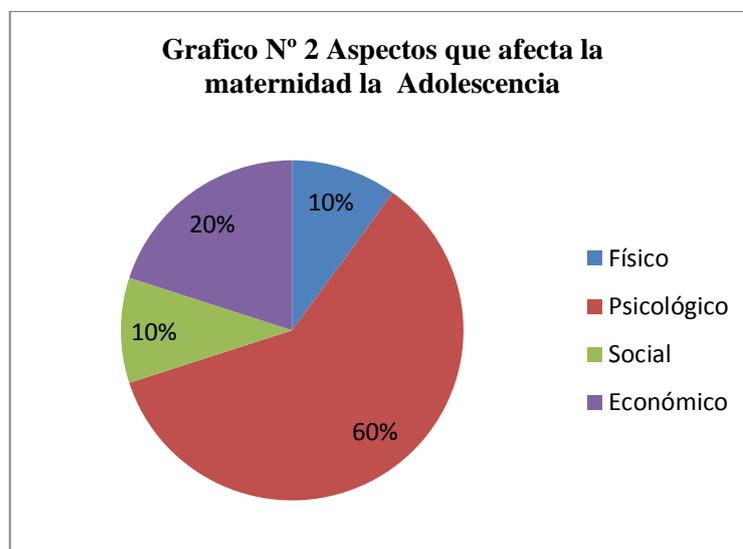
Con los datos obtenidos se puede concluir que en la mayoría de las adolescentes, afectó su embarazo la adolescencia ya que en esta época es fundamental para la formación física y psicológicamente hacia la vida adulta, y no se encuentran preparados para criar a un nuevo ser.

Tabla N° 2 Aspectos que afecto la maternidad la Adolescencia

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje %
Físico	1	10 %
Psicológico	6	60%
Social	1	10%
Económico	2	20%
TOTAL	10	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 2, se puede observar que de los 10 casos, 1 se vio afectado en el aspecto físico lo que representa el 10%, 6 en el aspecto psicológico que corresponde al 60%, 1 en el aspecto social que corresponde de al 10 %, 2 en el aspecto económico que corresponde al 20%

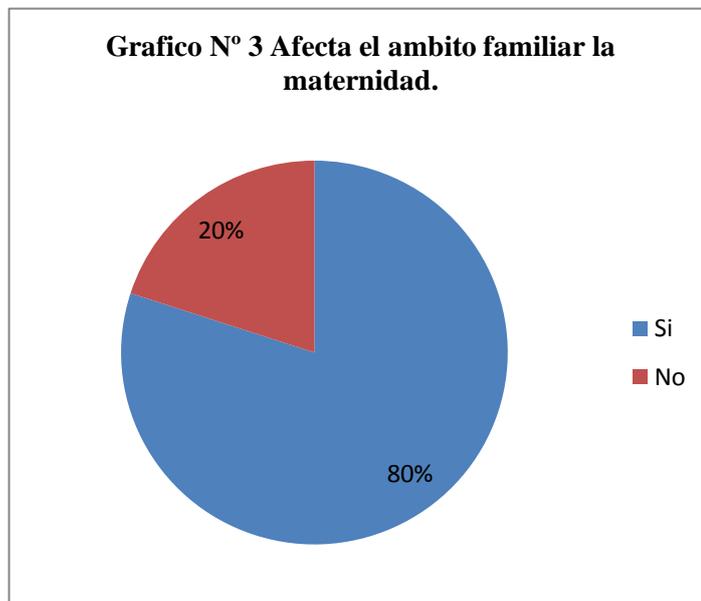
Con los datos obtenidos se puede evidenciar que el embarazo en las adolescentes se ve afectado el aspecto psicológico, existiendo temor al enfrentarse a la sociedad por el rechazo que puede generar, y ciertos casos sufren el abandono de su pareja.

Tabla N° 3 Afecta el ámbito familiar el embarazo.

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	80%
No	2	20%
TOTAL	10	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 3, se puede observar que de los 10 casos, 8 casos si se ve afectado el ámbito familiar lo que representa el 80%, y 2 casos no se ve afectado el ámbito familiar que corresponde de al 20 %.

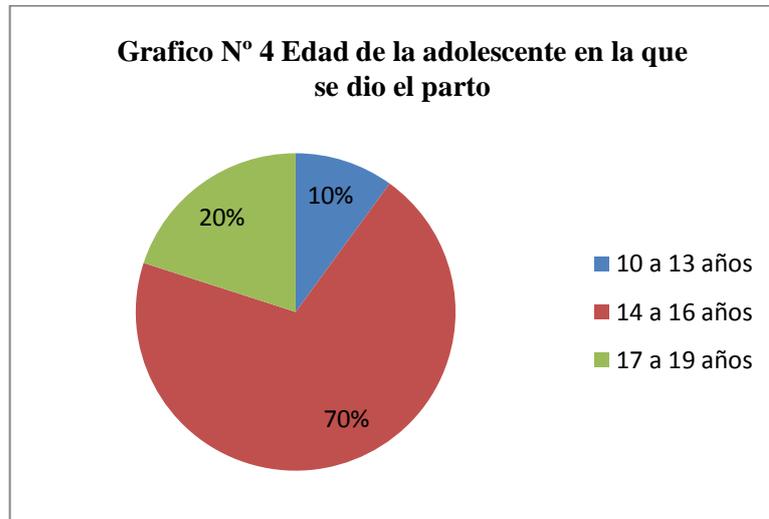
Con los datos obtenidos se puede concluir que en la mayoría de madres adolescentes se ve afectado el ámbito familiar por la falta de comunicación que existe entre padres e hijos al hablar sobre la sexualidad, y el temor del adolescente a preguntar sobre este tema.

Tabla N°4. Edad de la adolescente en la que se dio el parto

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje %
10 a 13 años	1	10%
14 a 16 años	7	70%
17 a 19 años	2	20%
TOTAL	10	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 4, se puede observar que de los 10 casos, 1 caso tuvo su primer hijo de 10 a 13 años lo que representa el 10%, 7 casos tuvieron su primer hijo de 14 a 16 años lo que corresponde al 70 %, y 2 casos tuvo su primer hijo de 17 a 19 años lo que corresponde al 20 %.

Con los datos obtenidos se puede concluir que las adolescentes comprendida entre 14 a 16 años tuvieron su primer hijo, orientados por factores propios de la adolescencia como curiosidad, la presión de los amigos, iniciando precozmente su vida sexual. Aquí estarían todos aquellos niños y niñas que pueden ver afectado su proceso de maduración y desarrollo biológico, no sólo por las consecuencias orgánicas perjudiciales para el propio niño, sino también por las repercusiones que tienen en los padres.

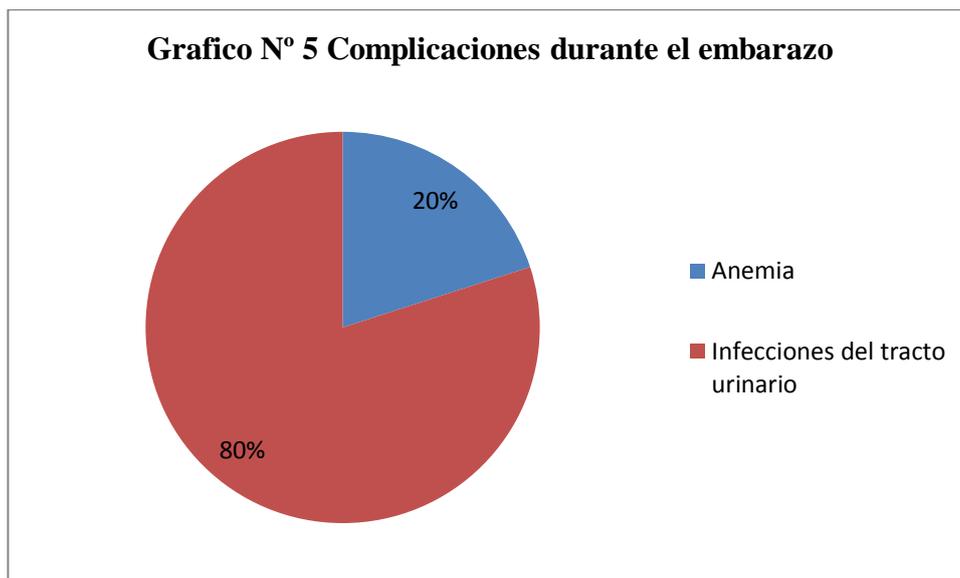
Las patologías infantiles tempranas que conllevan alteraciones suelen dañar la percepción de los padres de su papel y de su eficacia como cuidadores adecuados, lo que interfiere en el desarrollo de la relación madre/padre-hijo y, como consecuencia, en el desarrollo del niño.

Tabla N° 5 Complicaciones que tuvo la adolescente durante el embarazo

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje %
Anemia	2	20%
Infecciones del tracto urinario	8	80%
TOTAL	10	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 5, se puede observar que de los 10 casos 2 tuvo anemia lo que representa el 20%, 8 casos de infecciones del tracto urinario que corresponde de al 80 %.

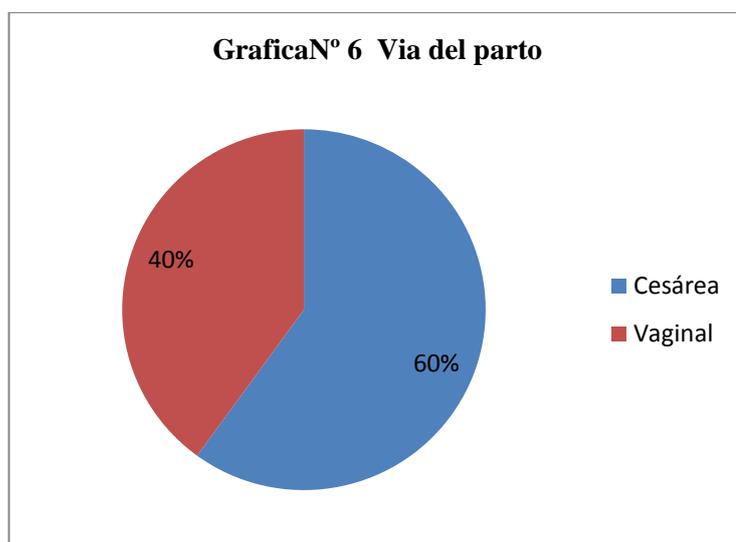
Con los datos obtenidos se puede concluir que existen más casos de infecciones del tracto urinario en las adolescentes embarazadas, por los pocos controles prenatales a la que la adolescente acude, debido al temor que siente sobre su estado y el déficit de conocimiento sobre la maternidad y cuidado. Afectando al bebe por lo cual se produce partos inmaduros, que requieren cuidados más complejos afectando psicológicamente y económicamente a la madre y familia.

Tabla N°6 Porque vía se dio el parto

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje%
Cesárea	6	60%
Vaginal	4	40%
TOTAL	10	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 6, se puede observar que de los 10 casos, 6 casos se dio el parto por cesárea lo que representa el 60%, 4 casos se dio el parto normal lo que representa el 40%.

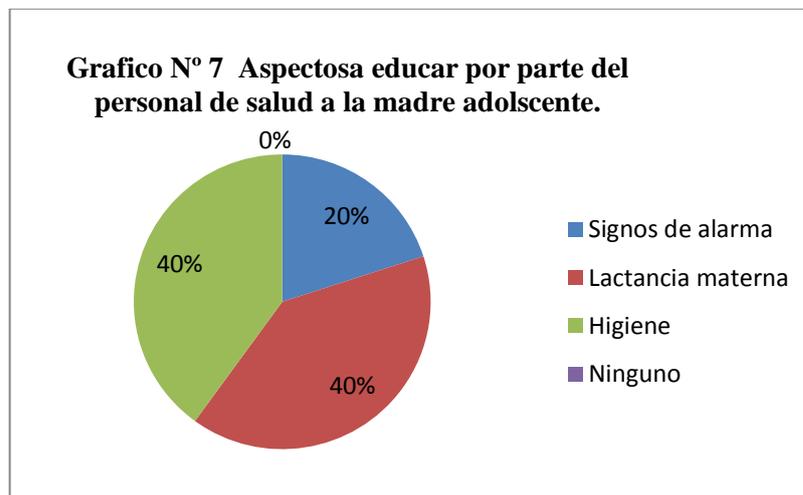
Con los datos obtenidos se puede concluir que existen más casos en la que se produjo el parto por cesárea, se realizaba cesárea cuando el tamaño del canal del parto es demasiado pequeño para permitir el paso del feto, o cuando en el transcurso del parto aparecen determinadas complicaciones como hemorragias, sufrimiento fetal, presentaciones anómalas o dificultad en la dilatación del cérvix que es común en las adolescentes por la inmadurez física que presenta su organismo.

Tabla N° 7: Aspectos a educar por parte del personal de salud sobre el cuidado del niño.

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje %
Signos de alarma	2	20%
Lactancia materna	4	40%
Higiene	4	40%
Ninguno	0	0%
TOTAL	5	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 7, se puede observar que de los 10 casos ,2 casos recibió educación sobre signos de alarma por parte del personal de salud lo que representa el 20%, 4 casos recibieron educación sobre la lactancia materna lo que corresponde de al 40 %, 4 casos recibieron educación sobre la higiene lo que corresponde al 40 %, y 0 casos sobre ningún aspecto que corresponde al 0%.

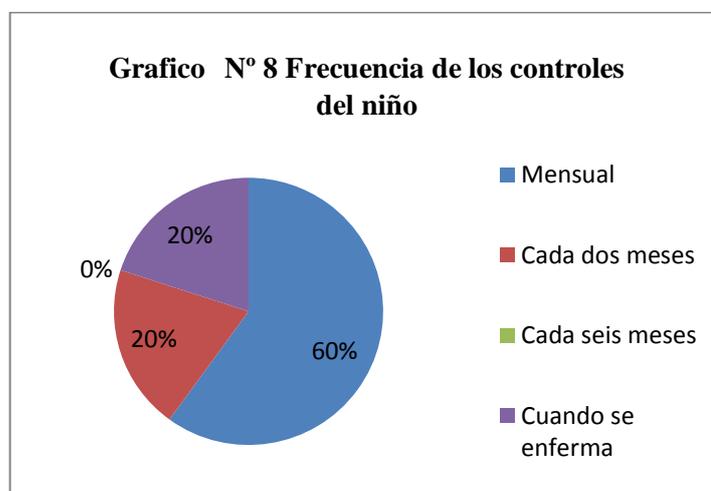
Con los datos obtenidos se puede concluir que el personal de salud educa en la mayor parte de los casos en aspectos como la lactancia e higiene del niño, preparándoles desde la maternidad a la preparación de los pezones, e importancia de lactancia materna exclusiva del niño en los primeros 6 meses, los cuales proporcionan nutrientes e inmunidad para prevenir ciertas enfermedades durante los primeros meses de vida del niño , además la importancia de la higiene del niño para evitar enfermedades.

Tabla N° 8: Frecuencia de los controles del niño

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje %
Mensual	6	60%
Cada dos meses	2	20%
Cada seis meses	0	0%
Cuando se enferma	2	20%
TOTAL	10	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 8, se puede observar que de los 10 casos ,6 casos llevan con una frecuencia mensual al niño al control médico lo que representa el 60%, 2 casos lleva con frecuencia al control cada dos meses lo que corresponde de al 20 %, 0 casos lleva al control con frecuencia cada seis meses lo que representa el 0 %, y 2 casos lleva al control cuando se enferma lo que representa el 20%.

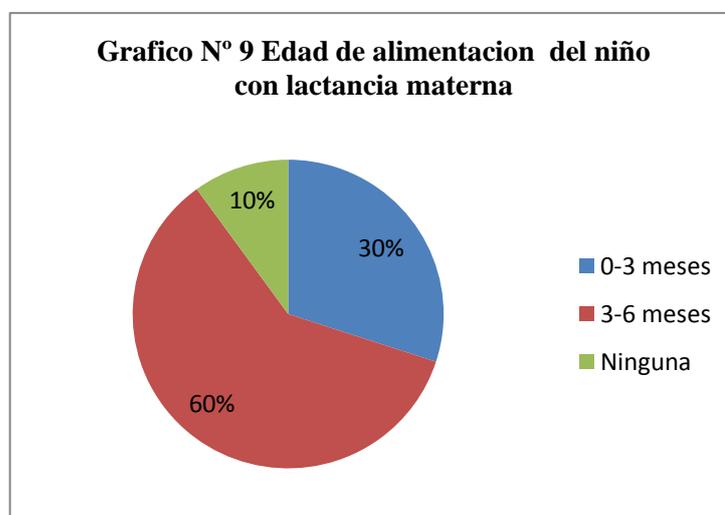
Con los datos obtenidos se puede concluir que las madres adolescentes llevan al control médico a los niños con una frecuencia en su mayoría mensual, cada consulta incluye un examen físico completo en el que se verifica el crecimiento y desarrollo del niño y trata de encontrar problemas a tiempo. Se registrará medidas antropométricas, la aplicación de la vacuna según su edad y proporciona educación sobre la misma e importancia de la atención preventiva para mantener a los niños sanos. Los controles del niño sano se deben realizar según el Ministerio de Salud Publica mensualmente hasta los 2 años, y luego cada 2 meses hasta los 5 años.

Tabla N° 9: Edad de alimentación del niño con la lactancia materna

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje %
0-3 meses	3	30%
3-6 meses	6	60%
Ninguna	1	10%
TOTAL	10	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 9, se puede observar que de los 10 casos, 3 casos se alimentaron con leche materna en niños comprendidos de 0-3 meses lo que representa el 30%, 6 casos se alimentaron con leche materna de 3-6 meses lo que corresponde de al 60 %, 1 caso que no se alimentó con leche materna a ninguna edad lo que representa el 10 %.

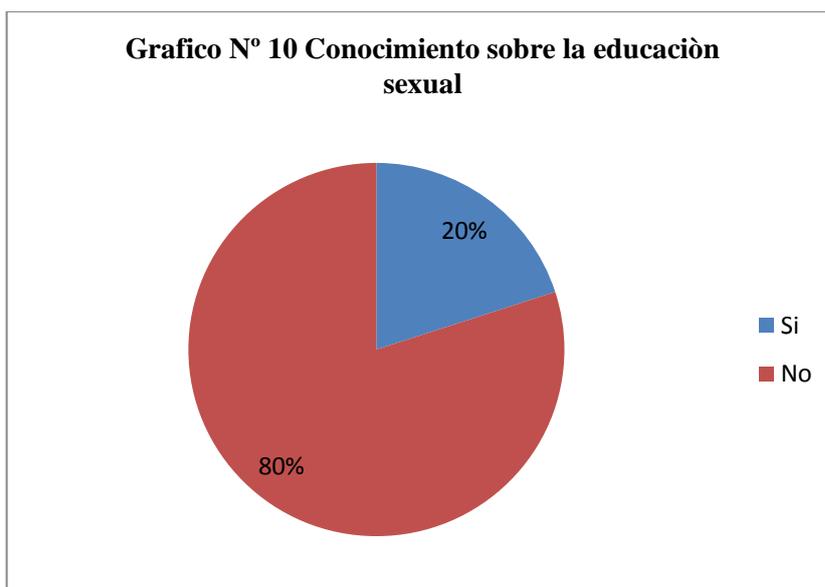
Con los datos obtenidos se puede concluir que la alimentación con leche materna en la mayoría comprendió las edades de 3-6 meses, y luego se incorpora la alimentación complementaria. La lactancia materna fortalece el vínculo madre e hijo acumula confianza crea un lazo de amor muy fuerte que protege al bebé tanto física como mentalmente, ayudando a prevenir enfermedades y alergias.

Tabla 10 Conocimiento sobre la educación sexual

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje %
Si	2	20%
No	8	80%
TOTAL	10	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 10, se puede observar que de los 10 casos, 2 madres tienen conocimiento sobre la educación sexual lo que representa el 20%, 8 madres no tienen conocimiento sobre la educación sexual lo que corresponde de al 80 %.

Con los datos obtenidos se puede concluir que las madres adolescentes no tienen conocimiento sobre la educación sexual, ni antes ni después del embarazo por lo que se produjo los embarazos, lo que implica una adecuada orientación sexual, planificación familiar el uso adecuado de los anticonceptivos con el propósito de alcanzar una óptima salud sexual y reproductiva

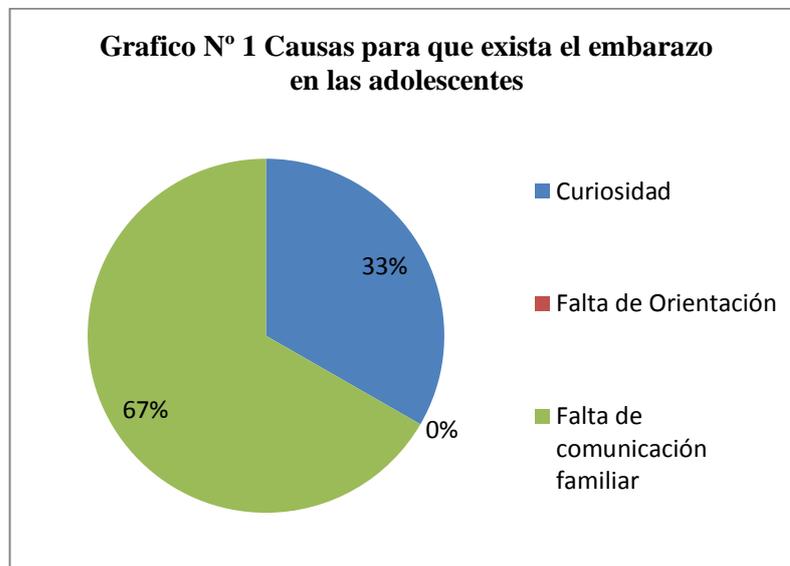
4.2.-Encuesta dirigida al personal médico y enfermeras que labora en del centro de salud Patate.

Tabla N°1: Causas para que exista madres adolescentes.

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje%
Curiosidad	1	33%
Falta de Orientación	0	0%
Falta de comunicación familiar	2	67%
TOTAL	3	100%

Fuente: Encuesta aplicada a las madres adolescentes de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 1, se puede observar que de los 3 profesionales, 1 caso respondió que la causa más importante para que exista madres adolescentes fue la curiosidad, lo que representa el 33%, 0 casos respondió falta de orientación lo que representa el 0%, y 2 casos respondieron falta de orientación familiar lo que representa el 67 %.

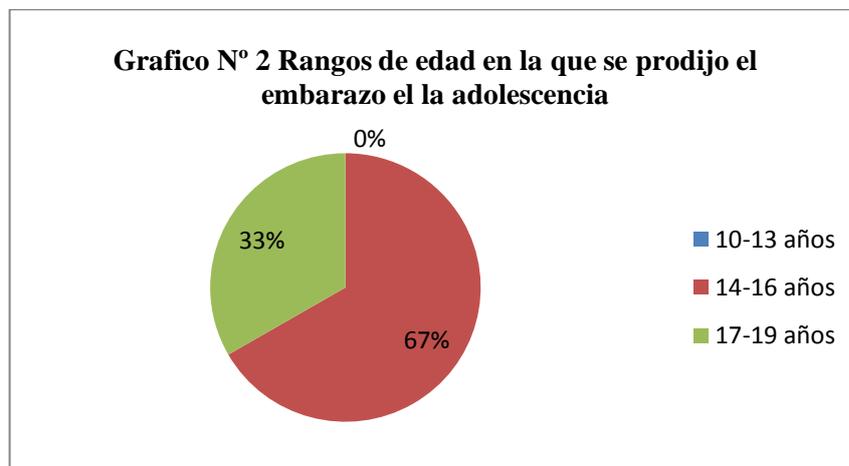
Con los datos obtenidos se puede concluir que según el personal de salud que labora en el centro de salud de Patate la causa más importante para que existan madres adolescentes en su mayoría es la falta de comunicación familiar, por los mitos y tabús que existe al hablar sobre la sexualidad a los adolescentes.

Tabla N°2: Rangos de edad en los que se produce el embarazo en la adolescencia

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje%
10-13 años	0	0%
14-16 años	2	67%
17-19 años	1	33%
TOTAL	3	100%

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 2, se puede observar que de los 3 profesionales, 0 casos respondieron que el rango de edad comprendido entre 10-13 años se presenta madres adolescente, lo que representa el 0%, 2 comprenden entre 14-16 años lo que representa el 67%, y 1 caso respondieron que comprende entre 17-19 años lo que representa el 33%.

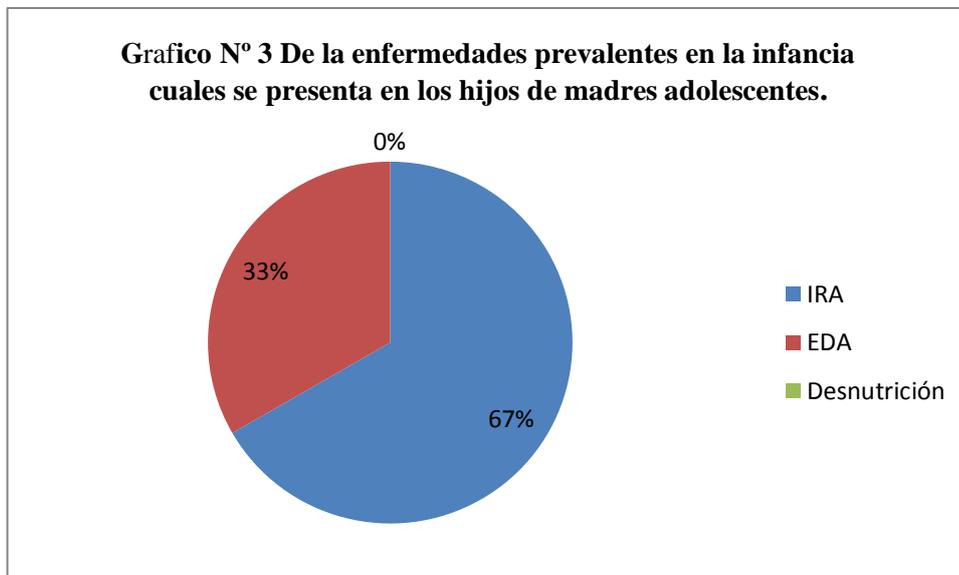
Con los datos obtenidos se puede concluir que según el personal de salud que labora en el centro de salud de Patateel rango de edad comprendido entre 14 -16 años se da con frecuencia el embarazo, por un inicio precoz de las relaciones sexuales el desconocimiento y la mala utilización de los métodos anticonceptivos.

Tabla N°3: De las enfermedades prevalentes en la infancia cual se presentó en su mayoría en los hijos de las madres adolescentes

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje %
IRA	2	67%
EDA	1	33%
Desnutrición	0	0 %
TOTAL	3	100%

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 3, se puede observar que de los 3 profesionales, 2 casos respondieron que se han presentado IRA en hijos de madres adolescentes lo que representa el 67%, 1 caso de EDA lo que representa el 33%, y 0 casos de Desnutrición lo que representa el 0%.

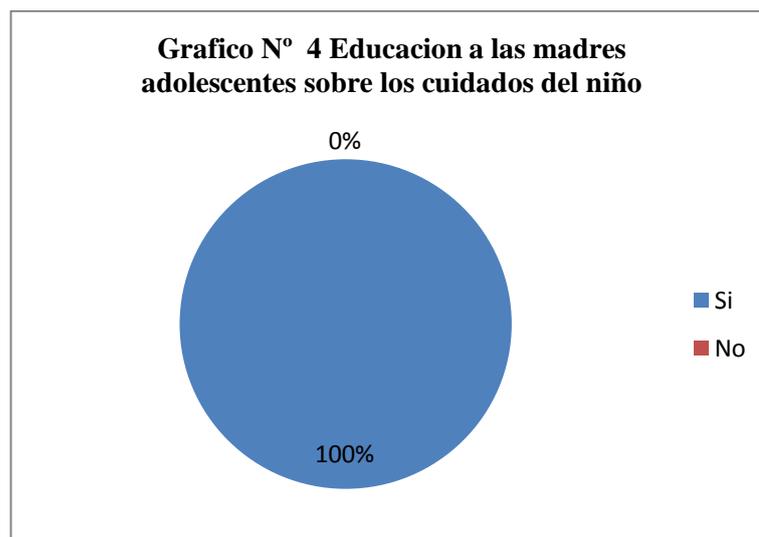
Con los datos obtenidos se puede concluir que según el personal de salud que labora en el centro de salud de Patate respondió que existe con mayor frecuencia casos de IRA en los hijos de madres adolescentes, por los factores climáticos y bajas defensas de los niños.

Tabla N°4: Educación a las madres adolescentes sobre los cuidados del niño

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje %
Si	3	100%
No	0	0%
TOTAL	3	100%

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 4, se puede observar que de los 3 profesionales, 3 casos respondieron que brinda educación a las madres adolescentes sobre el cuidado del niño lo que representa el 100%, 0 casos respondió que no proporciona educación lo que representa el 0%.

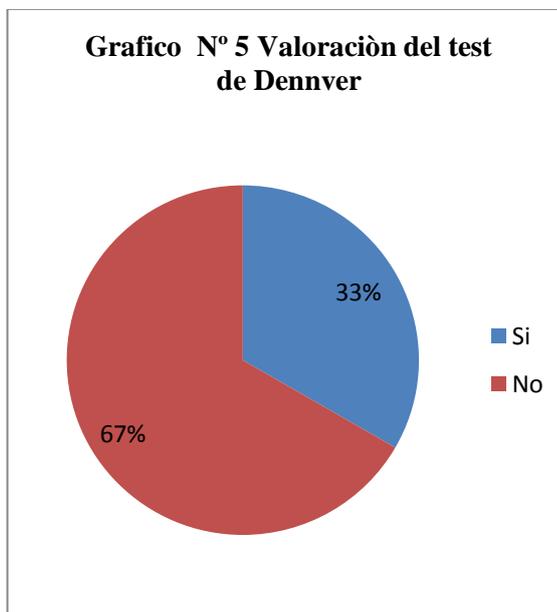
Con los datos obtenidos se puede concluir que según el personal de salud que labora en el centro de salud de Patate que la mayoría de profesionales de salud proporciona educación a las madres adolescentes sobre el cuidado del niño, cada mes de los controles del niño sano se les brinda educación sobre aspectos de nutrición, vacunación, aspectos relacionados con factores de riesgo.

Tabla N°5: Realiza la valoración del test de Dennver

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje %
Si	1	33%
No	2	67%
TOTAL	3	100 %

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 6, se puede observar que de los 3 profesionales, 1 caso respondió que sí valora el test de Denver lo que representa el 33%, 2 casos no valoran el test de Denver lo que representa el 67%.

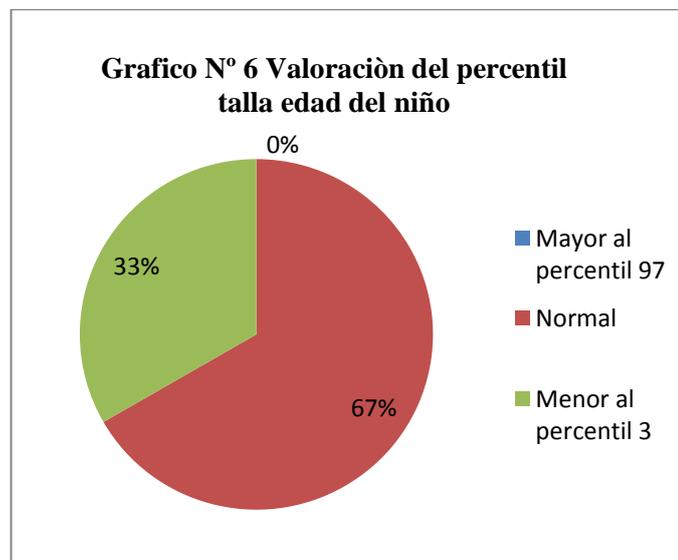
Con los datos obtenidos se puede concluir que el personal de salud que labora en el centro de salud de Patate responde que en raras ocasiones se valora el test de Denver al igual que no se valora los test de Barrera Moncada y Aldrich Norval.

Tabla N°6: Valoración del percentil en relación talla edad de los niños de la madre adolescente

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje %
Mayor al percentil 97	0	0%
Normal	2	67%
Menor al percentil 3	1	33%
TOTAL	3	100%

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 7, se puede observar que de los 3 profesionales, 0 casos respondieron que de acuerdo a lo observado en el crecimiento de los niños de madres adolescentes se encuentra en el percentil mayor al percentil 97 lo que representa el 97%, 2 casos en el normal lo que representa el 67%, y 1 caso menor al percentil 3 lo que representa el 33%.

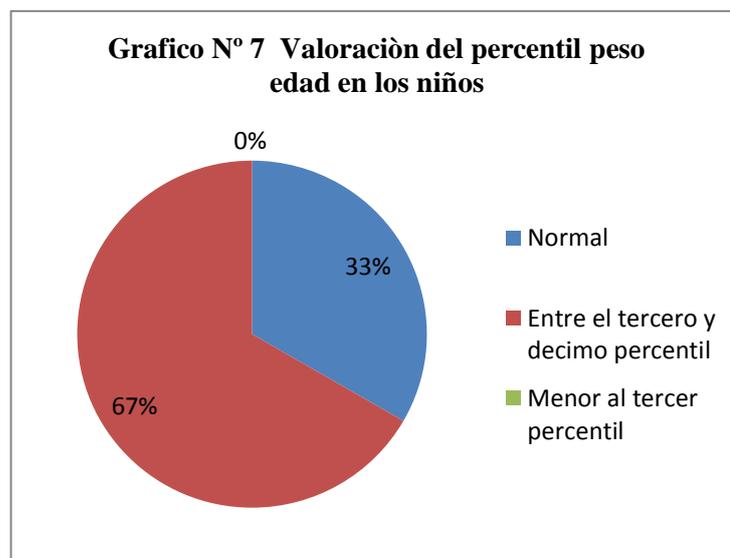
Con los datos obtenidos se puede concluir que el personal de salud que labora en el centro de salud de Patate responde que los niños de las madres adolescentes se encuentran dentro del rango normal en relación al percentil talla edad.

Tabla N°7: Valoración del percentil peso edad en los hijos de madres adolescentes

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje %
Normal	1	33%
Entre el tercero y decimo percentil	2	67%
Menor al tercer percentil	0	0%
TOTAL	3	100%

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 8, se puede observar que de los 3 profesionales, 1 caso respondió que de acuerdo a lo observado en el peso edad en los hijos de madres adolescentes se encuentra dentro del percentil normal lo que representa el 33%, 2 casos entre el tercero y décimo percentil lo que representa el 67%, 0 casos en el menor al tercer percentil lo que representa el 0%

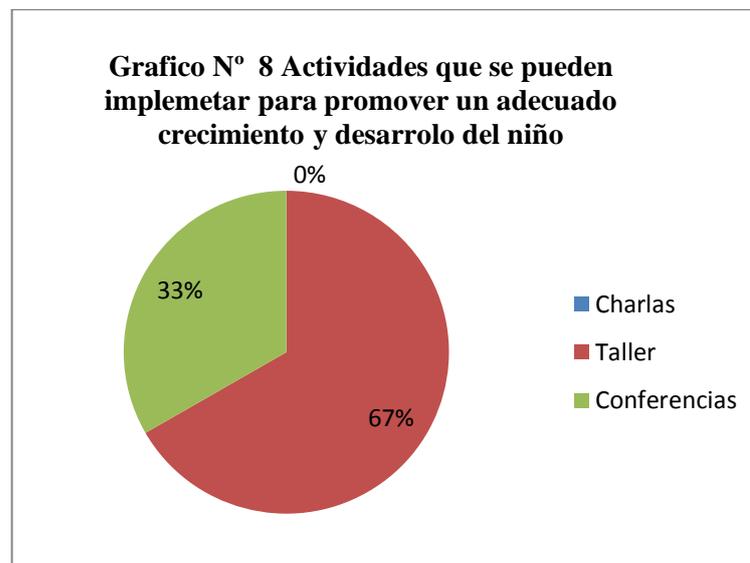
Con los datos obtenidos se puede concluir que el personal de salud que labora en el centro de salud de Patate responde que de acuerdo a lo observado en el peso edad en los hijos de madres adolescentes la mayoría se encuentra entre el percentil tercero y décimo,.

Tabla N° 8: Actividades a implementar para promover un adecuado crecimiento y desarrollo en los hijos de las madres adolescentes.

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje%
Charlas	0	0%
Taller	2	67%
Conferencias	1	33%
TOTAL	3	100%

Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez



Fuente: Encuesta aplicada al personal de salud del centro de salud Patate sobre las madre e hijos de población de Poatug que asiste a este centro.

Elaborado: Silvia Pérez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 9, se puede observar que de los 3 profesionales, 0 casos respondieron que actividad se debería implementar para promover un adecuado crecimiento y desarrollo en los hijos de madres adolescentes es las charlas lo que representa el 0%, 2 casos talleres lo que representa el 67%, 1 caso conferencias lo que representa el 33%

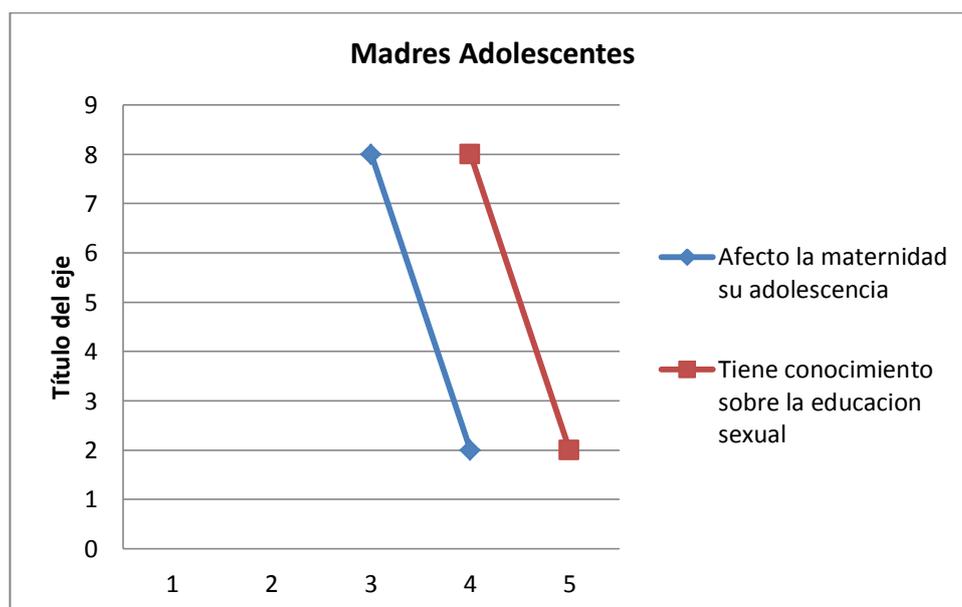
Con los datos obtenidos se puede concluir que el personal de salud del centro de salud de Patate concluye que se pueden implementar talleres a las madres adolescentes para promover un adecuado crecimiento y desarrollo de los niños en el que se ven involucrados los profesionales de salud y de la educación.

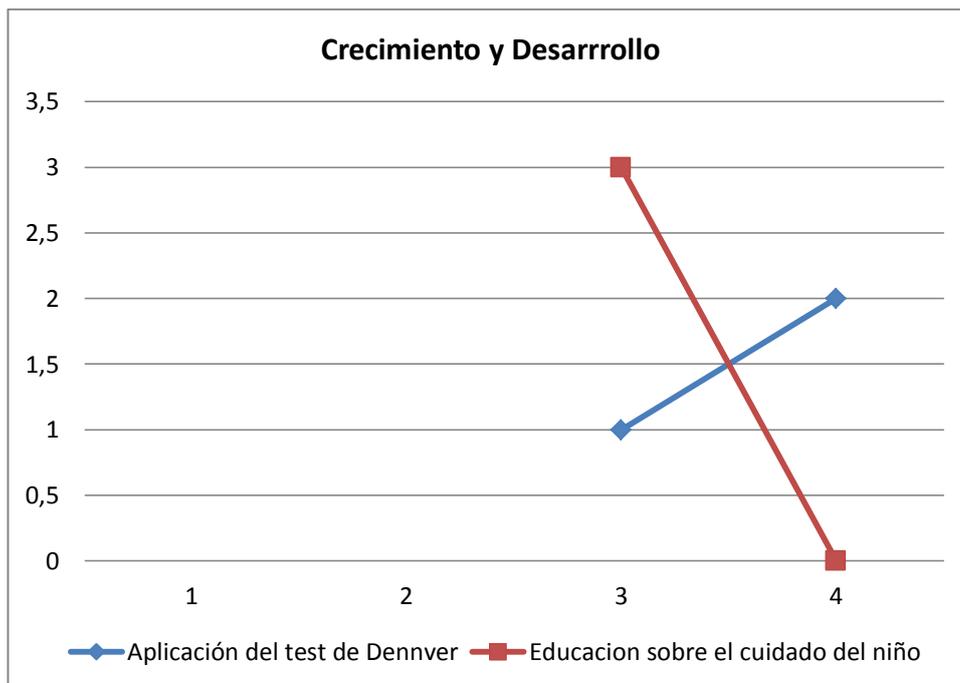
4.3.- Verificación de la Hipótesis.

“Ser madre adolescente incide en la relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de las madres de Poatug que asisten a los controles al centro de salud Patate, de la Provincia de Tungurahua”.

Para verificar la hipótesis en lo referente a la incidencia de ser madres adolescentes en la relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses, se relacionan ítems de las encuestas aplicadas a las madres adolescentes en las que se valoró lo siguiente. Si se ve afectado o no la adolescencia por la maternidad precoz, si tiene o no conocimiento sobre la educación sexual las madres adolescentes.

Además se relaciono los ítems de las encuestas aplicadas al personal de salud en las que se valora: la aplicación del test de Denver, y la educación a las madres sobre el cuidado del niño.





Análisis e Interpretación.

El 80% de las madres se ve afectado la adolescencia por la maternidad y el mismo 80% de las madres adolescentes no poseen conocimientos sobre la educación sexual.

El ser madre adolescente no influye en el crecimiento y desarrollo de niño de 0 a 2 años 6 meses de la población de Poatug que asiste al centro de salud de Patate. Pero estos embarazos en las adolescentes si se ve afectado su adolescencia y el déficit de conocimiento que poseen sobre la sexualidad les impide conservar su salud sexual y reproductiva en forma adecuada originándose mas embarazos en las misma adolescentes.

En muchos de estos casos se da la formación de hogares inestable, obligados por las condiciones a asumir las responsabilidades a las que no se encuentran preparados los dos adolescentes tanto física como psicológicamente.

Además cabe mencionar que en el centro de salud Patate no existe una adecuada valoración por parte del personal de salud, en lo referente a los test de Denver por los cuales no se realiza a profundidad una óptima y oportuna valoración del crecimiento y desarrollo del niño para determinar alteraciones.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 CONCLUSIONES.

- ❖ En las madres adolescentes de este grupo de estudio se puede evidenciar que se encuentra afectada la adolescencia por la maternidad por todos los cambios tanto físicos como emocionales que genera, el cambio obligado de la niñez a la adolescencia.
- ❖ Se produjo un inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas, las mismas que cursan con su primer embarazo entre 14 a 16 años, y continúan siendo madres de más hijos.
- ❖ El nivel de educación es limitado en la mayoría de estas madres constituyendo esto un factor pres disponentes para la poca cultura en salud que tienen.
- ❖ Los controles prenatales en su gran mayoría no se cumplen ni el numero requerido por el MSP, por lo tanto aumenta el riesgo de complicaciones en el proceso de gestación parto y puerperio.
- ❖ La culminación del embarazo en un 60% termina en cesárea por la desproporción céfalo pélvico que es una de las características propias de la madre adolescente.
- ❖ Se suma además las condiciones familiares hogares inestables en las que el 50% son solteras lo que ocasiona alteraciones en el estado emocional de la madre en el proceso de gestación.

- ❖ En un alto porcentaje en lo concerniente a los controles del niño sano se realizan de forma periódica para detectar oportunamente las enfermedades en los niños.
- ❖ Dentro de los controles de crecimiento el 67% se encuentra dentro del parámetro normal, en la valoración del desarrollo no se puede realizar un análisis debido a que no existe una oportuna valoración del desarrollo en lo referente al test de Denver.

5.2 RECOMENDACIONES.

- ❖ Es primordial la educación sexual a los adolescentes a nivel educativo y de las áreas de salud, enfocándose en aspectos esenciales como la sexualidad, la maternidad precoz.
- ❖ Es fundamental fomentar los vínculos afectivos del núcleo familiar, para promover el adecuado desenvolvimiento en etapas posteriores del niño.
- ❖ Instruir y capacitar al personal del centro de salud Patate sobre la importancia de la aplicación del test de Denver en todos los niños que asistan a esta área de salud para de esta manera realizar una óptima y oportuna valoración en el desarrollo del niño.

CAPITULO VI

PROPUESTA

Tema de la Propuesta.

Talleres dirigidos al personal de salud del centro de salud Patate sobre la aplicación e importancia de test de Dennver en los niños y la educación a las madres adolescentes de Poatug sobre la educación sexual.

6.1 Datos Informativos.

Institución: Centro de salud de Patate.

Ubicación: Avenida el Triunfo.

Dirección: Cantón Patate.

Beneficiarios: Madres adolescentes y niños de la población de Poatug que asisten al centro de salud Patate.

Responsable: Silvia Maribel Pérez Torres.

Alcance Temporal: 3 Noviembre al 2 Enero del 2014.

6.2 Antecedentes de la Propuesta.

Del análisis de los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumento de investigaciones se establece, que un 80% de las madres tiene un desconocimiento sobre la educación sexual. De los 10 niños hijos de las madres adolescentes en ninguno caso se aplico test de Dennver en la unidad de salud por parte del personal de salud.

6.3 Justificación.

La presente propuesta es realizar talleres dirigidos al personal de salud sobre la aplicación e importancia del test de Denver ya que al ser una herramienta fundamentalmente preventiva para detectar problemas en el desarrollo psicomotriz del niño es esencial su valoración.

Además talleres aplicados a las madres adolescentes sobre la educación sexual ya que su desconocimiento genera más embarazos precoces que va afectar en su adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

6.4 Objetivos.

Objetivo General

- Elaborar talleres dirigidos al personal de salud sobre la aplicación e importancia del test de Denver y a las madres adolescentes sobre la educación sexual.

Objetivos Específicos.

- Verificar en forma periódica en las historias clínicas si se cumple con la aplicación del test de Denver.
- Programar actividades educativas a las madres adolescentes entorno a la educación sexual.

6.5 Análisis de factibilidad.

Solicitando la colaboración del personal de salud que labora en centro de salud Patate y las madres adolescente de la población de Poatug que asisten a esta área de salud, considero que es factible la realización de talleres encaminados al personal de salud y madres adolescentes, impartir tema de vital importancia sobre la aplicación e importancia del test de Denver para detectar oportunamente las alteraciones en el niño, y la educación sexual a las madres para reducir los embarazos a temprana edad.

6.6 Fundamentación Científico Técnico.

El taller es una metodología de trabajo en la que se integran la teoría y la práctica, es también una sesión de entrenamiento o guía de varios días de duración. Se enfatiza en la solución de problemas, capacitación, y requiere la participación de los asistentes.

El test de Denver o escala de Denver, no se trata de un test para medir la inteligencia, sino que es una herramienta que permite recolectar datos, observarlos, evaluarlos y en función de ellos, indicar si el desarrollo psicomotor del niño la adquisición progresiva de habilidades a consecuencia de la maduración del sistema nervioso central, es acorde a lo esperable para su edad, es decir, se encuentra dentro de los límites considerados normales para la edad cronológica de ese niño. El rango de edad que evalúa este test es entre los 14 meses y los 6 años de vida

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

6.7 Modelo Operativo.

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	PRESUPUESTO	RESPONSABLE	TIEMPO
1.Recolección de datos	Recolección de la información Revisión de la recolección de la información	Obtener información de los datos Verificar la recolección de los datos	Fuentes bibliográficas,internet,libros historias clínicas Verificación de datos	Libro, computadora impresora Documentación recogida	\$10 \$10	Investigadora y Tutor Investigadora y Tutor	5 días 4 días
2.Elaboración del documento	Elaboración del documento	Contar con los talleres	Organizar el documento	Papel boom, computadora impresora	\$5	Investigadora y Tutor	10 días
3.Sociabilización	Sociabilización con el personal del centro de salud Patate,y las madres	Dar a conocer la idea.	Exponer talleres	Proyector días positivas computador	\$ 80	Investigadora	Permanente
4. Capacitación de los talleres	Capacitar al personal sobre la	Capacitar al personal de salud y	Talleres	Papel grafos	\$15	Investigadora	Permanente

	importancia de la aplicación del test de Denver y a las madre la educación sexual	madres adolescentes					
5.Aplicación	Aplicación	Valorar el test de Denver	Verificar historia clínicas	Talleres	\$15	Investigadora	Permanente
6.Comite científico la unidad	Comité	Sociabilizar el conocimiento de los talleres	Talleres	Humanos y materiales	\$15	Comité científico de la unidad	Permanente

6.8 Administración de la Propuesta

N°	PLANIFICA	ORGANIZA	COORDINA	DIRIGE	CONTROLA	SITUACIÓN DEL OBJETO
1	Elaborar la propuesta	Investigadora y tutora	Investigadora y tutora	Investigadora y tutora	Investigadora y tutora	Elaborar los talleres
2	Presentación de la propuesta	Director de la unidad de salud	Jefe del departamento de enfermería	Jefe del departamento de enfermería	Jefe del departamento de enfermería	Proponer la aplicación de talleres
3	Análisis de la propuesta	Director de salud de la unidad	Jefe de enfermería y director de la unidad	Jefe de enfermería y director de la unidad	Jefe de enfermería y director de la unidad	Analizar la propuesta
4	Aprobación de la propuesta	Director de salud de la unidad	Jefe de enfermería y los miembro de la unidad	Jefe de enfermería y los miembro de la unidad	Jefe de enfermería y los miembro de la unidad	Para evaluar si es necesario la aplicación de los talleres
5	Director del centro de salud de Patate	Director de salud de la unidad y jefe de enfermería	Jefe de enfermería y los miembro de la unidad	Jefe de enfermería y los miembro de	Jefe de enfermería y los miembro de	Para valorar al niño y determinar complicaciones y evitar mas embarazos.

6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

Pregunta básicas	Explicación.
Objeto de evaluación	Talleres dirigidos al personal de salud y madres adolescentes
Razones para evaluar	Se busca la aplicación en forma oportuna para evitar alteraciones en el desarrollo psicomotriz del niño.
Fines de la evaluación	Identificar si se aplica el test de Denver Identificar si se disminuye los embarazos en las madres adolescentes
Criterios de la evaluación	Mejorar la atención y prevenir alteraciones en los niños
Indicadores	Cualitativos Calidad de atención a la madre y niño Cuantitativos Se determina oportunamente las alteraciones y evita mas embarazos a temprana edad
Personal que evalúa	Personal médico de la unidad
Fecha de evaluación	En cada consulta del niño
¿Cómo se evalúa?	Historias clínicas
Fuentes de información	Personal médico madres y historias clínicas
¿Cómo se evaluara?	Talleres

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BIBLIOGRAFÍA

- Ann, M.(2000).Asistencia de Enfermería Materno Infantil. Madrid España: Editorial Miguel Martin Romo
- Burrows, R. (2000) .En la revista Chilena de Pediatría, en su artículo sobre “El crecimiento y desarrollo de hijos de adolescentes de clase media y baja
- Campos, J. Borja, M. Barrientos, A. (2013).Amir Enfermería. Madrid España. Editorial Joaquín María López.
- Hinojosa, S, Dávila. (2012). Crecimiento y Desarrollo. Quito,
- Oñate V, (2011), Factores de Riesgo en Adolescentes Embarazadas Atendidas en El Hospital Provincial General de Latacunga.
- Posada, A. Gómez, J. Ramírez, H.(2008).El Niño Sano: Editorial Universidad de Antioquía.
- Palmer, L. (2012). Notas de Enfermería.Mexico :Editorial Juan de León Fraga

CITAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA UTA.

- SCIELO: GATICA, Cristina I. y MÉNDEZ DE FEU, María. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años.Arch. argent. pediatr.[online]. 2009,vol.107.Disponible en:www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752009000600005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1668-3501.

- SCIELO: RODRÍGUEZ Martín, Amelia; Novalbos Ruiz, José P.; Villagran Pérez, Sergio; Martínez Nieto, José M.; Lechuga Campoy, José L. Rev. Esp. Salud Pública 86(5): 483-494, TAB. 2012 Oct.
- SCIELO: ROSSATO, Norma. Lactancia materna e inmunidad: Nuevos aspectos. Arch. argent. pediatr.[online]. 2008, vol.106. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752008000500001&lng=es&nrm=iso.
- SCIELO Cuba: Crecimiento y desarrollo. , CuadHist Salud Pública, 2003,no.93, ISSN 0045-91782.
- SCIELO Cuba: Suárez Linares, Judith. Otra mirada al embarazo en la adolescencia. , Revhabancienméd , 2011, vol.10, no.1, ISSN 1729-519X2

LINKOGRAFIA.

- <http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com-content&view=article&=495>
- <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html>
- <http://www.eluniverso.com/2012/03/18/1/1447/nueva-promesa-bajar-tasa-maternidad-adolescente.html>
- www.Tungurahua.com
- www.patate.com
- Dirección Provincial de Salud de la provincia de Tungurahua
- <http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp>
- http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
- <http://www.wepconsultas.com/bebes-y-niños/el-bebe/un-test-genético-identifica-la-causa-de-muerte-del-feto-7606>
- <http://html.rincondelvago.com/sexualidad-en-la-adolescencia.html>
- <http://www.euroresidentes.com/adolescentes/adolescencia.htm>

- <http://www.hola.com/salud/enciclopediasalud/2012040445052/pediatria/adolescencia/hablando-de-sexualidad-con-adolescentes/>
- Stettler N, Bhatia J, Parish A, Stallings VA. Feeding healthy infants, children, and adolescents. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 42
- <http://med.unne.edu.ar/revista/tapa.htm> tapas
- <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m317leccion.html>
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/developmentaldisabilities.html>
- <http://www.hola.com/salud/enciclopediasalud/2010040144942/pediatria/enfermedades-trastornos-infantiles/enfermedades-pr>
- <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/348081.la-nutricion-de-los-ninos.html>
- <http://www.kellymom.com>
- BRYAN ZAMBRANO, Nohora, Modern Bilingual Dictionary. La Casa del Diccionario, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/fragilexysyndrome.html> impreso., 2010
- <http://www.netterimages.com>
- <http://joseviiapradoparaelmedico.blogspot.com/>
- <http://www.netterimages.com>
- <http://www.hipocrates.com/denver/>
- http://www.umm.edu/esp_ency/article/002013.htm#ixzz2Lwk4bGG5

ANEXOS

FACULTAD CIENCIAS DE DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA

Encuesta dirigida a las madres adolescentes de Poatug que asisten al centro de salud de Patate del cantón Patate.

ENCUESTA A

1.-Datos Informativos

Dirección: -----

Edad: -----

2.-Objetivo: Recabar información acerca de las madres adolescentes.

3.-Instruccivo: Lea detenidamente las siguientes preguntas y marque con una X la respuesta que usted crea conveniente.

4.-Cuestionario:

1.- ¿Afecto la maternidad su Adolescencia?

SI ()

NO ()

2.-¿Cuál de los siguientes aspectos ha sido afectado por su maternidad?

a) Física

b) Psicológica

c) Social

d) Económico

3.- ¿Ha sido afectado su ámbito familiar?

SI ()

NO ()

4.-¿A qué edad tuvo su primer hijo?

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

5.- ¿Qué tipo de complicaciones tuvo durante su embarazo?

- a) Anemia
- b) Infecciones del tracto urinario

6- ¿La vía del parto fue por?

- a) Cesárea
- b) Vaginal

7.- ¿Recibió algún tipo de educación sobre el cuidado de su hijo por parte del personal de salud en los siguientes aspectos?

- a) Signos de alarma
- b) Lactancia materna
- c) Higiene
- d) Ninguno

8.- ¿Con que frecuencia asisten a los controles del niño?

- a) Mensual
- b) Cada dos meses
- c) Cada seis meses
- d) Cuando se enferma

9.- ¿Hasta qué edad su hijo se alimento solo con leche materna?

- a) 0-3 meses
- b) 3-6 meses
- c) Ninguna

10.- ¿Conoce usted sobre la educación sexual?

SI () NO ()

FACULTAD CIENCIAS DE DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Encuesta dirigida al personal médico y enfermera del centro de salud Patate del cantón Patate.

ENCUESTA B

1.-Datos Informativos

Función: -----

Área: -----

2.-Objetivo: Recabar información acerca de las madres adolescentes.

3.-Instrucctivo: Lea detenidamente las siguientes preguntas y marque con una X la respuesta que usted crea conveniente.

4.-Cuestionario:

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

- a) Curiosidad
- b) Falta de educación
- c) Falta de comunicación familiar

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

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

3.- ¿De las siguientes enfermedades cuál de ellas se han presentado con mayor frecuencia en los hijos de las madres adolescentes?

- a) IRA
- b) EDA
- c) Desnutrición

4.- ¿Brinda educación a la madre adolescente sobre el cuidado del niño?

Si ()

No ()

5.- ¿Realiza la valoración del test de Denver en los niños de las madres adolescentes?

SI () NO ()

6.- ¿De acuerdo a lo observado en el crecimiento de los niños de madres adolescentes, en que percentil se encuentra según el índice talla-edad?

- a) Mayor al percentil 97
- b) Normal
- c) Menor al percentil 3

7.- ¿De acuerdo a lo observado en el peso edad en los hijos de madres adolescentes, en percentil se encuentra?

- a) Normal
- b) Entre el tercero y decimo percentil
- c) Menor al tercer percentil

8.- ¿Qué actividad se debería implementar para promover un adecuado crecimiento y desarrollo en los hijos de madres adolescentes?

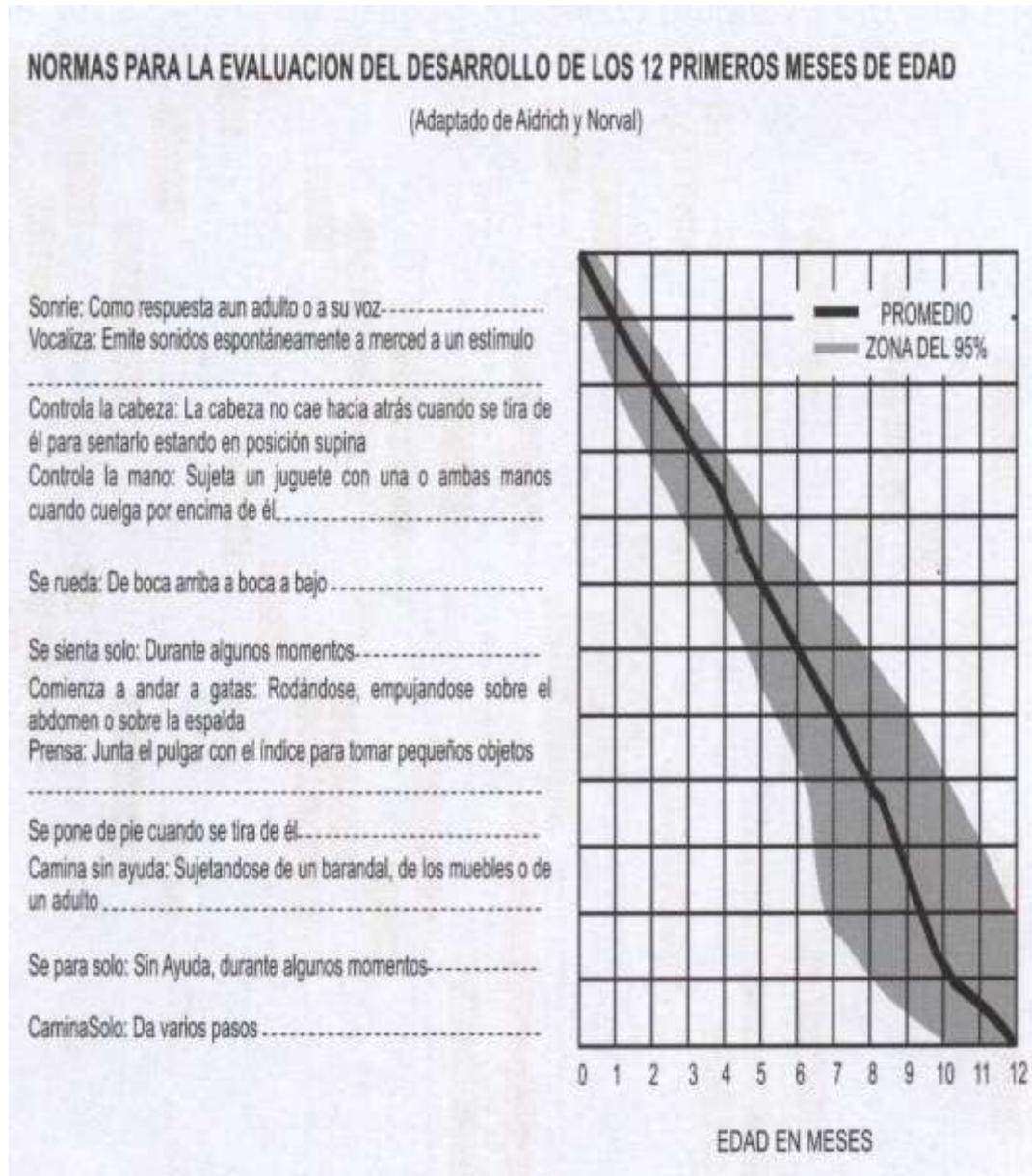
- a) Charlas
- b) Taller
- c) Conferencias

Gracias por su colaboración

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

GRUPO DE EDAD	VACUNA	Nº DOSIS	DOSIS RECOMENDADA	VÍA DE ADM.	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN						
					DOSIS SEGÚN EDAD			REFUERZOS			
					1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	1 REFUERZO	2 refuerzos	3 refuerzos	
Menores de 1 año	BCG	1	0.1 ml	I.D	RN						
	HB(región amazónica)	1	0.5 ml	I.M	RN						
	OPV	4	2 Gts	V.O	2m	4 m	6 m	1 año después			
	Pentavalente (DPT + HB + Hib)	3	0.5 ml	I.M	2m	4 m	6m				
	Influenza pediátrica (a partir 6 meses)	2	0.5 ml	I.M	1er contacto	Al mes primero					
	Rotavirus	2	1 ml	V.O	2 m	4 m					
	Neumococo	3	0.5 ml	I.M	2m	4m	6 m				
12-23 meses	DPT	1	0.5 ml	I.M				1 año después penta.			
	SRP	1	0.5 ml	S.C				Dosis única 12-23			
	FA	1	0.5 ml	S.C	1er contacto			c/10 dosis			
	Influenza p.	1	0.5 ml	I.M				Solo en camp.			
Escolares	DT	2	0.5 ml	I.M	2do básica	1 mes	6 meses	7to básico			
	HB (Séptimo básica)	3	0.5 ml	I.M	1er contacto						
	dT Embarazadas	5	0.5 ml	I.M	1 er contacto	1 mes después.		Siguiente embarazo	Siguiente embarazo.	Siguiente embarazo.	
	dT no Emb. En área de riesgo			I.M	1 er contacto	1 mes después.		6 mes después.	1 año desp.	1 año desp.	
	SR	1	0.5 ml	S.C	Dosis	Única en campaña					
Adultos mayores de 65 años	Influenza estacional	1	0.5 ml	I.M	Solo en	Campaña					
	Neumococo Polisacárido	1	0.5 ml	I.M	1er contacto	c/5 años					

TEST DE ALDRICH Y NORVAL



TEST DE BARRERA MONCADA

