



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

VI SEMINARIO DE GRADUACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

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

Requisito previo para optar por el título de Licenciada en Enfermería

AUTORA: Navas Navas, Mayra Patricia

TUTOR: Lcdo. Dip. Miño Acurio, Carlos Javier

Ambato - Ecuador

Mayo, 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE SUCRE ÁREA N° 5 CANTÓN PATATE PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO – 23 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2012” de Mayra Patricia Navas Navas, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2013

TUTOR

Lcdo. Dip. Carlos Miño

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

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

Ambato, Abril del 2013

LA AUTORA

Mayra Patricia Navas Navas

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

Ambato, Abril del 2013

LA AUTORA

Mayra Patricia Navas Navas

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros de Tribunal Examinador aprueban el informe de Investigación, sobre el tema: **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE SUCRE ÁREA N° 5 CANTÓN PATATE PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO – 23 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”**, de Mayra Patricia Navas Navas, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Mayo del 2013

Para constancia firman

DEDICATORIA

Con amor y ternura dedico esta tesis, a mis padres, esposo querido y más familiares, quienes con su confianza, aliento y comprensión son los cultores de mi permanente superación y, porque ellos son el significado de mi constante paz y significan la razón de mi vivir.

Mayra Navas

AGRADECIMIENTO

A Dios que me ha regalado la vida para poder existir, y que siempre estuvo presto a extender su mano cuando más lo necesité y por medio de él podré abrirme camino en el mundo profesional.

A la Universidad Técnica de Ambato que me supo abrir sus puertas en la Facultad de Ciencias de la Salud. A mis maestros/as que con sus sabias experiencias supieron guiarme por el camino del saber.

Gracias a todos y cada una de las personas que me apoyaron en la realización de la presente tesis. En especial a mi familia quienes supieron de forma permanente y desinteresada darme su apoyo moral y afectivo y que con su respaldo he hecho posible este sueño tan deseado.

Mayra Navas

ÍNDICE GENERAL

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
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
ÍNDICE DE TABLAS	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema	2
1.3. Justificación	10
1.4. Objetivos.....	12
CAPÍTULO II.....	13
MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Antecedentes Investigativos	13
2.2. Fundamentación Filosófica.....	15
2.3. Fundamentación Legal	16
2.4. Fundamentación Psicológica	19
2.5. Categorías Fundamentales	22
2.6. Fundamentación Científica.....	23
2.7. Hipótesis	69
2.8. Señalamiento de Variables	70
CAPÍTULO III	71
MARCO METODOLÓGICO	71

3.1.	Enfoque.....	71
3.2.	Modalidad Básica de la Investigación.....	71
3.3.	Nivel o tipo de Investigación.....	72
3.4.	Población y Muestra.....	73
3.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	74
3.6.	Técnicas e Instrumentos.....	76
3.7.	Plan de Recolección de Información.....	76
3.8.	Plan de Procesamiento de Información.....	77
CAPÍTULO IV.....		78
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....		78
4.1.	Datos obtenidos e interpretación.....	78
4.2.	Comprobación de la hipótesis.....	101
CAPÍTULO V.....		103
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		103
5.1.	Conclusiones.....	103
5.2.	Recomendaciones.....	104
CAPÍTULO VI.....		105
PROPUESTA.....		105
6.1.	Datos Informativos.....	105
6.2.	Antecedentes de la Propuesta.....	105
6.3.	Justificación.....	108
6.4.	Objetivos.....	111
6.5.	Análisis de Factibilidad.....	112
6.6.	Fundamentación Científica - Teórica.....	112
6.7.	Desarrollo de la Propuesta.....	117
6.8.	Modelo Operativo de la Propuesta.....	131
6.9.	Administración de la Propuesta.....	133
6.10.	Recursos.....	133
6.11.	Presupuesto.....	133
6.12.	Plan Operativo.....	134
6.13.	Impacto.....	134
6.14.	Evaluación.....	135

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	136
1. BIBLIOGRAFÍA	136
2. LINKOGRAFÍA	138
3. CITAS BIBLIOGRÁFICAS: Base de datos de U.T.A	140
ANEXOS.....	141
Anexo 1	141
Anexo 2	146
Anexo 3	148
Anexo 4	150

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Red de Inclusiones	22
Gráfico 2: Aspectos afectados en la maternidad	78
Gráfico 3: Edad al convertirse en madre	79
Gráfico 4: Cantidad de hijos.....	80
Gráfico 5: Inicio de la vida sexual.....	81
Gráfico 6: Educación al embarazarse	82
Gráfico 7: Educación sexual.....	83
Gráfico 8: Comunicación sobre sexualidad	84
Gráfico 9: Afectación familiar por maternidad	85
Gráfico 10: Estado civil	86
Gráfico 11: Situación de dependencia	87
Gráfico 12: Ocupación de las madres	88
Gráfico 13: Cuidado de los hijos	89
Gráfico 14: Capacitación por parte del personal de Salud.....	90
Gráfico 15: Peso del niño de la madre adolescente	91
Gráfico 16: Talla del niño de la madre adolescente.....	92
Gráfico 17: Prueba test de Denver.....	93
Gráfico 18: Cumplimiento del esquema de vacunación	94
Gráfico 19: Frecuencia de control al médico	95
Gráfico 20: Tipo de alimentación.....	96
Gráfico 21: Tiempo de alimentación con leche materna	97
Gráfico 22: Incorporación de alimento al niño.....	98
Gráfico 23: Alimento del niño.....	99
Gráfico 24: Enfermedades del niño	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Programa Ampliado de Inmunizaciones (MSP)	60
Tabla 2: Vigilancia del desarrollo en niños.....	64
Tabla 3: Tabulación de la población de estudio	73
Tabla 4: Variable Independiente.....	74
Tabla 5: Variable Dependiente.....	75
Tabla 6: Plan de Recolección de Información.....	77
Tabla 7: Aspectos afectados en la maternidad	78
Tabla 8: Edad al convertirse en madre.....	79
Tabla 9: Cantidad de hijos.....	80
Tabla 10: Inicio de la vida sexual.....	81
Tabla 11: Educación al embarazarse.....	82
Tabla 12: Educación sexual.....	83
Tabla 13: Comunicación sobre sexualidad.....	84
Tabla 14: Afectación familiar por maternidad	85
Tabla 15: Estado civil	86
Tabla 16: Situación de dependencia	87
Tabla 17: Ocupación de las madres	88
Tabla 18: Cuidado de los hijos	89
Tabla 19: Capacitación por parte del personal de Salud.....	90
Tabla 20: Peso del niño de la madre adolescente	91
Tabla 21: Talla del niño de la madre adolescente	92
Tabla 22: Prueba test de Denver.....	93
Tabla 23: Cumplimiento del esquema de vacunación	94
Tabla 24: Frecuencia de control al médico	95
Tabla 25: Tipo de alimentación.....	96
Tabla 26: Tiempo de alimentación con leche materna	97
Tabla 27: Incorporación de alimento al niño.....	98
Tabla 28: Alimento del niño por.....	99
Tabla 29: Enfermedades del niño	100
Tabla 30: Comprobación de la hipótesis.....	101
Tabla 31: Modelo Operativo de la Propuesta.....	131

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

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

AUTORA: Navas Navas, Mayra Patricia

TUTOR: Lcdo. Dip. Miño Acurio, Carlos Javier

FECHA: Abril de 2013

RESUMEN

El presente trabajo investigativo se basa en establecer la relación que existe entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en los niños menores de 2 años 6 meses que son atendidos en el Subcentro de salud de Sucre, estudio que se realizó en un lapso de 6 meses, en el cual si se encontraron alteraciones relevantes tomando en cuenta todas las complicaciones que se encuentra en la bibliografía de la OMS, OPS, MSP entre otras.

Para realizar la investigación se recogió datos de las madres como de los niños que se encuentra registrados en las historias clínicas como son los siguientes. Edad de la madre, estado civil, nivel de educación, características socio-demográficas del lugar en donde habitan y factores desencadenantes que indujeron a que las adolescentes se embarazarán, además se ha recolectado datos del niño como: peso, talla, tipo de alimentación, esquema de vacunación y enfermedades prevalentes de la infancia.

Tomando en cuenta que los niños están propensos a sufrir alteraciones en su desarrollo y crecimiento debido a una inadecuada alimentación, de la misma

manera puede verse afectado su estado psicomotriz, provocando complicaciones en los niños.

La presente investigación se enmarca en el paradigma crítico propositivo, ya que se busca detectar los problemas y de la misma manera buscar las acertadas soluciones para los problemas mencionados anteriormente, trabajando conjuntamente con las madres adolescentes, sus hijos y el Subcentro de salud.

En este trabajo investigación se concluye que sí existe relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses, porque los niños no se encuentran dentro de los parámetros de acuerdo a los percentiles de peso y talla.

Debido a las alteraciones encontradas se realiza una propuesta de intervención con el objetivo de mejorar la situación actual en la que se encuentra los niños, educando a las madres sobre el cuidado alimentación y controles postnatales a los que deben asistir las madres para la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia lo que afecta gravemente a la salud del niño.

PALABRAS CLAVES: MADRES _ ADOLESCENTES, CRECIMIENTO, DESARROLLO, DESNUTRICIÓN

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING CAREER

THEME "ADOLESCENT MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS OLD IN SUCRE SUB CENTER AREA No.5 PROVINCE TUNGURAHUA, PATATE CANTON IN THE PERIOD JUNE 23 - NOVEMBER 23 YEAR 2012 "

AUTHOR: Navas Navas, Mayra Patricia

TUTOR: Lcdo. Dip. Miño Acurio, Carlos Javier

DATE: April de 2013

SUMMARY

This research work is based on establishing the relationship between teenage pregnancy and the presence of abnormalities in children younger than 2 years 6 months being treated at the Health Sub-center of Sucre, a study that was conducted in a period of 6 months, which if relevant changes were found taking into account all the complications found in the literature of the WHO, PAHO, SPM among others.

To conduct the research data was collected from mothers and children is recorded in medical records such as the following. Mother's age, marital status, education level, socio-demographic characteristics of the place where they live and triggers that led to the teenagers become pregnant, and have collected data of the child as: weight, height, type of food, vaccination and management of childhood illnesses. Taking into account that children are likely to suffer alterations in their development and growth due to poor nutrition, in the same way be affected psychomotor status, causing complications in children.

This research is part of the critical paradigm purposeful, as it aims to identify the problems and also searching the successful solutions to the problems mentioned above, working with teenage mothers, their children and the health sub-center.

This work was concluded that the correlation between teenage pregnancy and the presence of alterations in the growth and development of children from 0-2 years 6 months, because children do not fall within the parameters according to percentiles of weight and height.

Because of the alterations were made a proposal for intervention in order to improve the current situation in which children is by educating mothers about feeding and controls postnatal care for mothers who must attend for disease prevention of childhood which seriously affects the health of children.

KEY WORDS: TEENAGER _MOTHERS, GROWING, DEVELOPMENT, MALNUTRITION

INTRODUCCIÓN.

Cuando se trata de políticas sociales, la educación regular, los programas en salud preventiva, las convivencias familiares, el diálogo abierto y oportuno, son aspectos que coadyuvan en una educación y sensibilización que permite desarrollar en la juventud destrezas y estrategias adecuadas para enfrentar situaciones emocionales y conflictivas con relación a la sexualidad. Por ello, la educación, la familia, la sociedad en general deben dejar de lado prejuicios y costumbres ancestrales para abordar directamente aspectos sobre prevención y anticoncepción. Sin embargo esto no significa que tengamos que descuidar la parte afectiva y emocional, todo lo contrario debe tener especial relevancia.

Muchas de las veces, los padres de familia rehúyen, en la etapa de la adolescencia de sus hijos e hijas con respecto a sus preguntas, sus asuntos emocionales y peor si se tratan de asuntos de educación en la sexualidad.

Este trabajo investigativo plantea las estrategias que generen espacios, para tratar temas en un ambiente de confianza, reflexión e integración familiar, la importancia que tienen en la vida y el desarrollo de los/as adolescentes y demás personas, el saber asumir decisiones para llevar una vida sana y de adecuada convivencia que les permita crecer y abordar su sexualidad de una manera positiva y mesurada.

Para ello el presente estudio abarca temas como: La educación sexual, el desarrollo sexual, la salud reproductiva, las relaciones interpersonales, la toma de decisiones, el respeto a uno mismo y cómo deben brindar cuidados adecuados a los niños las madres adolescentes, con respecto a: la salud del niño , control médico, alimentación, protección, etc.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Tema

“Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Subcentro de Salud de Sucre Área N° 5 Cantón Patate Provincia de Tungurahua en el periodo 23 de junio – 23 de noviembre del año 2012”.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

Macro

Según los Institutos de Estadísticas y Censos latinoamericanos, la información disponible sobre embarazos no planeados en América Latina está basada mayormente en las encuestas nacionales de demografía y salud. Por lo tanto, el análisis de estas encuestas en Bolivia, Colombia, Paraguay y Perú indica que la probabilidad de embarazos no planeados se incrementa con la edad de la mujer y disminuye con la educación. Además, es más probable que las mujeres que viven en zonas rurales tengan más hijos que los idealmente deseados que aquellas mujeres que viven en zonas urbanas.

Según la Dra. **CAMACHO** Virginia, del departamento de salud y desarrollo del niño y del adolescente de la OMS: “**El contexto es complicado, porque las cuestiones culturales influyen en el comportamiento sexual**”.

Estableciéndose de ello, que aunque las circunstancias de los embarazos en adolescentes varían mucho, los cuerpos de las niñas no están plenamente desarrollados para atravesar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas; por lo tanto, las madres adolescentes se enfrentan a un riesgo más alto de parto. Más aún, si no existe una atención obstétrica de urgencia adecuada, que puede provocar complicaciones graves, y por ende conlleva un alto riesgo de morbilidad materna e infantil. En cambio, para aquellas madres adolescentes que sobreviven, al trabajo prolongado de parto puede sufrir otras complicaciones que al final afecta su estado de salud, también puede afectar el desarrollo normal del niño que a la postre implica elevadas situaciones de morbimortalidad como; niños prematuros, desproporción céfalo-pélvica, trabajo prolongado del parto, y más afectaciones que dependen en mucho de la situación social, económica y cultural.

Meso

En el caso de Ecuador, la situación del embarazo en adolescentes no es muy diferente del resto de los países de la región andina. La mayor cantidad de casos se produce en la Costa. Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos **INEC** (2010), hubo alrededor de 24 mil embarazos, mientras que en la Sierra se superaron los 17 mil y en la Amazonía se llegó casi a los tres mil. La zona insular es la que presenta menos embarazos, con 46 casos.

Según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) con respecto al Censo de 2010, en el país hay 346.700 niñas (de 10 años a 14 años). Se destaca que en este rango, las cifras de embarazos precoces registrados aumentaron en la última década y eso implica una enorme preocupación, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales. De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, realizado en el 2010, en el país hay 346.700 adolescentes, de las cuales 2.080 ya han sido madres.

En Tungurahua, según el Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, “... **dos adolescentes, de cada diez, tienen un hijo/a. Teniendo la provincia una calificación global de 3,1 sobre 10 y ocupa el puesto 13 entre las 24 provincias ordenadas de mejor a peor cumplimiento de los derechos de la niñez y adolescencia**”.

Por estas razones el gobierno ecuatoriano ha puesto en marcha la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA). En ella, los ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social (MIES) y Coordinador de Desarrollo Social y la Secretaría del Migrante han formado un frente para trabajar sobre planificación familiar, acceso a información, educación en salud sexual y reproductiva y sexualidad en general.

Micro

En la parroquia Sucre del cantón Patate, provincia de Tungurahua, la realidad no difiere del contexto nacional y mundial. Las adolescentes entre 10 y 19 años presentan situaciones de embarazo que son tratadas por la Unidad de Salud del lugar, según informa la Doctora responsable del lugar: “**Esta realidad tiene causas y efectos que derivan en situaciones que afectan tanto a la madre, el/la niño/a y los familiares. Más aún si la sociedad de la cual son oriundos mantiene tradicionalismos y costumbres que no denotan cambio alguno a futuro**”.

Adolescentes embarazadas de hombres adultos, que luego tienen que consumir el hecho con matrimonios forzados, esposos que tienen edades sumamente diferenciadas de la de sus jóvenes esposas, padres que por la pobreza extrema aceptan matrimonios tan desiguales y que son mudos testigos de la situación conflictiva y de violencia intrafamiliar que esto implica. En si una cultura netamente rural, caracterizada por hechos que son derivaciones de la falta de educación, extrema pobreza, una sociedad tradicionalista y con una cultura que fomenta estas acciones que están reñidas con la legislación pero que son

realidades que exigen una mayor educación y cambio de socio-cultural de la población de este sector.

Pero pese a que se está trabajando en la prevención de embarazos en las adolescentes, hace falta que estas campañas se trasladen y amplíen su cobertura a las zonas más vulnerables. Pero, si bien es cierto a pesar de que existen estos programas, la situación en estudio refleja también la deficiencia de conocimientos en educación sexual no solo de los/as adolescentes, sino de muchos adultos que pese a su edad y experiencia no practican una sexualidad responsable.

Existe también una brecha generacional que abre una gran distancia comunicacional entre padres e hijos. Las reflexiones no son las mismas y por ende no hay entendimientos. Si los temas sexuales fueran comprendidos, primero por los adultos, no habría una tasa alta de embarazos en adolescentes ni efectos colaterales en el desarrollo de sus hijos.

Ser madre adolescente implica que los niños puedan sufrir alguna malformación congénita como: distrofia muscular, parálisis cerebral, ceguera, epilepsia u otra alteración que limite su desarrollo. Además, debido a la falta de madurez fetal o física de la madre, los hijos son propensos a padecer desnutrición, retardo de su desarrollo psicomotor, alteraciones en su conducta y disfunción cognitiva.

En el cantón Sucre se ha podido observar a través de las visitas realizadas al Subcentro de Salud, que a esta unidad asisten madres adolescentes con sus hijos y adolescentes embarazadas que esperan ser atendidas por el médico ya que algunas presentan padecimientos de alguna enfermedad. Entre otras consecuencias están: mayor riesgo de padecer alguna malformación congénita, riesgo de tener un hijo con cierre defectuoso de la pared abdominal, y de que el pequeño tuviera alguna malformación derivada de una infección de la madre durante el primer trimestre. Niños propensos a tener ciertos defectos cardíacos, con anencefalia, y con problemas en los sistemas nervioso y digestivo.

Muchas de las veces, las madres no demuestran su cariño a sus hijos, son menos sensibles y afectuosas con su hijo y ello puede acarrear situaciones en que los niños a futuro demuestren deficiencias intelectuales y perturbaciones emocionales considerables durante los años escolares, un rendimiento académico deficiente, escasa relación con niños de su misma edad, hasta comportamientos delictivos.

1.2.2. Análisis Crítico

La situación del embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud al que se están enfrentando las distintas sociedades. Derivadas de conceptos que establecen que la juventud niega o desconoce y que conlleva a la “sustitución de amor por sexo”. La realidad es que estamos enfrentado condiciones de vida que favorecen las relaciones sexuales tempranas, precoces de la juventud.

El inicio de vida sexual a temprana edad provoca que las adolescentes corran un elevado riesgo psicosocial, y afectivo motivado en factores que, como consecuencia de estas libertades, les acarrea situaciones que a su edad no están listos para afrontarlas como lo es embarazos no deseados.

Si a ello se suma cuadros en donde hace falta información de educación sexual que acarrea una serie de frustraciones y conductas que en vez de viabilizar soluciones los conduce a escenarios nada agradables, entonces se deriva en adolescentes sin principios y valores con respecto a su sexualidad que les permita asumir y sobrellevar con responsabilidad su vida y relaciones sociales y afectivas; por lo tanto terminan afectando sus capacidades físicas, psicológicas, afectivas e intelectuales.

Además la falta de controles prenatales son escenarios que están directamente relacionados a situaciones de pobreza y búsqueda de satisfacer necesidades, ello implica que el embarazo en la atapa adolescente conlleve consecuencias que pueden ser negativas en el desarrollo del niño o niña producto de una madre adolescente poco desarrollada y que debe asumir responsabilidades para las cuales todavía no está lo suficientemente preparada.

Este tipo de situaciones no permiten que las adolescentes cumplan con su ciclo de desarrollo y deben aprender a sobrellevar una vida de responsabilidad, compromiso y obediencia conyugal y familiar que a la postre afecta tanto a ellas

en su desarrollo y a sus hijos/as al nacer. Con el peligro que ello implica. Niños con alteración neuromuscular, parálisis cerebral, ceguera, epilepsia; propensos a padecer desnutrición, inadecuado desarrollo psicomotor entre otros aspectos.

1.2.3. Prognosis

Las adolescentes en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad no deseada, con visos de tragedia frente al escándalo de la institución educativa, el rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás. Sin preparación alguna para la maternidad, llegan a ella y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales.

Este estudio se enfoca en la problemática del embarazo adolescente, como una voz de alerta frente a su alarmante frecuencia, y con la esperanza de aportar a una sólida orientación educativa en los hogares y en las escuelas ante las responsabilidades de la sexualidad y de la salud reproductiva.

Dado que la etapa de 0-2 años 6 meses de vida del niño establece particularidades en su desarrollo; mismas que de no ser atendida de una manera prolija, oportuna y consciente acarrea un sin número de situaciones que dificultan su desarrollo e integración; más aún si está caracterizado por el ritmo acelerado del desarrollo del organismo. Por ello, la interrelación entre el estado de salud, el desarrollo físico y psiconervioso del niño versus el comportamiento de la madre adolescente, conlleva un alto grado de responsabilidad y de afectación.

En el contexto familiar, el papel maternal implica una serie de responsabilidades que permiten al niño un adecuado crecimiento; ello requiere que la madre esté apta y plenamente desarrollada física y mentalmente para cumplir a cabalidad, cuidado y esmero su compromiso, sino solo habrá una resultante, adolescentes y niños con diferentes manifestaciones negativas, traumas o afectaciones: como desnutrición, abandono, situaciones abortivas y hasta muerte de uno de ellos.

1.2.4. Formulación del problema.

¿El ser madre adolescente incide en el desarrollo de los/as niños/as de cero a dos años seis meses de edad, del Subcentro de Salud de la parroquia Sucre, provincia de Tungurahua?

1.2.5. Preguntas directrices.

- ¿Determinar cuántas adolescentes entre los 10 y 19 años han sido atendidas por estar en estado de gestación en el Subcentro de Salud de la parroquia Sucre, desde el 23 de junio a 23 de noviembre del 2012?
- ¿Cuál es el número de hijos y su morbilidad que se presenta en las madres adolescentes?
- ¿Existe relación entre las medidas antropométricas, el test de Denver y el desarrollo adecuado de las destrezas de acuerdo a la edad del hijo de madre adolescente?
- ¿Qué estrategias educativas se pueden implementar en este sector a fin de promover, métodos y técnicas de fomento y protección para mejorar la salud sexual y reproductiva de la madre, así como el crecimiento armónico del menor?

1.2.6. Delimitación Del Problema

1.2.6.1. Delimitación de la Investigación

Campo: Salud

Área: Enfermería.

Aspecto: Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño.

1.2.6.2. Delimitación Espacial

Lugar: Parroquia Sucre, cantón Patate, provincia de Tungurahua.

Institución: Subcentro de Salud de la parroquia Sucre.

Grupo: Madres adolescentes usuarias.

1.2.6.3. Delimitación Temporal

Periodo: La investigación se aplicará en el período: 23 de junio – 23 de noviembre del año 2012”.

1.3. Justificación

La realización del presente estudio es de interés de la investigadora por cuanto el tema del embarazo en las adolescentes entre 10 y 19 años de edad y la relación con el desarrollo del niño de cero a dos años síes meses es una problemática a nivel mundial y nacional que afecta enormemente en el desarrollo normal de la juventud que tiene que ver frustradas sus expectativas de crecimiento y de lograr una madurez armónica a su edad cronológica producto de una formación de su personalidad a nivel social, cultural y educativo.

La importancia investigativa radica en establecer la solución a la problemática a través de articular estrategias efectivas que permitan contrarrestar de manera significativa esta situación que pese a las políticas y campañas que se han implementado de parte del Gobierno a través del Ministerio de Salud, apoyado por Organizaciones no gubernamentales (ONG´s), no se ha logrado disminuir los casos de madres adolescentes embarazadas.

Además, esta situación afecta el desarrollo normal del niño y su integración en su entorno, puesto que cuando éstos abandonan el vientre materno, tienen que enfrentar cada día y en cada momento nuevas experiencias y entornos para ellos por lo cual los niños pueden ser poco agradables, agresivos y totalmente diferentes, y en los cuales el rol de la madre y el padre son decisivos y para lo cual deben estar inicialmente preparados.

Los conceptos y referencias recopilados de los diferentes autores que sirvan de apoyo científico, filosófico y académico para la elaboración de este trabajo investigativo, será la guía que conduzca en la estructuración de un documento de apoyo y de conocimiento especializado.

Bajo este contexto, la factibilidad de este trabajo radica en que pretende ser una aporte teórico-práctico para todos quienes buscan de una u otra manera acceder a literatura que les posibilite información especializada sobre el tema, a través de la determinación de estrategias y metodologías que permitan llegar a los adolescentes para desarrollar en ellos cambios de actitud y de cuidado responsable de su integridad física, psicológica, social y cultural. Se cuenta con la tecnología necesaria que apoye la realización de la investigación, tiene una relación costo - beneficio; está articulada en función operacional u organizacional y para cada solución se presenta una planificación preliminar de su implementación.

Este trabajo investigativo esta direccionado a determinar las causas, efectos y soluciones adecuadas para disminuir la incidencia de este problema; a través de lograr la implementación de estrategias de solución.

Su originalidad radica en cuanto se enriquecerá de los aportes y el análisis científico, cualitativo y cuantitativo de la información y datos que se recopilen producto de la aplicación de estrategias efectivas diseñadas para tal efecto.

Las beneficiarias directas serán las adolescente, los/as niños/as, padres de familia, los profesionales de la Salud y más personas que como parte de la sociedad, pongan en práctica el conocimiento aquí descrito. Sobre todo, permitan que las estrategias propuestas alcancen logros, al obtener adolescentes con criterio de decisión y sabedores de las consecuencias de la práctica precoz de la sexualidad así como niños adecuadamente desarrollados que se integren fácilmente a la acción educativa posterior y convivan en una realidad social, cultural, económica y política, en el cual se advierta una elevada calidad de vida.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Determinar la relación incidente que se produce entre la madre adolescente y la presencia de alteraciones en el desarrollo integral de los/as niños/as de cero a dos años seis meses que han sido atendidos en el Subcentro de Salud de la parroquia Sucre, cantón Patate, provincia de Tungurahua, en el período comprendido de 23 de junio a 23 de noviembre del 2012

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar la relación existente en ser madre adolescente y la repercusión en el estado nutricional del niño.
- Valorar los percentiles de desarrollo y crecimiento de los/as niños/as de cero a dos años seis meses de las madres adolescentes a fin de determinar posibles alteraciones o mortalidad infantil.
- Establecer a través de la investigación si se cumple el esquema de vacunación en el niño; para un efectivo crecimiento y desarrollo.
- Elaborar una propuesta de intervención con estrategias de solución de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

En esta investigación se encuentra la tesis de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, de la Carrera de Salud, Maestría en adolescencia, de título: “Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S Puengasí No.1 en el año 2009”; de la Dra. **María Italia Andrade Valencia**, que entre sus conclusiones destaca lo siguiente: “Uno de los factores que influye para que se produzca el embarazo precoz y embarazos subsecuentes es sin lugar a dudas el desconocimiento que tienen sobre la sexualidad, los métodos anticonceptivos y sobre todo el no utilizarlos por el temor que tienen sobre ellos, y si los usan lo hacen de manera inadecuada. Además confían que el estar dando de lactar es un método anticonceptivo natural seguro, pero han comprobado que no es así, ya que varias han quedado embarazadas por segunda vez.

Otro de los factores que influyen es el vacío afectivo que ellas sienten ante la ausencia de su padre, lo que hace que busquen amor en su pareja. En muchos de los casos de estudio el padre está ausente y la madre ha asumido toda la responsabilidad sobre la crianza de la adolescente.

Ramos Yáñez, Diana Elizabeth (2012), ha desempeñado un estudio de vital importancia para esta investigación debido que se ha realizado en la misma área de acción de esta investigación, y se enfoca básicamente en el aspecto nutricional bajo el título de “Prevalencia de desnutrición y su relación con infecciones

respiratorias agudas en pacientes menores de 10 años que acuden al Subcentro de Salud Bolívar en Pelileo - Tungurahua”, buscando determinar la asociación entre la desnutrición e infecciones respiratorias agudas en estos niños, haciendo uso de métodos como la observación directa, examen físico y de la entrevista e interrogatorio a los niños junto a sus padres o adultos acompañantes para la veracidad de los datos.

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

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

Por estas consideraciones se establece la importancia y viabilidad para implementar este estudio investigativo con el firme propósito de establecer las causas y del análisis determinar las estrategias más adecuadas para la solución a la problemática planteada.

2.2. Fundamentación Filosófica

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

Por lo tanto se categoriza bajo este pensamiento debido a que, teniendo en cuenta la finalidad de la investigación busca comprender o conocer la realidad de la población de estudio, específicamente a descubrir las causas, consecuencias y factores que determinan su incidencia en el crecimiento y desarrollo de los niños hijos de una madre adolescente, permitiéndonos observar la realidad que presenta el área de estudio, de manera particular, debido precisamente a las diferencias sociales existentes.

Tanto la investigadora como toda la sociedad en general está íntimamente vinculada y en continua interacción con el fenómeno investigado, la diferencia se pretende marcar en lo referente a buscar un cambio positivo de este fenómeno apreciado por lo general como un aspecto negativo en el ámbito social.

Por lo que, además se le considera como propositivo, debido a que esta investigación no se basa solamente en conocer la realidad del problema si no que busca una alternativa de solución, que esté definida mediante consenso tomando en cuenta los intereses y necesidades de los sujetos vinculados en la investigación, cambio que debe ser fundamentado en los valores principios morales de la sociedad.

Esta investigación parte de definiciones científicamente establecidas y enmarcadas dentro de lo social, utilizando diferentes instrumentos para la recolección de información, en búsqueda de información veraz y oportuna, es

decir que estos estarán acordes a la situación y las características de la población en la cual se aplicarán dichos instrumentos.

En cuanto al análisis de la información esta investigación pretende analizar los resultados cualitativamente, es decir que por ejemplo se busca entender si el hecho de ser madre adolescente influye positiva o negativamente en el crecimiento desarrollo de sus hijos, o si esto no ejerce la menor influencia en ellos.

2.3. Fundamentación Legal

- **Constitución de la República del Ecuador, Título II. De los Derechos. Capítulo III: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, Sección cuarta, Mujeres embarazadas.**

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

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

En la Sección quinta, correspondiente a Niñas, niños y adolescentes.

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

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad.

Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

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

- Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.
 - Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá quebrantar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral.
 - Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.
 - Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.
- **Código de la niñez y adolescencia. Libro primero. Los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos. Título I. Definiciones.**

Art. 1.- Finalidad.- Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y

adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.

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

• **Título III. Derechos, garantías y deberes. Capítulo II: Derechos de supervivencia.**

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

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

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

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

- Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;
- Garantizar la provisión de medicina gratuita para niños, niñas y adolescentes;

- Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación;
- Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental; y,
- Organizar servicios de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.

2.4. Fundamentación Psicológica

Durante todo el desarrollo del ser humano ocurren una serie de cambios biológicos, psicológicos y conductuales, tan complejos que requieren de atención en todos sus estadios, debido a que implican importantes transformaciones fisiológicas, emocionales y sociales, todo este conjunto de cambios se producen más pronunciadamente durante la adolescencia, pues es en esta etapa cuando el ser humano demanda comprensión, orientación, apoyo, confianza y diálogo fraterno para evitar equivocaciones que pueden provocar angustias e insatisfacciones y convertirse en un problema de salud.

El mayor riesgo observado en el embarazo precoz depende más de las variables socioculturales que de las fisiológicas, aunque estas variables estén condicionadas la una a la otra. Ya que generalmente un embarazo no deseado o no planificado está relacionado a una relación inestable de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, lo cual influye en que se dé una actitud de rechazo, no aceptación de la situación y en muchos casos el ocultamiento del embarazo por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y de la sociedad; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento del niño.

Un embarazo precoz se produce cuando la maduración biopsicosocial y física no se ha logrado aún o no se ha dado por completo, de modo que en muchos casos por incomprendimientos, problemas socioeconómicos, carencias nutricionales y un

medio familiar poco receptivo y cooperativo, incapaz de aceptarlo y protegerlo, se desencadene un parto con complicaciones.

La futura madre adolescente como cualquiera de su edad tiene dudas propias de la gravedad de su situación; se preocupa por la transformación de su cuerpo en una etapa en que asume su nueva imagen corporal, que se distorsiona de las expectativas que ha tenido de ella en años anteriores; teme a las molestias del parto, se angustia por la actitud del padre de su hijo, en muchos casos también adolescente. A ello se suma tener que abandonar a su grupo de “amigos o compañeros”, interrumpir los estudios y quizás no poder continuarlos; dejar de divertirse, atender a su hijo y amamantarlo cada vez que lllore, entre otros aspectos, que pueden provocar estrés, fatigas, desinterés y trastornos de la personalidad, siendo el principal de estos trastornos la depresión.

La madre adolescente no tiene un esquema de valores bien establecido que le permita priorizar problemas o soluciones, por lo cual, si logra cuidar bien a su hijo se sentirá satisfecha como madre, pero en lo más profundo de su ser tendrá añoranza de hacer lo mismo que una adolescente sin hijos. Esta falta de organización de valores es típica de la etapa, pues la adolescente se encuentra en un proceso de cambio y desarrollo. Por lo tanto, la influencia psicológica juega un rol importante en el desarrollo del niño, el ambiente de aprendizaje como principal elemento en los modelos actuales de desarrollo. Los nexos psicoafectivos que son base del desarrollo infantil nacen a partir de la confianza establecida con los padres, si este nexo no es el adecuado surgen los problemas de comportamiento o de aprendizaje.

Existen muchas teorías psicoanalíticas que buscan explicar el complejo proceso del desarrollo, por ejemplo, Sigmund Freud y Jean Piaget que apoyan teorías psicológicas que nos dicen cómo se producen estos cambios sucesivos e integradores.

Sigmund Freud: Resalta los impulsos determinados biológicamente, el principal es el impulso sexual y cambia con la maduración, lo que define etapas o estadios, estos son:

- **Etapas Oral:** (Primer año de vida) procura conocer a través de la boca, busca contacto con la piel de su madre para comunicarse con ella, del mismo modo llora para comunicar sus necesidades biológicas, y hace ruidos para llamar la atención.
- **Etapas Anal:** (Segundo año de vida) controla esfínteres, tiene autocontrol, y comunica sus necesidades biológicas de eliminación, conoce su entorno a través del juego.
- **Etapas Fálica:** (preescolar 3 – 4 años) se interesa por su región genital, busca conocer y entender las diferencias entre hombre y mujer, compara sus genitales de niño con los de sus padres.
- **Etapas edípica:** (preescolar 5 – 6 años) imita al padre de su mismo sexo y muestra atracción por el padre del sexo opuesto, se relaciona con personas del sexo opuesto, necesita privacidad e intimidad.
- **Etapas Genital:** (pubertad) sus cambios corporales le generan sentimientos contradictorios, rechazo y deseo de liberación y mostrase superior con otros niños menores.

Jean Piaget: Simboliza el desarrollo cognoscitivo: sensitivo motora, preoperatoria, operaciones concretas, operaciones formales, que explican los comportamientos del niño en las diferentes edades.

Teoría del comportamiento de Skinner: Se basa en el comportamiento observable, no distingue estadios, todos los seres humanos responden de la misma forma. El desarrollo es un proceso integral, en continuo cambio, céfalo caudal y próximo distal y está basado en las etapas anteriores y varía de un individuo a otro.

2.5. Categorías Fundamentales

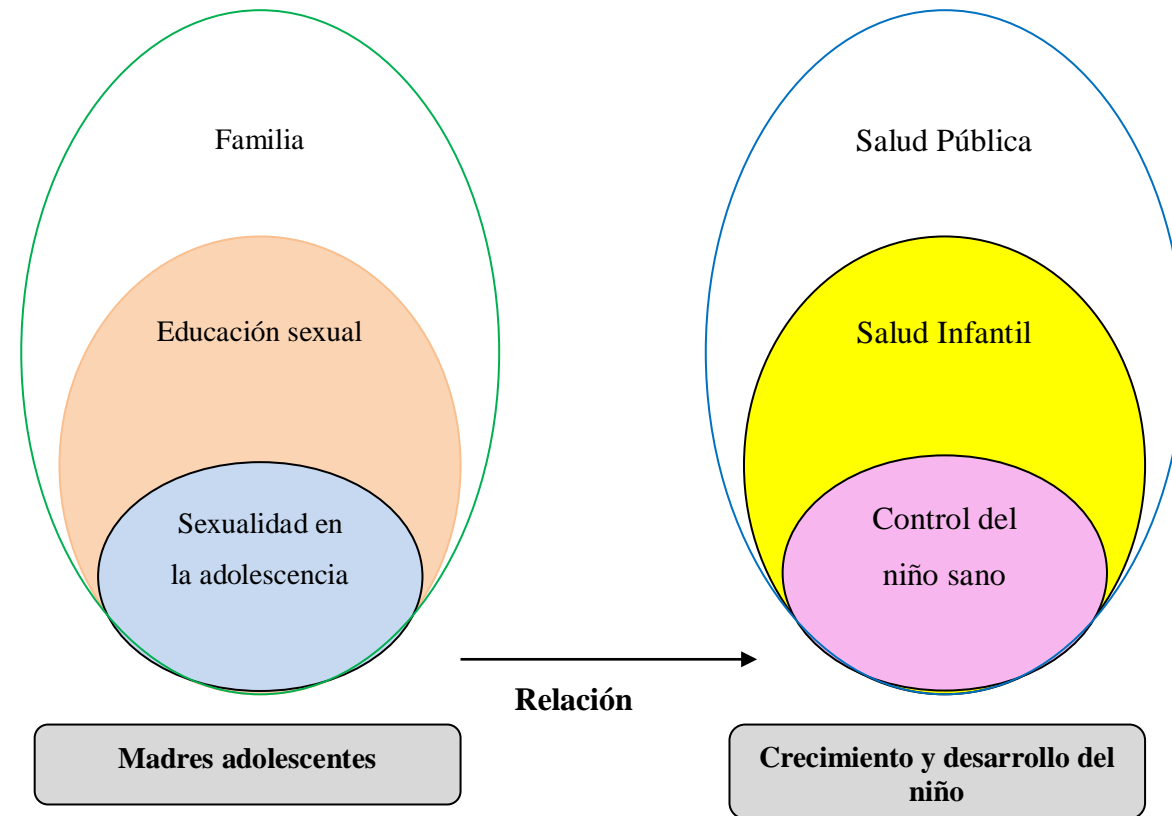


Gráfico 1: Red de Inclusiones
Elaborado por: Mayra Patricia Navas Navas

2.6. Fundamentación Científica

2.6.1. Familia

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** define a la familia como: **“Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse en escala mundial”**.

La familia es el resultado de una experiencia y de una alianza entre géneros. Requiere para su constitución, del encuentro y de la relación entre un hombre y una mujer que quieren unir su vínculo mediante el afecto entre ellos o hacia los hijos que surgen de su relación.

2.6.1.1. Funciones de la familia

El funcionamiento familiar consiste en la capacidad del sistema familiar para cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver la dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. Estas deben de cumplir con las siguientes demandas:

- Satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas de los hijos
- Socialización
- Bienestar económico
- Mediadora con otras estructuras sociales

2.6.2. Educación sexual.

Según **CASTELLANOS B. (2007)**, en su editorial La educación de la Sexualidad en países de América Latina enuncia: **“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, los derechos sexuales y reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva”. p 34

Para **BOIX** Frederic (2005), la educación sexual puede definirse como: **“El conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima”.** p. 116

Por lo tanto, educar sobre sexualidad a los hijos e hijas implica una incidencia consciente e inconsciente, desde el entorno familiar, puesto que esta está íntimamente articulada a un entorno social, cultural, antropológico y factores individuales psicológico, en el cual tiene una gran importancia el poder de grupo, los medios de comunicación, las instituciones escolares, así como las políticas de salud pública.

Al abordar la educación en la sexualidad se debe abordar necesariamente sobre la reproducción como un proceso en el cual trae un nuevo ser al mundo, lo cual incluye: el embarazo, la fecundación, el desarrollo del embrión, el feto, y el trabajo de parto. Súmese a ello factores como: las conductas sexuales, las enfermedades de transmisión sexual (ITS) y su prevención a través de la práctica de “sexo seguro”, el conocimiento y funcionamiento de los diferentes métodos anticonceptivos y el valor ético y moral de la interrupción del embarazo o aborto. Estableciéndose de ello, que la sexualidad humana es heterogénea y compleja, pues va mucho más allá de la mera reproducción y el coito. Abarca todas las

edades del desarrollo y permanece hasta la vejez, constituyéndose por eso en un acto fundamental de realización y satisfacción personal y de pareja.

2.6.3. Sexualidad en la adolescencia

Adolescencia proviene del latín *adolescere*, que significa alcanzar la madurez. 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 – económica”**. Cronológicamente comprende aproximadamente entre los 10 y los 19 años.

Determinándose, desde esta perspectiva que la adolescencia es la búsqueda de una identidad propia. En donde el joven se enfrenta a conflictos e inseguridades; los mismos que causan presión y tensión, a la vez que lo empuja a tomar decisiones según su manera de pensar. Y que generalmente terminan en cuestionamientos y duras críticas a los padres y la sociedad. Es la etapa en donde las amistades son sólidas.

Es el momento en que comienzan a establecer relaciones de pareja. Los padres deben asumir un rol normativo y disciplinario en vez de consensuar con sus hijos. Y a partir de ello los jóvenes asumen sus propias decisiones y muchas de las veces arriesgan su bienestar presente y futuro por decisiones mal tomadas.

2.6.3.1. Etapas de la juventud o adolescencia

Según **MENEGHELLO** (2008) la adolescencia se divide en:

a) 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.

b)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 el sexo opuesto, 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.

c)Adolescencia tardía (17 a 19 años)

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

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo.

2.6.3.2. Fisiología de la adolescencia

El concepto de pubertad femenina se la debe entender como la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta de madurez sexual en que se realizan los cambios morfológicos y funcionales del organismo que conducen al inicio de la fertilidad.

La adquisición de esta capacidad de engendrar se conoce con el nombre de nubilidad.

Las principales modificaciones, entre los cambios globales corporales que en esta época se registran, se podrían resumir en:

- Reactivación del sistema liberador de gonadotropinas hipofisarias inhibido desde la vida intrauterina.
- Incremento en la velocidad del crecimiento óseo.
- Maduración del aparato genital, y
- Desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

A ellas deben añadirse los relevantes cambios en la esfera psíquica, que se traducen en notables cambios en el comportamiento social.

2.6.3.3. Principales cambios físicos o características sexuales primarias y secundarias.

Según **MARLOW Dorothy R.** (2007) son de tipo:

- a) **Primarias.** Las características sexuales primarias son todas aquellas en el cual está la presencia de los órganos necesarios para la reproducción, como son:
 - En mujeres: ovarios, trompas de Falopio, útero, vagina.
 - En hombres: testículos, pene, escroto, vesículas seminales, próstata.

- b) **Secundarias.** Son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores.
 - En mujeres: crecimiento de los senos, aparición del vello púbico, vello axilar, cambios en la voz, cambios en la piel, ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis, presencia de la menstruación.
 - En hombres: vello púbico, vello axilar, vello facial, cambios en la voz, cambios en la piel, ensanchamiento de los hombros, presencia del semen.

2.6.3.4. Desarrollo Psicosexual

Para **GARCÍA** (2008), la sexualidad en la adolescencia se desarrolla en tres áreas:

- 1) **Física:** aparición de los caracteres sexuales secundarios que preparan al individuo para participar en el acto sexual.
- 2) **Psicológica:** Se manifiesta en el conocimiento, la curiosidad y las intenciones acerca de la sexualidad. El pensamiento proposicional le permite al adolescente imaginarse como persona sexual y elaborar planes. La mayoría de estas actividades ocurren en la imaginación del adolescente.
- 3) **Social:** Comprende la involucración sexual afectiva con otras personas la que se refleja en sus elecciones de objetos sexuales siendo cada expresión un reflejo de la experiencia contextual del adolescente, donde la familia es su ámbito más inmediato.

2.6.3.5. Desarrollo social

Según **MENEGHELLO** (2008), algunos psicólogos se refieren a esta etapa como una de la más crítica del ser humano ya que el adolescente ve a la sociedad o al mundo como un tema de crítica y rechazo, rompe el cordón umbilical que lo liga de sus padres, desconoce la autoridad o cualquier liderato y entra en ese período transitorio en donde no se pertenece a una pandilla pero tampoco forma parte de un grupo puberal. La comprensión la buscan fuera, hasta encontrar a la persona que va a convertirse en su confidente.

El trayecto de la adolescencia, época de transición, es caracterizada por muchos, como una etapa de cambios radicales y de grandes retos. Es la permanente búsqueda de respuestas a preguntas como: ¿quién quiero ser?, ¿cómo quiero ser? o ¿qué quiero ser? Es una etapa en donde las ideas infantiles se trasponen de frente con las nuevas prioridades y expectativas. Por lo tanto las decisiones y los proyectos encuentran un terreno fértil en la etapa de la vida en que se encuentran

los adolescentes; y por ende, es muy común escuchar a los jóvenes hablar sobre lo que desean ser o lo que desean lograr en los diferentes ámbitos de su vida. Metas como terminar el colegio, poder ingresar a la universidad, viajar y conseguir un buen trabajo, etc.

2.6.3.6. Problemas frecuentes en el adolescente

Los problemas a los que se deben enfrentar los adolescentes en esta etapa de transición, pueden ser:

- Desórdenes alimenticios como la anorexia nerviosa y la bulimia.
- Alcohol y drogas.
- Depresión y suicidio, que pueden ser consecuencias de situaciones de conflictividad familiar.
- Problemas de aprendizaje provocado y caracterizado por un desorden neurológico que les dificulta almacenar, utilizar o producir información.
- Conducta rebelde antisocial.
- Tendencia al retraimiento y a la agresividad.
- Baja autoestima y pobre empatía con los demás.
- Frecuentes mentiras.
- Poco control de los impulsos.
- Deterioro socioeconómico de la familia.
- Situación familiar conflictiva.
- Relaciones sexuales precoces motivadas en el interés por parte de los jóvenes por descubrir nuevas sensaciones de lo desconocido y hasta cierto punto prohibido que desemboca en factores de riesgo que complica la vida del adolescente.

Por lo tanto, esta etapa para las adolescentes y los adolescentes es una etapa de riesgo, dado que su transición, puede desembocar, de manera general, en una situación problema. Es una etapa en que se pone en juego la intrepidez como la imprudencia, en pro de adquirir experiencia y madurez, aun a costa de enormes sacrificios. Más, si se es una madre adolescente que tiene que asumir nuevas

responsabilidades, para las cuales todavía no está preparada, y abandonar en parte su desarrollo.

2.6.3.7. Relaciones Sexuales Tempranas

Para **PÉREZ** Hernández Faustino (2008), consiste en él: **“Inicio precoz de las relaciones sexuales. Actualmente la edad media aproximada de la primera relación coital es de 11 años para los chicos y 13 años para las chicas”**. Esto resulta ser un dato bastante general en nuestro medio, no encontrando grandes diferencias según el ámbito geográfico de la juventud.

Entre los factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales podemos citar:

- **Factores familiares.** La pérdida del vínculo familiar genera carencias afectivas que las jóvenes no saben resolver, impulsándolas a tener relaciones sexuales derivadas por la búsqueda de afecto.
- **Factores ambientales.** Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales.
- **No utilización de anticoncepción.** Por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos.
- **Falta de Educación Sexual.** La responsabilidad de padres, profesores, médicos, de la sociedad en fin, se diluye cada vez más y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos entre sus amigos.
- **Difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos.** La principal dificultad que señalan los adolescentes para acercarse a un Centro de Orientación Familiar (COF) estriba en que desconocen el tipo de lugar y el tipo de personas con que se van a encontrar.

- **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 y al mismo tiempo piensan que para tener relaciones no se debe implementar medidas anticonceptivas.

2.6.3.8. La adolescencia y la sexualidad

Según Sentirypensar.com.ar que cita a **STELLA C. (2007): “El sexo, es una palabra clave para los jóvenes. Desde la pubertad se manifiesta en ellos el deseo que los acompañará el resto de sus vidas. Por lo tanto, la forma en que en esta etapa se les enseñe a entenderlo, a disfrutarlo y a conocerlo es fundamental para que lleven una vida adulta plena y segura”.** s/p

Determinándose entonces que el concepto de una sexualidad sana se relaciona con una actitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva y para regularla de acuerdo a deseos y proyectos personales. Este concepto está altamente relacionado con la autoestima y el amor propio, así como también con el amor por el otro; una sexualidad sana también requiere de un autocuidado y del cuidado de la otra persona e incluye el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual y evadir presiones.

La sexualidad del adolescente comprende de los 10 a los 19 años. Es una época de rápidos cambios, el desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales: independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, pero a la vez que el adolescente se encara con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución conjunta como ser humano.

Debe dirimir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los conocimientos necesarios para impedir que se produzca un embarazo no deseado.

2.6.4. Fundamento legal de la Planificación familiar

Cuando se habla o se practica la relaciones en pareja, entre ellas la sexual, generalmente en nuestras sociedades recae sobre la mujer la mayor parte de los problemas relacionados con responsabilidad y la reproducción. Más aún si de ella se derivan situaciones como: complicaciones del embarazo, aborto en condiciones de riesgo, uso de métodos anticonceptivos, mayor riesgo de infecciones del tracto reproductivo, en especial enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el SIDA o complicaciones en el proceso de parto; por lo tanto, cada embarazo implica un riesgo de morbilidad y mortalidad tanto para madre y como para su hijo/a.

Socialmente, el proceso reproductivo está condicionado por factores de tipo social, cultural, político y económico, por la condición social de la mujer, por acciones dependientes de otros sectores sociales, como: educación, vivienda, alimentación y por factores emocionales, afectivos y relacionales.

En el documento presentado ante la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 2003) la Organización Mundial de la Salud resume los factores que afectan la salud de la mujer:

- **“Pobreza y otros factores económicos asociados (trabajo, acceso a educación, salud y vivienda);**
- **Baja condición personal y social, falta de oportunidades (estado de subordinación), a pesar de ser la maternidad vista como una situación socialmente valorada;**
- **Factores demográficos (formación temprana de pareja, fecundidad, envejecimiento)”.**

Añade que:

“Entre los seis principales problemas reconocidos por la OMS entre los que afectan la salud de la mujer a nivel mundial (nutrición, salud reproductiva, riesgos relacionados con el medio ambiente y el trabajo, enfermedades no transmisibles, salud mental y violencia contra la mujer); la Salud Reproductiva es definida de la siguiente manera: Salud Sexual y Reproductiva es tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular su fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables”.

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, hombre o mujer, y por lo tanto de la salud individual. Es por eso que el derecho a la salud constituye un derecho humano esencial, y los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos.

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos –Teherán, 2001– se reconoce que: **“Los padres tienen el derecho fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”**.

En **NAIROBI** (2006) al concluir la Conferencia Mundial sobre la Mujer, se señaló: **“Los Gobiernos deben favorecer el acceso a los servicios de Planificación Familiar, cualquiera que sea su política de población”**.

Por lo tanto, se determina que en el contexto mundial, nacional y local, es deber del Estado y de quienes están al frente de la administración pública, brindar la orientación y gestión para que la población, sobre todo la femenina, para que estén conscientes y conozcan de sus derechos, como también de los aspectos legales y humanísticos en que están delineadas las diferentes declaraciones y

acuerdos internacionales que respaldan una decisión en función a su actividad reproductiva, prevención y cuidado.

De allí que se detalla a continuación las ventajas y desventajas de una educación y orientación en el uso de métodos anticonceptivos como determinante en la reproducción y cuidado a los que debe prodigarse, de manera personal o de pareja debido a que están manteniendo una relación de tipo sexual, con los consiguientes riesgos de un embarazo, más aún si son adolescentes.

2.6.5. Sexualidad, ciclo menstrual, reproducción y métodos anticonceptivos

Para abordar el tema de métodos anticonceptivos, primeramente se debe establecer criterios con respecto a: sexualidad, anticoncepción, reproducción, ciclo menstrual, etc.

2.6.5.1. Sexualidad y anticoncepción

Se entiende por sexualidad a una característica humana del desarrollo vital que cada persona vive de manera particular y que se ve afectada por variables culturales, sociales y personales. Implica aspectos como la comunicación, el placer, la afectividad, la expresión de las emociones, los deseos y la reproducción.

Los métodos anticonceptivos son procedimientos que permiten:

- Vivir la sexualidad de una manera libre y satisfactoria.
- Tener relaciones sexuales sin temor al embarazo.
- Planificar con bastante seguridad el número de hijos y el momento de tenerlos, evitando embarazos no deseados.

Está unida al disfrute de la sexualidad; por esta razón, la posibilidad de tener relaciones sexuales implica la posibilidad de tener descendencia, situación que debe ser valorada y decidida conjuntamente de manera responsable por los miembros de la pareja; por cuanto, el embarazo no debe producirse como

consecuencia de la desinformación y el desconocimiento de los riesgos, fallos y errores que pueden producirse. Si se tienen relaciones sexuales con coito y el objetivo deseado no es la reproducción, se deben utilizar métodos que evitan el embarazo.

2.6.5.2. La Reproducción

Corresponde a un proceso mediante el cual al producirse la relación sexual, el cuerpo humano que ha producido células encargadas de la reproducción entran en contacto. El óvulo es la célula reproductora de la mujer y se forma en los ovarios; en cambio, en los varones los espermatozoides son las células reproductoras y se forman en los testículos.

De allí que, en la mayoría de los varones los espermatozoides se producen de forma continuada, de modo que en cada eyaculación se liberan millones de ellos. El espermatozoide puede mantenerse vivo en el interior de la mujer hasta 5 días, siendo capaz de fecundar al óvulo durante estos días y originar un embarazo. En cambio, en la mayoría de las mujeres uno de los ovarios libera un óvulo una vez al mes, hacia la mitad del ciclo menstrual, denominado fase de ovulación. El óvulo tiene 3 o 4 días de vida, durante los que desciende por las trompas de Falopio hasta el útero. Si en su camino es fecundado por un espermatozoide, puede producirse el embarazo.

2.6.5.3. El ciclo menstrual

El ciclo menstrual es el periodo de tiempo en el que se produce la ovulación. Abarca desde el primer día de la regla hasta el primer día de la regla siguiente. Su duración es aproximadamente de 28 días, aunque se pueden presentar ciclos normales más cortos o más largos. Por eso los días fértiles de cada mujer pueden variar en función de la duración de su ciclo menstrual. La menstruación aparece al final del ciclo, si no se ha producido el embarazo. Si en los días fértiles de la

mujer se mantienen relaciones coitales sin utilizar ningún método anticonceptivo, la posibilidad de embarazo es muy elevada.

Algunos ciclos pueden durar 21 días; otros, 35 días o más; y algunos, entre 21 y 35 días. Cada ciclo se divide en dos partes. La primera etapa ocurre antes de la ovulación. La segunda, después. A continuación, se describe el patrón de un ciclo de 28 días:

- **Primera etapa.** El día 1 es el día en que empieza la hemorragia. Dura de tres a cinco días. Generalmente, algunos de los óvulos comienzan a madurar el día 7. Del día 7 al día 11, el tejido del útero empieza a engrosarse. A partir del día 11, las hormonas comienzan a trabajar para causar la liberación del óvulo más maduro del ovario. El óvulo se libera el día 14, 15 ó 16 (en un ciclo de 28 días).

La primera etapa del ciclo puede durar de 13 a 20 días, o más. En cada mujer, esta duración es diferente. Para muchas mujeres, la duración varía de un mes a otro. Algunos cambios sencillos en la vida de una mujer pueden hacer que esta primera etapa sea más larga o más corta. Por ejemplo, su patrón regular puede cambiar en los siguientes casos:

- Si se enferma
- Si hace ejercicios físicos muy intensos
- Si tiene muchas preocupaciones

Algunas mujeres creen que se dan cuenta cuando el óvulo se libera del ovario. Algunas sienten un dolor leve en la espalda o en el costado derecho o izquierdo de la parte inferior del abdomen. Esta molestia se denomina mittlechmerz, que en alemán significa "dolor de la mitad del ciclo". Algunas también presentan un flujo vaginal con un leve tinte sanguinolento o transparente. Sin embargo, nada de esto es un síntoma seguro de que se ha producido la liberación de un óvulo.

- **Segunda etapa.** El óvulo se desplaza por la trompa de Falopio hasta llegar al útero. Generalmente, los espermatozoides se unen al óvulo mientras está en la trompa. El embarazo empieza si un óvulo fertilizado se desplaza por la trompa de Falopio hasta el útero y se fija al tejido del útero. Esto se denomina implantación. Si no ocurre, el óvulo se elimina en un día o dos. Alrededor del día 25, disminuyen los niveles de hormonas que permiten un embarazo. Esto hace que se desprenda el tejido del útero. Pocos días después del primer día del ciclo, este tejido comienza a eliminarse con el periodo menstrual. En ese momento, comienza otro ciclo.

Esta segunda etapa dura de 14 a 16 días. Dura más o menos lo mismo en todas las mujeres.

2.6.5.4. Métodos Anticonceptivos

Para **TENORIO** Rodrigo (2009), la Cultura sexual en adolescentes, define como: **“Un método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. El conocimiento de los métodos anticonceptivos contribuye a la toma de decisiones sobre el control de la natalidad del número de hijos que se desean, o no tener hijos, la prevención de embarazos no deseados y de embarazos en adolescentes. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia”.**

No existe un método anticonceptivo ideal que vaya bien a todas las mujeres y hombres, a cualquier edad y en todas las situaciones. Cada hombre y mujer han de decidir en las distintas etapas de su vida fértil cual es el método anticonceptivo más adecuado a su situación, estado de salud, condiciones personales y frecuencia de relaciones sexuales con penetración. Para tomar una decisión informada es conveniente buscar el consejo de un profesional sanitario. Por ello, es importante

estar convencido de querer utilizar un método anticonceptivo, saber bien cómo funciona y usarlo correctamente.

a. Clasificación de los métodos anticonceptivos

Según la Guía para el uso de métodos anticonceptivos, los métodos contraceptivos se clasifican en: reversibles e irreversibles.

a.1. Métodos Reversibles

a.1.1. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer

Son métodos de barrera que ayudan a la mujer a saber cuáles son los días del mes en que es más probable que se produzca un embarazo. Una mujer puede aprender cuando está ovulando, observando y prestando atención a su cuerpo y anotando sus cambios físicos. Ella entonces puede usar esta información para evitar o favorecer el embarazo. El modo más efectivo para descubrir el periodo fértil es practicando todas las técnicas de planificación familiar natural.

Los métodos de Planificación Familiar Natural aumentan el conocimiento de una mujer acerca de su propio cuerpo y de su ciclo menstrual. Pero, para que sea efectivo, ella tiene que estar dispuesta a abstenerse del coito, o usar un método de barrera para la prevención del embarazo durante el periodo fértil, el cual es aproximadamente una tercera parte del mes.

➤ Método del calendario o ritmo

El método del ritmo se basa en que la vida del ovocito es de 24 - 48 horas y la del espermatozoide hasta 92 horas, por lo que si no se mantienen relaciones sexuales 5 días antes y 2 después de la ovulación no habrán posibilidades de embarazo; por lo tanto, el ritmo pierde eficacia cuando la mujer tiene ciclos menstruales irregulares.

En ciclos regulares de 28 días, se deben evitar las relaciones sexuales entre el día 9 y 17 del ciclo. Por eso, se recomienda llevar un registro de cada ciclo menstrual, por lo menos 6 meses con el fin de conocer la regularidad o irregularidad del mismo y saber que tan seguro será usar el método del ritmo. Además, es importante recordar que el ciclo comienza desde el primer día del sangrado, siendo este por lo tanto, el día 1 del ciclo menstrual.

➤ **Método de la temperatura basal**

El método de temperatura basal permite predecir la ovulación a través de cambios en la temperatura corporal.

Para ello, primeramente se debe tomar la temperatura cada mañana, inmediatamente al despertarse y antes de iniciar cualquier tipo de actividad. Se puede tomar la temperatura debajo de la lengua. Esta medida se la debe anotar en un papel cuadriculado, anotando el día, el mes y el año, de ser posible se debe tomar la temperatura a la misma hora.

Notará que antes de la ovulación, la temperatura baja brevemente. Usualmente, después de 12 horas de la ovulación, la temperatura basal sube varias décimas de grados durante la menstruación, y permanece alta hasta la siguiente menstruación. Cuando su temperatura se mantiene alta por tres días corridos, el periodo fértil se termina. Pero la desventaja principal de usar solamente este método es que muchos factores pueden influir en la temperatura basal como las enfermedades, la falta de sueño, el uso de drogas o el alcohol y ello puede acarrearle un posible embarazo.

➤ **Método del moco cervical o Método de Billings**

Este método se fundamenta en la observación del moco cervical, y los cambios que suceden en el mismo durante el ciclo menstrual.

Después de la menstruación comienza un periodo seco que dura 2 a 3 días. Luego aparece un moco cervical blancuzco y pegajoso que se va haciendo cada vez más elástico y transparente. El último día del moco con estas características se llama el día cúspide del moco. A partir del 4º día después del día cúspide comienza el periodo infértil. La desventaja de este método anticonceptivo es que no protegen de las ITS, incluido el VIH/SIDA.

➤ **Coito interrumpido**

Conocido también como “coitus interruptus” o método del retiro. Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.

Es posible que este método de control de la natalidad sea muy utilizado ya que es gratis, está disponible y siempre es una opción para prevenir el contacto entre el óvulo y los espermatozoides, reduciendo así la posibilidad de un embarazo indeseado. Dependiendo de cómo se conoce a sí mismo la pareja masculina y cuánto se pueda controlar.

a.1.2. Método de la lactancia amenorrea (MELA)

Este método se utiliza en condiciones específicas:

- a. Cuando una mujer está en periodo de lactancia exclusiva (esto significa sin el agregado de leches maternizadas o alimentos a la dieta de su hijo).
- b. El niño solo se alimenta con leche materna, idealmente que no pasen más de 4 horas entre mamadas.
- c. No se utiliza más allá de los 6 meses del niño.
- d. La mujer no debe presentar ciclos menstruales (sin menstruación) desde el parto.

Este método en estas condiciones ofrece alta eficacia para el control de la natalidad. La desventaja es que, si una mujer está amamantando y su hijo tiene más de 6 meses, (la lactancia materna ya dejó de ser exclusiva) o la mujer

comenzó a menstruar debe buscar otro método anticonceptivo para evitar el embarazo.

a.1.3. Métodos anticonceptivos de barrera

➤ Preservativo masculino

Conocido generalmente como condón masculino ofrece protección del embarazo e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

El condón está fabricado de látex. Se coloca sobre el pene erecto. El condón masculino se puede usar para las relaciones vaginales o anales y para el sexo oral. Funciona proporcionando una barrera entre el pene y la vagina para que los espermatozoides no entren en contacto con el óvulo y de esta manera evitar el embarazo. También ayuda a evitar las ITS.

El condón masculino es el único método anticonceptivo para el hombre que es efectivo y reversible. Es del 85% al 98% efectivo. El modo de empleo del preservativo masculino es el siguiente:

- Compruebe que el preservativo no esté caducado.
- Seguidamente abra el condón con cuidado y ponga atención de no romperlo con las uñas, dientes o anillos.
- Compruebe que el condón no esté roto o perforado, soplando a través del aro. Si está roto, use uno nuevo.
- Póngase el condón con el pene erecto antes de cualquier contacto con la vagina.
- Apriete con los dedos el depósito para evitar que quede aire en el interior y se rompa durante la relación.
- Desenróllelo sobre el pene con el aro hacia fuera.
- Retire el condón cuando el pene aún esté erecto y tíralo a la basura, no al suelo ni al inodoro.

➤ **El preservativo femenino.**

Las ventajas del condón femenino son las mismas que el preservativo masculino, aunque es algo más caro. Son de un solo uso. Puede colocarse hasta ocho horas antes de la relación sexual. No requiere que el pene esté erecto ni necesita retirarse inmediatamente tras la eyaculación. Pueden ser utilizados sin prescripción médica. Se compran en farmacias.

Es el único dispositivo controlado por la mujer que ofrece esta protección. El condón femenino es de plástico delgado en forma de tubo, es flexible y se usa adentro de la vagina. Un anillo suave al fondo del tubo cubre el cuello uterino y lo mantiene dentro de la vagina durante toda la relación sexual. Otro anillo en la otra punta permanece fuera de la vagina y cubre un poco el área de los labios. El condón femenino forma una barrera entre el pene y la vagina para evitar que se pongan en contacto espermatozoides, sangre, o saliva. Esto ayuda a asegurar que no pasen enfermedades de transmisión sexual y que no ocurra el embarazo. Los condones femeninos tienen una eficacia de 79% a 95%.

Las desventajas es que resulta ser un poco más difícil de colocar que el preservativo masculino, y poco estético ya que sobresale. Se pone antes de que haya penetración. Debe desecharse si se ha caducado. No usar junto con el preservativo masculino, ya que la fricción puede ocasionar fallos o roturas.

Por ello, es importante guiar el pene hacia el interior del preservativo para un uso correcto, evitando que pueda introducirse entre la pared de la vagina y el exterior del preservativo.

➤ **El Diafragma**

El diafragma es un capuchón de látex delgado, con un aro elástico y flexible. Se introduce en la vagina, cubre el cuello uterino y se mantiene en su lugar por medio de los músculos vaginales. Se utiliza con espermicidas pues éste espermicida mata

los espermatozoides, y así previene la fecundación. Después del coito, debe dejarse colocado entre 6 y 8 horas.

El diafragma es un método para el control de la natalidad con una efectividad del 82% al 94%. La protección que ofrece contra las infecciones de transmisión sexual es limitada, y no protege contra el VIH/SIDA. Una vez colocado, debe cubrir el cuello del útero por completo. Si realiza más de un coito, sólo tiene que añadir crema espermicida.

No se debe quitar ni efectuar lavados vaginales hasta que transcurra al menos 6 horas de la última relación sexual con penetración. No existe inconveniente en tomar una ducha. No debe dejarse colocado más de 24 horas por el riesgo de infección. Debe examinarse con regularidad para comprobar que no está deteriorado.

La ventaja es que a diferencia del preservativo, no es de un solo uso. Puede lavarse con agua y jabón y guardarse una vez seco (no utilizar talco) en una caja cerrada hasta la próxima vez.

a.1.4. Métodos Químico

➤ Las espumas

Las espumas en aerosol contienen gas butano, parecen ser más efectivas porque la espuma recubre una mayor superficie rápida y uniformemente y la pareja no percibe sensación de falta de higiene porque se aplica profundamente en la vagina justo antes del acto sexual.

➤ Tabletas

Se pueden disolver por lo que se introducen en el fondo de la vagina aproximadamente unos 15 minutos antes del acto sexual con los dedos índice y

medio y su efecto dura alrededor de una o dos horas, por lo que si no se eyacula en ese tiempo hay que hacer una segunda aplicación.

Las ventajas de la utilización son:

- No requieren intervención médica.
- Prácticamente inofensivos.
- Sencillos y de fácil disponibilidad.
- Puede servir como lubricante para el acto sexual.
- Sin riesgos para la salud.
- Protege contra algunas enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Las desventajas consisten en:

- Baja efectividad
- Alergias.
- Hay manipulación de los genitales.
- Hay que esperar determinado tiempo.
- No se puede realizar lavados hasta después de 8 horas poscoital.
- Efectivos de 30 a 60 minutos.
- Pueden ser incómodos y molestos.

Su efectividad está comprendida entre un 80 a 90%, pero combinado con otro método anticonceptivo de barrera mecánica.

➤ **Óvulos anticonceptivos**

Es un método anticonceptivo diseñado para ser utilizado de 10 a 15 minutos antes de cada relación sexual. Es una cápsula blanda de tamaño pequeño y de forma ovalada para una fácil inserción. Contiene Nonoxinol-9, una sustancia química que impide que los espermatozoides puedan moverse y alcancen el óvulo.

Está diseñado para mujeres sexualmente activas, de todas las edades. Es especialmente útil para mujeres que no pueden hacer uso de anticonceptivos

hormonales. También pueden ser utilizados como métodos de respaldo en el caso de olvido de las píldoras.

Su forma de uso es:

- Se busca una posición cómoda (acostada con las piernas flexionadas), introduzca el óvulo con la ayuda de su dedo índice lo más profundo que pueda en la vagina antes de la penetración. Una vez adentro, el óvulo se deshace con el calor del cuerpo y crea una "barrera" protectora.
- No debe tener relaciones sexuales hasta 10 minutos después de la colocación, para dar tiempo a que se forme la barrera.
- Use un óvulo para cada relación sexual.
- Evite el lavado vaginal hasta 6 horas después de la relación sexual.
- Sólo debe usarlo por vía vaginal y no para uso rectal u oral.

Su efectividad está en un 85% para prevenir un embarazo si se utiliza de manera correcta. Para incrementar su efectividad se recomienda utilizarlo de manera combinada con un condón.

El tiempo de protección que cada óvulo ofrece es solo para una relación sexual durante una hora. Si más tarde se desea tener una nueva relación sexual, será necesario hacer uso de un nuevo óvulo.

➤ **Espermicidas**

El espermicida incapacita o mata los espermatozoides para que no puedan unirse al ovulo. Tiene diferentes presentaciones: jaleas, espumas, cremas, óvulos, tabletas vaginales, esponjas, supositorios y películas.

La mayoría de ellos contienen el químico nonoxynol-9 y cloruro de benzalconio que actúan contra los espermatozoides. Además, proveen lubricación y se pueden usar con otros métodos anticonceptivos. Son más efectivos cuando se usan consistentemente y correctamente con un método de barrera para el control de la

natalidad. Los espermicidas tienen una efectividad del 71 al 82% como método anticonceptivo.

a.1.5. Métodos Hormonales

➤ Anticonceptivos hormonales combinados

Los anticonceptivos orales que contienen un estrógeno y un progestágeno (anticonceptivos hormonales combinados) son las especialidades más eficaces para uso general.

Entre sus ventajas se destacan:

- Fiabilidad y reversibilidad.
- Disminución de la dismenorrea y menorragia.
- Disminución de la incidencia de la tensión premenstrual.
- Disminución de los fibromas sintomáticos y quistes ováricos funcionales.
- Disminución de la enfermedad benigna de la mama.
- Reducción del riesgo de cáncer ovárico y de endometrio.
- Reducción del riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria, que puede suponer un problema con los dispositivos intrauterinos.

Los anticonceptivos orales combinados que contienen una cantidad fija de un estrógeno y un progestágeno en cada comprimido se denominan monofásicos; los que llevan cantidades variables de dos hormonas según la fase del ciclo se conocen como bifásicos y trifásicos.

➤ La mini píldora

Es una píldora para el control de la natalidad que contiene solamente la hormona progesterona. Las mini píldoras vienen en paquetes de 28 pastillas y se toma una por día. Contiene una forma sintética de la hormona progesterona y no contiene estrógeno. La mini píldora actúa haciendo más espeso el moco cervical y de esta

manera imposibilitando el ascenso de espermatozoides al útero. También afecta el transporte de los óvulos por las trompas de Falopio. De estas formas la mini píldora previene la fertilización. La mini píldora es del 87% al 99.7% efectiva, un poco menos que la píldora anticonceptiva regular.

➤ **Anticonceptivo de emergencia o píldoras postcoitales**

La píldora postcoital no es un método anticonceptivo sino un medicamento de emergencia. Se trata de un combinado de hormonas que altera el ciclo reproductor femenino, impidiendo que se produzca un embarazo no deseado. En el caso de que la píldora del día después haya fallado y se haya producido un embarazo su ingesta no produce daño al embrión.

Actúa inhibiendo la ovulación e impidiendo la fecundación. Su eficacia es casi del 100% cuando se toma en las 24 horas posteriores al coito de riesgo. Este medicamento carece de los indeseables efectos secundarios de los anticonceptivos tomados habitualmente para evitar el embarazo. La contracepción de emergencia debe administrarse en las 72 horas desde el momento del coito de riesgo (es decir, sin ningún tipo de protección). Posteriormente a esta primera dosis, se administra otra a las 12 horas.

La píldora del día después actúa de tres maneras diferentes en la mujer:

- Evitando el desprendimiento natural del óvulo del ovario para que recorra su camino para ser fecundado (ovulación).
- En el caso de que el óvulo hubiera salido del ovario, la píldora de emergencia actúa modificando el moco cervical, de esta manera se impide que el espermatozoide pase al útero, lugar donde está el óvulo, se produce una inmovilización del espermatozoide.
- En el caso de que se haya producido la fecundación, la función de la píldora del día después es impedir la fijación del óvulo fecundado a la pared uterina, porque se produce un estrechamiento del endometrio, esto hace que el óvulo

muera y sea expulsado.

No debe ser utilizada como anticonceptivo habitual, se debe utilizar ante situaciones de urgencia que tengan como consecuencia un embarazo por mantener relaciones sexuales sin protección, es decir, se haya roto o deslizado el condón, se haya olvidado tomar la píldora anticonceptiva, que se haya despegado el parche anticonceptivo más de 24 horas o no hayas mantenido protección ninguna, etc.

➤ **Inyectables mensuales**

Actúa igual que la píldora anticonceptiva, como combinación de hormonas femeninas que impiden que la mujer ovule, y por ende, evita el embarazo.

De acuerdo con un estudio publicado por Population Reference Bureau (PRB) a cargo de la especialista en género **THAIS** Aguilar, comenta **“la demanda de estos métodos de planificación es del 62% en las mujeres con edades entre los 15 y 49 años”**.

Eficacia: 0,3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Se los clasifica como:

a. Mensuales

Ventajas: Una sola aplicación mensual.

Desventajas: Son frecuentes las alteraciones del ciclo menstrual.

b. Trimestrales:

Consiste en una dosis de 150 mg de Acetato de Medroxiprogesterona de liberación lenta. La dosis de este gestágeno inhibe eficazmente la ovulación dando una eficacia anticonceptiva de 99,7 %. El efecto adverso más frecuente es la amenorrea, que se verifica en el 60 % de las usuarias, está contraindicado en la

hipertensión arterial, ya que el efecto mineralocorticoide de la Medroxiprogesterona en una dosis alta puede elevar la presión arterial.

La primera dosis se aplica el primer día de la menstruación, y luego cada tres meses calendario.

Ventajas: Su alta eficacia anticonceptiva y su administración a intervalos prolongados.

Desventajas: Frecuentes alteraciones del ciclo menstrual, menor reversibilidad de sus efectos anticonceptivos.

a.1.6. Dispositivos Intrauterinos

➤ DIU

Es un pequeño aparato que puede tener distintas formas, aunque el modelo más común es en forma de T. Hay dos tipos:

- a. El DIU de cobre: dificulta el ascenso del espermatozoide para alcanzar el útero y dificulta la anidación.
- b. El DIU hormonal: libera progestágeno, que inhibe la ovulación y dificulta la anidación.

Debe ser colocado y retirado por un/a ginecólogo/a y precisa controles periódicos. Su ventaja radica en que se puede extraer cuando se desee. Puede permanecer colocado de 2 a 5 años, según el modelo, sin perder su efecto anticonceptivo. El DIU que incorpora hormonas regula el ciclo menstrual. Es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces.

Entre sus desventajas está que no previene las enfermedades de transmisión sexual ni el SIDA. El DIU de cobre puede ocasionar menstruación abundante. No debe utilizarse en caso de malformaciones uterinas, fibromas o enfermedad

inflamatoria pélvica. Si no se coloca correctamente puede ocasionar que la mujer se embarace.

➤ **Anillo vaginal.**

Es un anillo de plástico flexible que se introduce en la vagina, manteniéndose tres semanas. Durante este periodo de tiempo, al contacto con la mucosa vaginal libera una dosis muy baja de hormonas similares a las utilizadas en las píldoras anticonceptivas combinadas, que inhiben la ovulación y espesan el moco cervical.

Para iniciar su uso, el anillo debe ser introducido durante los primeros 5 días siguientes al inicio de la menstruación, preferiblemente el primer día de la regla. Permanece en la vagina de manera continuada durante tres semanas, al cabo de las cuales ha de ser extraído y descansar una semana para que se produzca el sangrado cíclico. Pasada esta semana debe introducirse un nuevo anillo, el mismo día de la semana y aproximadamente a la misma hora en el que se insertó el anterior. El anillo anticonceptivo está diseñado para prevenir el embarazo durante cuatro semanas. Por eso debe insertarse un nuevo anillo cada mes.

Se coloca de forma similar a un tampón, oprimiendo los bordes del anillo para que adopte una forma ovalada y empujándolo suavemente dentro de la vagina hasta la posición en que se sientas más cómoda. Si está bien puesto no se debe notar nada. Si nota molestias, empújelo hacia el interior. Para sacarlo, se debe utilizar un dedo y tirar hacia fuera.

La posición del anillo en la vagina no es esencial para garantizar su funcionamiento. Con el fin de asegurar la protección, el anillo no deberá estar nunca fuera de la vagina más de tres horas durante el periodo de las tres semanas. Pueden utilizarse preservativos masculinos o espermicidas con el anillo, especialmente durante la primera semana de uso. Como el uso del anillo es

vaginal y las hormonas no se tienen que absorber a nivel gastrointestinal, si vomita o tiene diarrea el anillo sigue siendo igual de eficaz.

➤ **Implantes**

Son pequeñas varillas de plástico flexible que se insertan bajo la piel, por lo general en la parte superior del brazo, con anestesia local y liberan constantemente progestágeno que actúa espesando el moco cervical y dificultando el avance de los espermatozoides.

Una vez colocado, su efecto persiste cerca de 3 años. Es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces. Si desea quedarse embarazada, el médico lo puede retirar en pocos minutos. Está indicado en mujeres que no pueden o no desean utilizar estrógenos como método anticonceptivo. Puede usarse durante la lactancia.

Requiere indicación y supervisión médica. Puede asociarse a irregularidades en el ciclo menstrual que desaparecen a los tres meses de uso. Es un método que inicialmente puede parecer caro, pero a la larga es más económico.

➤ **Parche Transdérmico**

Es una fina lámina que contiene un adhesivo que permite su permanencia sobre la piel durante una semana. Se coloca preferiblemente en nalgas, abdomen, parte superior del brazo y parte superior de la espalda.

Es un método combinado que libera a la sangre estrógenos y progestágenos a través de la piel. Se coloca uno nuevo cada siete días durante tres semanas consecutivas. En la cuarta se descansa y se produce la menstruación.

No se despegan en la ducha, la piscina ni por el sudor. Tiene menos efectos secundarios que la píldora, ya que evita el paso hepático al absorberse por la piel.

a.2. Métodos Irreversibles

a.2.1. Métodos de esterilización.

➤ Ligadura de trompas (mujer)

Es una operación quirúrgica en la que se bloquean las trompas de Falopio, que son los conductos por donde pasan los óvulos desde los ovarios hasta el útero. No produce alteraciones en la actividad sexual ni en la menstruación.

➤ Vasectomía (hombre)

Es una operación quirúrgica en la que se bloquean los conductos por los que pasan los espermatozoides desde los testículos al exterior. Se suele hacer con anestesia local y no requiere hospitalización.

No produce alteraciones en la actividad sexual ni en la capacidad de erección, manteniéndose la eyaculación. El semen sigue teniendo el mismo aspecto a simple vista, pero no contiene espermatozoides. Hay que realizar una revisión para comprobar que no quedan espermatozoides en el semen y, hasta ese momento, utilizar otro método anticonceptivo.

2.6.6. Embarazo adolescente

El embarazo en adolescentes es un embarazo precoz porque sucede antes que la mujer concluya su madurez biológica, psicológica y su formación profesional.

2.6.6.1. Embarazo precoz.

Según el autor **ISSLER Juan R (2007)**: Revista de posgrado de la cátedra VI de medicina: **“El 40% de mujeres en países en vías de desarrollo tiene un parto antes de cumplir 20 años. Muy pocos de estos embarazos son planeados o**

deseados por las adolescentes. Muchas de ellas son forzadas por las presiones sociales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos, o son resultado de adolescentes a las que se les negó libre acceso a anticonceptivos”.

Además, el embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud tanto a corto plazo como a largo plazo:

- a. A corto plazo el resultado del embarazo será muy probablemente desfavorable. La niña adolescente embarazada es más propensa a sufrir toxemias en el embarazo y desproporción céfalo - pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente. y tienen más probabilidades de tener hijo con bajo peso de nacimiento.
- b. A largo plazo son las fistulas obstétricas, que como consecuencia del trabajo de parto prolongado u obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica. Este padecimiento afecta a más de dos millones de adolescentes y mujeres en todo el mundo y se estima que cada año se agregan entre 50.000 y 100.000 nuevos casos.

Según la FAO en su artículo: La alimentación y el cuidado de las mujeres: **“Las embarazadas adolescentes tienen mayor posibilidad de tener desnutrición y de dar a luz a hijos con bajo peso”**. Por motivos físicos y sociales:

- Sus cuerpos aún no están del todo desarrollados, por tal motivo sus necesidades de nutrientes son muy altas durante el embarazo. Además tienen mayores posibilidades de morir durante el embarazo o lactancia que las mujeres mayores.
- Algunas adolescentes temen decir que están embarazadas, y por este motivo retrasan los cuidados prenatales. Algunas son obligadas a dejar la escuela y en algunos casos su casa, y por esto tienen que procurarse sustento para ellas mismas.

Este embarazo es calificado de alto riesgo, ello significa que en las adolescentes es más probable que el embarazo no se desarrolle en forma satisfactoria o que el niño no nazca en óptimas condiciones de salud.

Todo en la vida tiene su momento; de aquí que el momento, para que la mujer se embarace es una opción que depende de los siguientes factores:

- Biológicos (que menstrúe y sea fértil).
- Psicológicos (madurez, valores, autodesarrollo, etc.)
- Emocionales (tener una relación positiva con tu pareja).
- Sociales (si tienes estudios, si trabaja o tiene dependencia económica, etc.)

2.6.6.2. Signos y síntomas del embarazo

Son los siguientes: de presunción, de probabilidad y de certeza:

- **Los signos y síntomas de presunción:** son aquellos que refiere la gestante, existen muchos síntomas pero el más frecuente es la ausencia de la menstruación. Entre otros tenemos las náuseas, fatiga, tensión mamaria, falta de apetito, entre otros ya que estos síntomas no son específicos para el embarazo y pueden responder a múltiples cuadros clínicos.
- **Los signos de probabilidad:** comprende los cambios en los genitales, como son el aumento del tamaño uterino, la cianosis vaginal y cervical. También comprenden la aparición del cloasma gravídico, la hiperpigmentación de la línea parda signos específicos pero aparecen más tardíamente.
- **Los signos de Certeza** son aquellos dados por la presencia del embrión y/o feto comprenden la constatación de los latidos cardíaco - fetales así como la visualización del embrión o feto a través de una ecografía nos dan la certeza de una gestación. Los movimientos fetales son otro signo de certeza de embarazo. (<http://aned.foroactivo.com/t24-signos-y-sintomas-del-embarazo>)

2.6.6.3. Madre adolescente

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS - 2010) lo define como: **“Mujeres que tuvieron a su primer hijo ante de los 20 años”**.

2.6.6.4. Actitudes hacia la maternidad

Según el doctor, **ISSLER** Juan R. (2007): Revista de posgrado de la cátedra VI de medicina: **“El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente”**. Añade que: **“Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre”**.

2.6.6.5. Consecuencias de la maternidad adolescente

Según la Web:www.oni.escuelas.edu.ar/2008/BUENOS_AIRES/1317/teoria.htm. se establece las consecuencias que deben enfrentar los adolescentes ante una situación de maternidad:

➤ Consecuencia para las adolescentes

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de formar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. 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 forzadamente 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. s/p.

➤ **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".

Además puede sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de la salud de su hijo, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

➤ **Consecuencias para el padre adolescente**

Es frecuente la deserción escolar para asumir la manutención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado para su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

De ello se establece que el embarazo adolescente produce consecuencias de diversa índole que afecta psicológica, social, cultural, económica, etc. a quienes tiene que enfrentar esta situación.

Para ello, incide la falta de información de parte de los centro escolares, el rehuir dar información de parte de los padres de familia en el hogar, la falta de cuidado durante la relación sexual, el desconocimiento o falta de cuidado al utilizar los métodos anticonceptivos, no solo trae como consecuencia un embarazo no deseado sino también puede ocasionar enfermedades de transmisión sexual.

Por lo tanto, evitar que se produzca un embarazo en la adolescencia no es tarea fácil, depende tanto del propio adolescente como de su entorno.

2.6.7. Salud Pública

La atención en salud en el Ecuador, está despuntando desde el año 2012, a través de la implementación del nuevo modelo de gestión expedido por el Ministerio de Salud. En lo referente a los Derechos Sexuales y Reproductivos, este es un nuevo programa que está enfocado a educar y preparar a la población en relación a eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia, servicios gratuitos y apropiados en relación con el embarazo, el parto y el posparto, cuando fuere necesario, y el aseguramiento de una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia, sin discriminación alguna.

Esta prestación de servicios en salud se entrega a través de diversas instituciones públicas y privadas. Con atención integral y otras en forma parcial, orientando sus acciones hacia actividades específicas, como planificación familiar o detección del cáncer uterino.

Pero a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud Pública, aún no se han alcanzado las metas propuestas, por lo tanto es evidente, la necesidad de incrementar acciones y, sobre todo, recursos, en aquellas provincias cuyas cifras de cobertura de atención son menores a los promedios nacionales. Ya se lo está realizando mediante la construcción de Unidades de Salud que cumplen la función de Hospitales pequeños en las comunidades alejadas que carecían de estos servicios.

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2007) en la edición de su Revista: Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos publica: **“La atención de parto institucional en el país es de alrededor del 72%, del 28% de partos sin asistencia profesional el 75% fueron rurales y el 25% urbanos. La regulación de la fecundidad por el uso de anticonceptivos es 63.3% en mujeres en edad fértil”**.

“Un hecho evidente es la existencia de una gran desarticulación de la red de servicios de las diferentes instituciones del sector salud. Es particularmente grave en relación a la concentración y congestión de la atención del parto hospitalario en las grandes ciudades sin una red de referencia adecuada. Se carece de una red regionalizada de servicios de atención perinatal a pesar de ser la primera causa de la mortalidad infantil”. Pág. 17

Se determina de esto que gran parte de la atención en salud materno infantil especialmente en las áreas rurales y urbano periféricas, están siendo atendidas por la por propia familia o miembros de la comunidad. Constituye un verdadero contraste de iniciativas y respuestas curativas y preventivas en las que se combinan la ciencia, el academismo, la tecnologías, los procedimientos tradicionales, populares (Shamanismo, curandera, parturientas) y modernos. Dado que la condición pluricultural y multiétnica del país reconoce esta realidad e integra y articula la participación del sistema moderno y ancestral.

Sin embargo, los servicios de salud sexual y salud reproductiva necesitan mejoras, tanto: en atención médica, tecnólogos, sistema de aseguramiento y sistemas de referencia; sin dejar de lado profesionalizar y concienciar en quienes prestan los servicios que deben tener un enorme sentido de humanización en la prestación de los servicios, mediante una adecuada comunicación y trato a las personas, sin discriminación.

2.6.7.1. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Para el Ministerio de Salud Pública (2007) en la edición de su Revista: Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos publica: **“El cuerpo de cada uno y una es el espacio básico para el ejercicio de derechos.”**

Añade que: **“El reconocimiento del individuo y de la sociedad como actores ante un Estado que no solo debía respetar sino realizar acciones positivas para promover y garantizar derechos”**. En esta etapa la salud como derecho

económico, social y cultural fue redefinida como un derecho más allá de la ausencia de enfermedad y por lo tanto un Estado con obligaciones de prevenir y resguardar.

“La salud sexual y la salud reproductiva están vinculadas con los derechos sexuales y derechos reproductivos y los demás derechos humanos y por lo tanto su aplicación es universal, indivisible, interdependiente, interrelacionados y además irrenunciables”. Pág. 18

2.6.8. Salud Infantil

Según la página Web: <http://lasaludinfantil.salud.es/definicion-de-salud-infantil>: **“La salud de los niños abarca su bienestar físico, mental, emocional y social, desde la infancia hasta la adolescencia”.** Añade que: **“Todos los niños deben hacerse chequeos de acuerdo con el programa recomendado por su médico o pediatra”.** s/p.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) aconseja que: **“realizar los chequeos del niño en dos semanas, dos meses, cuatro meses, seis meses, nueve meses, doce meses, quince meses, y dieciocho meses. Los controles de los niños sanos se recomienda a las edades de dos, tres, cuatro, cinco, seis, ocho, 10 meses, y posteriormente cada año hasta los 21 años”.**

Además, se debe seguir un programa de vacunación para proteger contra las enfermedades y las infecciones. Recomienda que las vacunas infantiles sean administradas a partir de las 24 horas de edad para prevenir enfermedades.

Además destaca que: **“La vacuna contra la gripe se ha añadido en los últimos años y ha sido recomendado para los cuidadores infantiles. No se recomienda para niños menores de seis meses de edad. Una vacuna combinada llamada Hexavac incluye la vacuna contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la**

poliomielitis, H. influenza B y la hepatitis B en una sola dosis. En los ensayos clínicos en 2004, ha demostrado ser segura y efectiva en niños pequeños”.

Programa Ampliado de Inmunizaciones (MSP)

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, este programa está encargado de prevenir y erradicar las enfermedades prevalentes en la infancia. Por lo tanto está supeditado al cumplimiento de campañas que se cumplen según el siguiente esquema:

Tabla 1: Programa Ampliado de Inmunizaciones (MSP)

Edad	Vacuna	Dosis	Dosis	Vía	Frecuencia de admiración			
					Dosis según edad			Refuerzos
					1 d.	2 d.	3 d.	
Menores de 1 año	BCG	1	0,1 ml	I.D.	R.N			
	HB(Amazonia)		0,5 ml	I.M	R.N			
	Pentavalente (DTP+HB+Hib)	3	0,5 ml	I.M.	2 m.	4 m.	6 m.	
	Triple bacteriana (DPT)	1	0,5 ml	I.M	1 año después de la dosis de pentavalente.			
	Neumococo conjugada	1	0,5 ml	IM	2 m.	4 m.	1a.	
	Rotavirus	2	2 ml	V.O.	2 m.	4 m.		
	Antipoliomielítica (OPV)	4	2 gotas	V.O.	2 m.	4 m.	6 m.	Año después de la tercera dosis.
	Influenza (Hib)	2	0,5 ml	I.M.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primer contacto y al mes ▪ En campañas 			
12 a 23 meses	TripleViral (SRP)	1	0,5 ml	S.C.	12-23 meses			
	SR	1	0,5 ml	S.C.	Campañas			
	Fiebre amarilla (FA)	1	0,5 ml	S.C.	15 meses			

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

Estableciéndose que el proceso sistemático de vacunación es beneficioso, pues permite disminuir drásticamente la incidencia de problemas de salud en la niñez, derivados de ellos; evitando procesos crónicos que con frecuencia deben enfrentar los padres, así como controlar la morbilidad infantil. Por lo tanto, la salud infantil es un conjunto de actividades destinadas a fomentar la adquisición de hábitos de salud e higiene durante el embarazo, la preparación del parto y el puerperio, así como el cuidado del recién nacido y la promoción de la lactancia materna, aportando consejos de educación sanitaria a través de soportes didácticos.

Entre sus objetivos están:

- Aumentar el nivel de la salud de la población materna infantil.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad a través de la promoción de la lactancia materna.

2.6.9. Control del niño sano

Un niño sano, desde que nace es motivo de continuos controles pediátricos para determinar:

2.6.9.1. Peso

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

- **Instrumento:** Balanza que puede ser con tallímetro o con plato, la graduación debe ser en kilogramos.
- **Técnica:** Verificar que la balanza este calibrada comprobando el “cero”. El niño será pesado sin ropa, excepto una ligera prenda interior. Se debe registrar el peso en Kg y fracciones de hasta 10 gramos y graficar en el formulario de la historia clínica única y en el carnet de salud infantil.

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

En las líneas verticales de la gráfica se encuentra el peso en kilogramos; en las líneas horizontales se encuentra la edad en meses y años cumplidos.

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

2.6.9.2. Talla

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

- **Instrumento:** Paidómetro, Infantómetro o neonatómetro para niños menores de dos años; posterior a los dos años se utiliza balanza con tallímetro.
- **Técnica:** Niño/a menor de 2 años, en decúbito dorsal (longitud), se requiere de dos personas, una de ellas sujeta la cabeza del niño/a en decúbito dorsal contra el plano fijo, la persona que realiza la medición sostiene las rodillas y aplica la escuadra móvil a la planta de los pies manteniendo en ángulo recto.

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

Si un niño menor de 2 años de edad no permite ser acostado boca arriba para medirle a la longitud, médase la talla en posición de pie y sume 0.7cm para

convertirla en longitud. Si un niño tiene 2 años o más y no es capaz de ponerse de pie. Mida la longitud en posición acostado boca arriba y reste 0.7cm para convertirla en talla.

2.6.9.3. Desarrollo

La OPS (2008) considera al desarrollo del niño como: **“El proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones”**.

Por esta razón, se considera que el desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social.

Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico y a nivel psicoafectivo.

2.6.9.4. Vigilancia del desarrollo en niños (De dos meses a 2 años de edad)

Tabla 2: Vigilancia del desarrollo en niños

Edad	Comportamiento			
2 meses	Mira al rostro del examinador o el de la madre en forma evidente	Sigue los objetos en la línea media	Reacciona a los sonidos El niño muestra cualquier cambio de comportamiento, tal como movimiento de los ojos, cambio de expresión o de frecuencia respiratoria	Eleva la cabeza Levanta la cabeza en la línea media, elevando el mentón de la superficie sin girar para uno de los lados.
4 meses	Contesta al examinador El niño mira el rostro del examinador o de la madre, sonríe o emite sonidos intentando “conversar”	Agarra objetos Agarra el objeto por algunos segundos.	Emite sonidos El niño emite sonidos (gugu, aaaa, eeee, etc.)	Sostiene la cabeza El niño mantiene la cabeza firme -sin movimientos oscilatorios- durante algunos segundos
6 meses	Intenta alcanzar un juguete Intenta agarrar el cubo extendiendo su brazo o adelantando su cuerpo.	Lleva objetos a la boca	Localiza un sonido. El niño contesta girando la cabeza hacia el sonido en ambos lados.	Gira Consigue cambiar de posición, girando totalmente.
9 meses	Juega a taparse y descubrirse Intenta mover el paño de su cara o mirar atrás de la madre.	Transfiere objetos entre una mano y otra	Duplica sílabas	Se sienta sin apoyo Consigue mantenerse sentado sostiene un objeto con las manos.
12 meses	Imita gestos	Pinzas superior Agarra la semilla haciendo un movimiento de pinza, empleando su pulgar e índice.	Produce una conversación ininteligible consigo mismo, utilizando pausas e inflexiones (Esto es jerga, en la cual el patrón de voz varía y pocas o ninguna palabra es distinguible).	Camina con apoyo Da algunos pasos con este apoyo.

15 meses	Ejecuta gestos a pedido aplaudir, tirar besos o decir chao.	Coloca cubos en un recipiente coloca por lo menos un cubo dentro del recipiente y lo suelta.	Dice una palabra dice por lo menos una palabra que no sea “papá”, “mamá”, o el nombre de algún miembro de la familia o de animales que convivan con él.	Camina sin apoyo. Camina bien, con buen equilibrio, sin apoyarse.
18 meses	Identifica dos objetos alcanza o señala correctamente dos o tres objetos.	Garabatea espontáneamente hace garabatos en el papel de manera espontánea.	Dice tres palabras que no sean “papá”, “mamá”, ni el nombre de algún miembro de la familia o de animales que convivan con él.	Camina para atrás Da dos pasos para atrás sin caerse
24 meses	Se quita la ropa fue capaz de quitarse cualquiera de sus prendas, tales como zapatos, pantalón, camisa, camiseta, vestido,	Construye una torre de tres cubos coloca por lo menos tres cubos, uno sobre otro, y estos no se caen cuando él retira la mano.	Señala dos figuras. Señala correctamente por lo menos dos de las cinco figuras.	Patea una pelota Patea la pelota sin apoyarse en otros objetos

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

De acuerdo a las Normas de Atención de los Niños/as menores de cinco años: el control del niño debe ser una actividad precoz, periódica, integrada

Con una concentración óptima o mínima siendo estas:

- a) **Concentración Óptima:**
 - Un control mensual durante los primeros 24 meses de vida.
 - Un control semestral entre los 24 a 60 meses de vida.

- b) **Concentración Mínima**
 - Controles en el 1°, 2°, 4°, 6° y 12° mes durante el primer año de vida
 - Controles trimestrales durante el 2° año de vida.
 - Un control anual entre los 24 y 60 meses de vida.

2.6.10. Crecimiento y desarrollo del niño

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

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

2.6.10.1. Crecimiento

Según la OPS, (2008). **“Es el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular”**. A través del crecimiento se puede estudiar con mediciones antropométricas: el peso y la estatura.

2.6.10.2. Períodos biológicos del crecimiento

Según HINOJOSA M. A. (2012), el período de crecimiento se produce a través del:

- **Período prenatal:** En el cual el crecimiento es diferenciado, durante el primer tercio se produce la diferenciación celular y la conformación celular de las estructuras orgánicas, a continuación se produce el crecimiento de órganos y sistemas tomando la forma definitiva y finalmente en el tercer trimestre o tercio final de la vida gestacional se produce el gran empuje de crecimiento.
- **Segundo período:** Comprende desde el nacimiento hasta los dos años de vida y se caracteriza por el crecimiento rápido especialmente durante el primer año de vida, hasta el segundo año se produce el mayor crecimiento cerebral.
- **Tercer período:** Va desde los dos años hasta la pubertad y se caracteriza por un crecimiento lento pero sostenido, especialmente entre los 6 y 8 años.
- **Cuarto período:** Es de crecimiento rápido va desde el inicio de la pubertad hasta los 15 o 16 años e involucra el “estirón puberal”. Incluye además los cambios propios de la maduración sexual
- **Quinto y final período:** Va desde los 15 a 16 años hasta la madurez.

2.6.10.3. Antropometría

Según la OPS (2008) se define a la Antropometría como: **“El conjunto de procedimientos utilizados para determinar las dimensiones o medidas de los seres humanos.”**

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

2.6.10.4. Evaluación del crecimiento

Para el MSP en su obra las: Normas de atención a la Niñez (2009): **“El propósito de la evaluación del crecimiento es determinar si una niña o un niño está creciendo normalmente, si tiene un problema de crecimiento o si presenta una tendencia que puede llevarlo a un problema de crecimiento”**.

Añade que:

“El estudio y seguimiento continuo del crecimiento y las características nutricionales de una población, a través de las medidas corporales de peso y talla, para poder planear, definir y ejecutar acciones preventivas y de rehabilitación”. Por ello, la evaluación del crecimiento y la vigilancia se puede realizar a través de 4 indicadores antropométricos básicos y universales, estos son:

- Longitud-talla/edad (indicador de retraso en talla o desnutrición crónica)
- Peso/longitud-talla (indicador de adelgazamiento o desnutrición aguda)
- Peso/edad (indicador de insuficiencia ponderal o desnutrición global)
- Índice de Masa Corporal/edad (IMC /edad); es similar al peso para la longitud/talla y se usa para evaluar el sobrepeso y la obesidad.

Estableciéndose de esta información que, entre las políticas del Estado está que se debe realizar un seguimiento sistemático del niño, con ayuda y responsabilidad de sus padres, para que crezca y se desarrolle de una forma adecuada.

2.6.10.5. Evaluación del desarrollo

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

2.6.10.6. Para la evaluación se aplican los test

- Test de Aldrich y Norval para los 12 primeros meses de edad.
- Test de Barrera – Moncada para los niños de 12-60 meses de edad.
- Test de Denver hasta seis años: examen de desarrollo del niño.

Estos datos se los lleva a través de un:

- Registro que se lo hará en un gráfico con una X relacionando el Ítem y la edad en meses.
- Zona negra es el promedio del desarrollo del niño.
- La zona gris (zona del 95%) y blanca inferior son consideradas como rango de normalidad.

El niño/a ubicado en la zona blanca superior requiere una valoración más completa, para lo cual se utiliza el test de Denver (instrumento útil para descubrir los retrasos en la infancia y en los años preescolares.

2.7. Hipótesis

2.7.1. Hipótesis Alterna (H1)

Ser madre adolescente si tiene relación con la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en el Subcentro

de Salud de Sucre del MSP de la Provincia de Tungurahua, periodo 23 de junio al 23 de noviembre del 2012.

2.7.2. Hipótesis Nula (Ho)

Ser madre adolescente no tiene relación con la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en el Subcentro de Salud de Sucre del MSP de la Provincia de Tungurahua, periodo junio a noviembre del 2012.

2.8. Señalamiento de Variables

2.8.1. Variable Independiente

Madre adolescente

2.8.2. Variable Dependiente

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

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque

Por la naturaleza del problema formulado la investigación será cuali-cuantitativa; es decir que se analizará información documental, historias clínicas y diagnóstico, así como datos que se obtengan de la aplicación de instrumentos de recolección, mismos que serán expresados estadísticamente, analizados e interpretados de una manera objetiva y reflexiva, para comprender el fenómeno en su totalidad, logrando una visión más amplia en los aspectos globales del mismo.

3.2. Modalidad Básica de la Investigación

Esta investigación implicó una modalidad:

- **De campo;** por cuanto se realizará un estudio técnico mediante la aplicación de encuesta a los usuarios de la Unidad de Salud, en el lugar de los hechos que configuraron el problema; en función de establecer las causas y efectos de la situación y buscar soluciones acertadas, en una acción conjunta y participativa, en donde interactúe la madre adolescente, su hijo y el profesional médico orientador.
- **Aplicada;** debido a que se aplican instrumentos de recolección de información y datos que son tabulados, analizados e interpretados, utilizando metodología estadística que permite determinar la situación real de la situación problema y sus posibles soluciones.

- **Bibliográfica**, puesto que tiene el propósito de conocer, comparar, ampliar, profundizar y deducir diferentes enfoques de la problemática del embarazo en adolescentes, fundamentado en teorías, conceptualizaciones y criterios de diversos autores en función de determinar las causas y efectos que tiene esta en el desarrollo y crecimiento del niño, basándose en fuentes primarias documentos escritos sobre el tema, o en fuentes secundarias como: libros, revistas, periódicos y otras publicaciones.

3.3. Nivel o tipo de Investigación

Esta investigación es de tipo no experimental, por cuanto el proceso de investigación a seguir, se inició con el nivel exploratorio, en cuanto se buscó datos para contextualizar el problema. Luego pasó al nivel descriptivo en la medida en que las variables del problema observadas fueron caracterizadas en sí mismas.

- **Método deductivo**: Por cuanto se analizará las causas y efectos sociales y culturales que inciden en la problemática de la madre adolescente y el desarrollo del niño.
- **Método inductivo**: Permitirá analizar y caracterizar los casos particulares, a partir de las observaciones sistemáticas de la realidad para establecer el vínculo que genera este tipo de acciones y conductas en las adolescentes del lugar.
- **Método hipotético-deductivo**: Mediante la atención a casos particulares se analizará el problema con el fin de formular una hipótesis, que se prevé comprobar con la aplicación del estudio.
- **Metodología cuantitativa**: Por cuanto se utilizará instrumentos de recolección de información y datos que permitirán establecer el marco real y concreto de la situación del problema y que permitirá establecer las estrategias más adecuadas para la solución del mismo.
- **Metodología cualitativa**: Es una investigación que se basa en el análisis subjetivo e individual, a través de interpretar con un enfoque humanístico y conceptual.

- **Método científico:** Que posibilitará el manejo de la información y datos, a través de conocer el problema, plantear una hipótesis, contrastar teorías que permitirá generalizar resultados y extraer las conclusiones del estudio.

3.4. Población y Muestra

3.4.1. Población

El presente trabajo investigativo se realiza en el Subcentro de Salud de la parroquia Sucre del cantón Patate, provincia de Tungurahua; La cual está constituida por la siguiente población.

Tabla 3: Tabulación de la población de estudio

SUJETOS	NUMERO
Madres adolescentes	18
Hijos de madres adolescentes	18
TOTAL	36

Elaborado por: Mayra Navas

3.4.2. Muestra

Por tal motivo, se trabajó con el total de madres adolescentes y sus hijos, nacidos entre el 23 junio al 23 de noviembre del 2012, identificados gracias a los datos estadísticos obtenidos en el Subcentro de Salud de Sucre.

Es por esta razón la muestra será intencional ya que se trabajará con toda la población debido a que la misma es limitada, por lo tanto toda la población pasa a ser el universo de estudio, por lo cual los resultados de la investigación serán confiables.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1. Variable Independiente: Madre Adolescente

Tabla 4: Variable Independiente

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e Instrumentos
Se llama madre adolescente a la mujer que ha tenido un embarazo entre los 10 a 19 años de edad, con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto lo cual se considera un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.	Madre Adolescente Embarazo	Maternidad Cambios Físicos 10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años	¿Afectó la maternidad en su adolescencia? ¿Su salud se vio afectada en la maternidad? ¿Qué reacciones se dieron en su entorno? ¿A qué edad tuvo su primer hijo?	Encuesta/ Cuestionario

Elaborado por: Mayra Patricia Navas Navas

3.5.2. Variable Dependiente: Crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses

Tabla 5: Variable Dependiente

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas e Instrumentos
Proceso continuo que incluye cambios físicos, emocionales, de personalidad, de lenguaje y del desarrollo psicomotriz del niño e integración de las funciones motrices y psíquicas que estimulan la función cognitiva, emocional y motriz	Salud	Controles médicos.	¿De acuerdo a su edad el niño tiene el esquema de vacunación completo?	Encuesta Cuestionario
	Cambios físicos.	Desarrollo en los 12 primeros meses Desarrollo desde 13 a 60 meses.	¿De acuerdo al test de Denver qué cambios físicos se han operado en el niño acorde a su edad?	
	Desarrollo psicomotriz	Esquema de vacunación. Peso Talla Perímetro cefálico	¿El peso, talla y perímetro cefálico del niño en que rango se encuentran?	

Elaborado por: Mayra Patricia Navas Navas

3.6. Técnicas e Instrumentos

3.6.1. Técnicas

- La observación permitirá identificar el aspecto de salud general del infante, al igual las condiciones generales ambientales que rodean al niño y a la madre.
- La Encuesta permitirá obtener información de primera fuente relacionada a la investigación con respecto a la madre adolescente y su incidencia en el desarrollo del niño.

3.6.2. Instrumentos

Como instrumento se utilizaran registros específicos como son la historia clínica y el carnet de vacunación de los infantes a fin de obtener información sobre las medidas antropométricas y evolución de su crecimiento y desarrollo.

La encuesta permitirá recolectar información sobre el embarazo, factores predeterminantes, factores agravantes, y patologías pre y post natales.

Para valorar el desarrollo del niño se utilizará el test de Denver.

3.7. Plan de Recolección de Información

El proceso de recolección tendrá las siguientes etapas:

- Prueba piloto de aplicación de los instrumentos de recolección de información.
- Aplicación de los instrumentos.
- Depuración de la información.

Tabla 6: Plan de Recolección de Información

PREGUNTAS BÁSICAS	INFORMACIÓN
¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar la hipótesis
¿De qué persona u objeto?	Madres adolescentes y sus hijos
¿Sobre qué aspectos?	Embarazo en la adolescencia y el crecimiento y desarrollo del niño
¿Quién, quienes?	La investigadora, Mayra Navas
¿Cuándo?	Del 23 de junio al 23 de Noviembre del 2012
¿Dónde?	Subcentro de Salud de la parroquia Sucre.
¿Cuántas veces?	Las veces necesarias para poder obtener una información verídica
¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta y observación
¿Con qué?	Cuestionarios pre formulados y material de escritorio
¿En qué situación?	En un ambiente accesible para la investigadora

Elaborado por: Mayra Patricia Navas Navas

3.8. Plan de Procesamiento de Información

- La información y datos serán recolectados con la aplicación de la encuesta.
- Luego se procederá a tabularlos en tablas estadísticas.
- El siguiente paso será graficarlos utilizando el programa Excel.
- Seguidamente se analizará e interpretará la información y los datos, en función de establecer la solución más adecuada al problema de estudio utilizando metodología probabilística.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

4.1. Datos obtenidos e interpretación

Encuesta aplicada a las madres adolescentes que asisten al control de sus hijos al Subcentro de Salud de Sucre.

1) ¿Cuál de los siguientes aspectos se ha visto más afectado con su maternidad?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Físico	4	22%
Psicológico	5	28%
Social	7	39%
Económico	2	11%
TOTAL	18	100%

Tabla 7: Aspectos afectados en la maternidad
Fuente: Encuesta



Gráfico 2: Aspectos afectados en la maternidad
Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 39 % de las encuestadas responden que el aspecto que más le afectó con su maternidad fue en lo social; un 28 % responden que fue lo psicológico; el 22 % físico; y, un 11 % lo económico.

El aspecto social, es lo que más afecta a la madre adolescente, ya que es una situación que les obliga a vivir y madurar de una manera rápida aislándose de la sociedad, en cambio el aspecto económico no les afecta mucho por cuanto la mayor parte de son dependientes de sus padres o de su pareja.

2) ¿Señale su edad al convertirse en madre?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14 - 16 años	14	78%
17 - 19 años	4	22%
TOTAL	18	100%

Tabla 8: Edad al convertirse en madre

Fuente: Encuesta

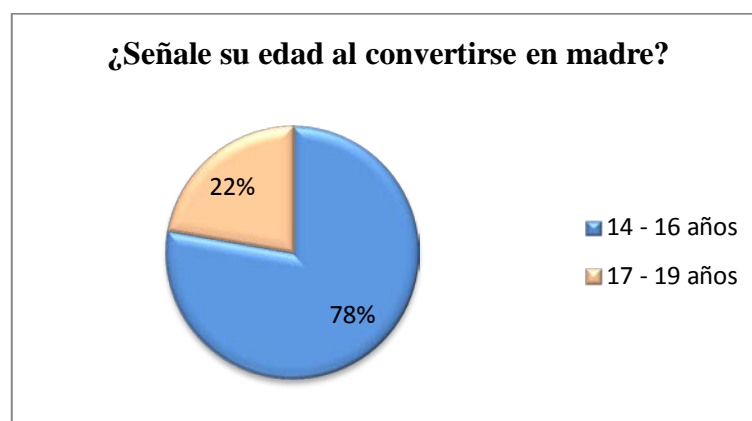


Gráfico 3: Edad al convertirse en madre

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 78 % de las adolescentes encuestadas señala que la edad en que se convirtió en madre fue entre los 14 y 16 años; mientras que un 22 % responde que lo fue entre los 17 y 19 años.

Según los datos del gráfico anterior, se evidencia que la mayor parte de las adolescentes se han embarazado a edades entre 14 y 16 años demostrando el inicio de su vida sexual y reproductiva a temprana edad.

3) ¿Cuántos hijos tiene?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Uno	18	100%
Dos	0	0%
TOTAL	18	100%

Tabla 9: Cantidad de hijos
Fuente: Encuesta

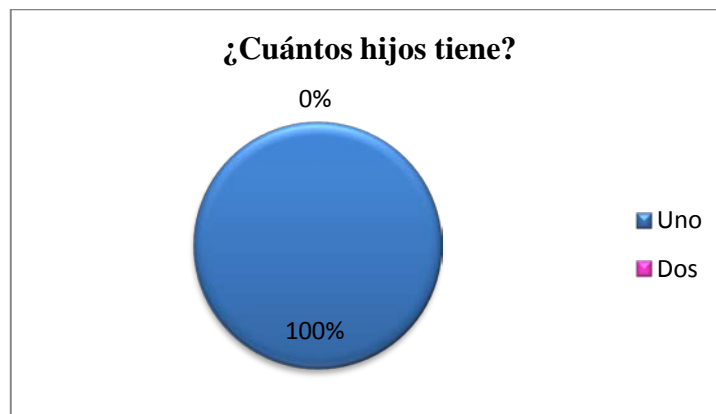


Gráfico 4: Cantidad de hijos
Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 100 % de las madres adolescentes encuestadas responden que tienen un hijo.

Se puede deducir que mientras más jóvenes son las madres adolescentes, pueden llegar a tener más hijos, si no realizan una planificación familiar adecuada. Por lo tanto las responsabilidades se duplican en el caso de las que tiene dos o más hijos.

4) ¿Por qué inicio su vida sexual y reproductiva?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Curiosidad	1	5%
Falta de orientación	5	28%
Falta de comunicación familiar	9	50%
Desconocimiento de métodos anticonceptivos	3	17%
TOTAL	18	100%

Tabla 10: Inicio de la vida sexual

Fuente: Encuesta

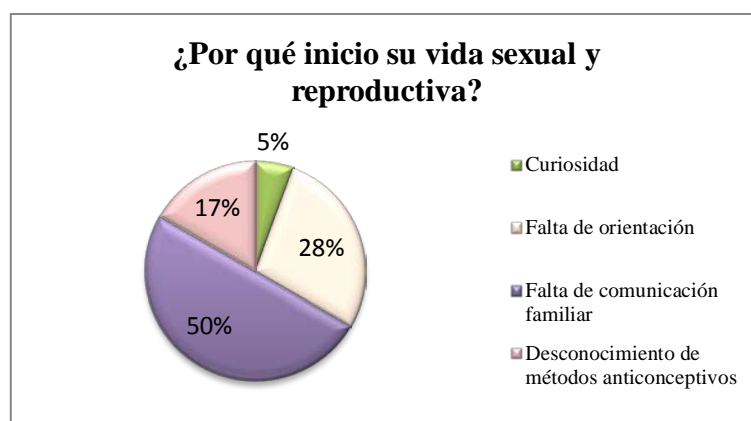


Gráfico 5: Inicio de la vida sexual

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 50% de las encuestadas responden que la causa principal para que se convirtiera en madre fue la falta de comunicación familiar; el 28% responden que fue la falta de orientación; el 17% responden que fue el desconocimiento de métodos anticonceptivos y un 5% fue por curiosidad.

La falta de comunicación familiar y al no tener una adecuada orientación sobre educación en la sexualidad incide mayormente sobre la situación de embarazo en adolescentes; así como el desconocimiento de métodos anticonceptivos que les ayude a tener una vida sexual controlada.

5) ¿Hasta qué año de educación básica llego al embarazarse?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	12	67%
Secundaria	6	33%
TOTAL	18	100%

Tabla 11: Educación al embarazarse

Fuente: Encuesta

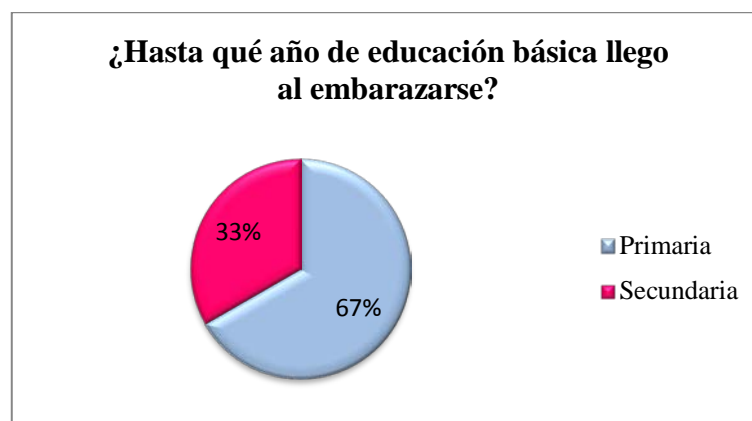


Gráfico 6: Educación al embarazarse

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 67 % de las adolescentes encuestadas responde que estudió hasta la primaria; el 33 % de las adolescentes contesta que estudió hasta la secundaria.

Se determina que las madres adolescentes embarazadas truncan sus estudios para afrontar su maternidad y la característica principal que se desencadena es que dejarán permanentemente de estudiar y por ende sus aspiraciones y expectativas cambiarán notablemente.

6) ¿Recibió educación sexual en sus establecimientos educativos?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	13	72%
No	5	28%
TOTAL	18	100%

Tabla 12: Educación sexual
Fuente: Encuesta

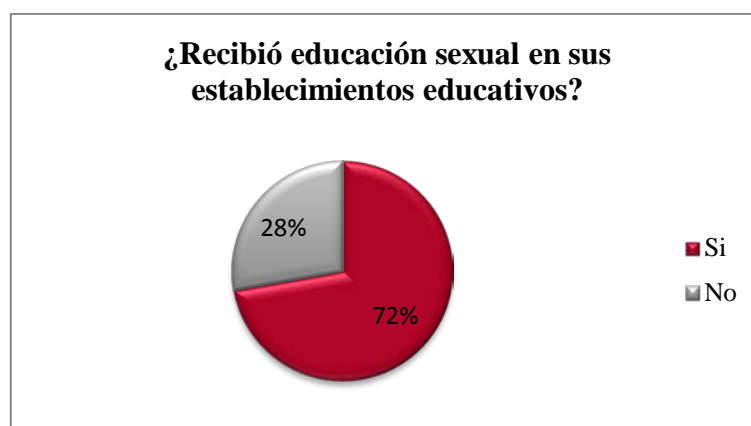


Gráfico 7: Educación sexual
Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 72 % de las adolescentes embarazadas de la parroquia Sucre del cantón Patate responden que si recibió educación sexual en sus establecimientos educativos, mientras que el 28 % responde que no recibió educación sexual.

La mayoría de las madres adolescentes si conocen los riesgos de una sexualidad precoz y pese a tener los conocimientos básicos sobre la sexualidad, las adolescentes se dejan inducir sin ningún reparo y sin pensar en las consecuencias o los problemas venideros.

7) ¿Existe una adecuada comunicación sobre temas relacionados con la sexualidad, en su familia?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	2	11%
No	16	89%
TOTAL	18	100%

Tabla 13: Comunicación sobre sexualidad

Fuente: Encuesta



Gráfico 8: Comunicación sobre sexualidad

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 89 % de las adolescentes embarazadas de la zona rural de Sucre responden que no existe una adecuada comunicación sobre temas relacionados con la sexualidad, en su familia; y el 11 % responde que si tienen una adecuada comunicación familiar.

Esta información es común en esta zona rural y más aún en estratos sociales en que el tradicionalismo mantiene costumbres muy arraigadas y es un hecho que la sexualidad en estos lugares es un tabú. Se lo vive de manera concreta pero sin ser parte de una dinámica de enseñanza o de reflexión que permita a la juventud asumir responsablemente su sexualidad y en un ambiente de confianza.

8) ¿Considera usted que se ha visto afectado su relación familiar debido a su maternidad?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	16	89%
No	2	11%
TOTAL	19	100%

Tabla 14: Afectación familiar por maternidad

Fuente: Encuesta

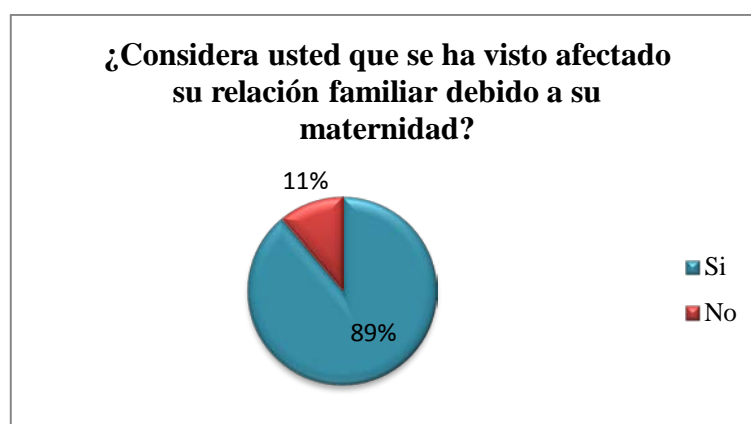


Gráfico 9: Afectación familiar por maternidad

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 89% de las adolescentes encuestadas responde que si considera que se ha visto afectado su relación familiar debido a su maternidad; y un 11% afirma que no influyo su maternidad en la relación familiar.

Una situación de embarazo en la adolescencia afecta notablemente la relación familiar, puesto que a temprana edad la adolescente debe enfrentar responsabilidades y cambios en su vida en pleno desarrollo lo cual acarrea efectos en lo emocional, psicológico, físico, etc., teniendo a su alrededor un entorno complejo y confuso, eso implica padecer presión familiar, sufrimiento generalmente y aislamiento.

9) ¿Cuál es su estado civil actual?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	4	22%
Soltera	5	28%
Unión libre	9	50%
TOTAL	18	100%

Tabla 15: Estado civil
Fuente: Encuesta

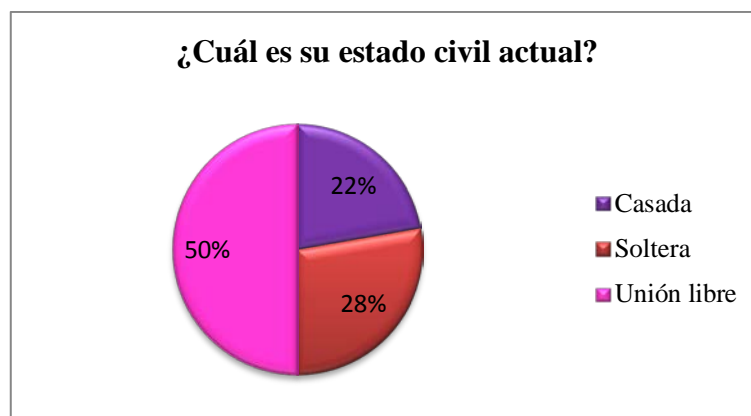


Gráfico 10: Estado civil
Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

Un 50 % de las madres adolescentes responden que su estado civil actual es unión libre; el 28 % responde que son solteras y el 22 % que están casadas.

Estos indicadores permiten determinar que la salida más directa para la madre adolescente es asumir roles más delicados y llenas de responsabilidad y trabajo para el cual no están listas. Asumen el rol de “cónyuge”, en fusión de contar con el apoyo del padre su hijo o hija, a la vez de contar con una manutención dado que les permita salir adelante, aunque no les asegure estabilidad emocional y no les libre de la violencia familiar.

10) ¿Con quién vive usted actualmente?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Padres	5	28%
Pareja	13	72%
TOTAL	18	100%

Tabla 16: Situación de dependencia

Fuente: Encuesta

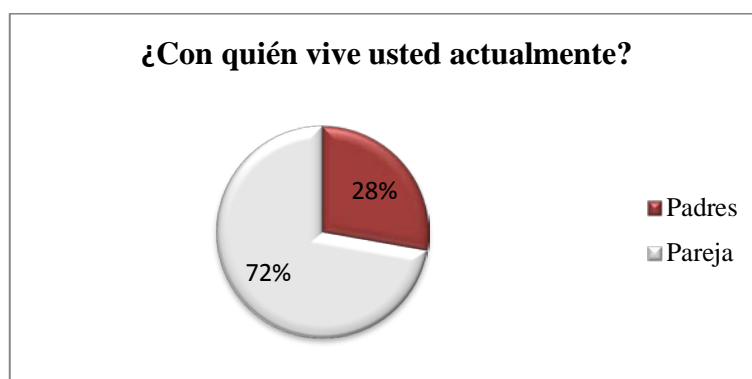


Gráfico 11: Situación de dependencia

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

Un 72 % de las adolescentes responde que vive actualmente con su pareja; en cambio el 28 % responde que viven con sus padres.

Se destaca que las adolescentes motivadas en la situación económica de atender en alimentación y salud a sus hijos tienen que asumir compromisos y responsabilidades a tempranas edades y cumplir roles para los cuales todavía no están plenamente capacitadas, comprometiendo su integridad y la del niño al punto de que pueden quedarse nuevamente embarazadas.

11) ¿Después del nacimiento de su hijo (a), usted a qué se dedica?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trabaja	3	17%
Estudia	2	11%
Ama de casa	13	72%
TOTAL	18	100%

Tabla 17: Ocupación de las madres

Fuente: Encuesta

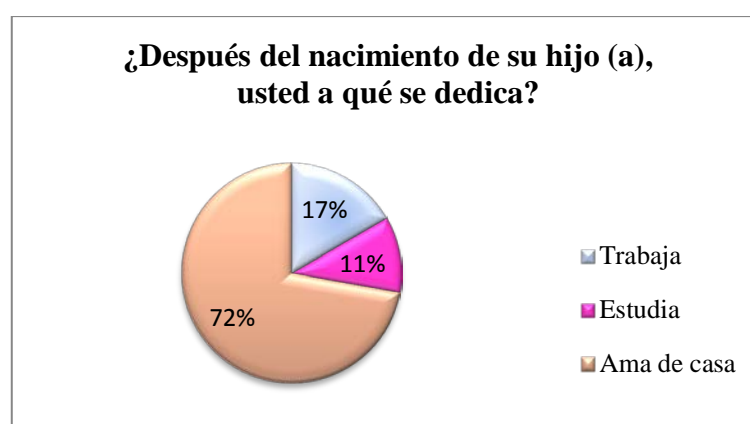


Gráfico 12: Ocupación de las madres

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

Un 72 % de las adolescentes encuestadas responde que después del nacimiento de su hijo(a), se dedica a cumplir la responsabilidad de ama de casa; en cambio el 17 % responde que se dedicó a trabajar; y, un 11 % se dedicó a estudiar.

El embarazo en la adolescencia, en este estrato social, es una cuestión de sobrevivencia, tanto para la madre, como para el hijo y la familia. La madre porque se ve obligada a afrontar el problema en su totalidad aún si estar plenamente preparada, su hijo por cuanto padece igual que su madre y la familia porque tiene que apoyar o cubrir las necesidades generada de esta nueva situación.

12) ¿Quién se encarga del cuidado de su hijo(a)?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Usted misma	13	72%
Su mamá	2	11%
Guardería	3	17%
TOTAL	18	100%

Tabla 18: Cuidado de los hijos
Fuente: Encuesta

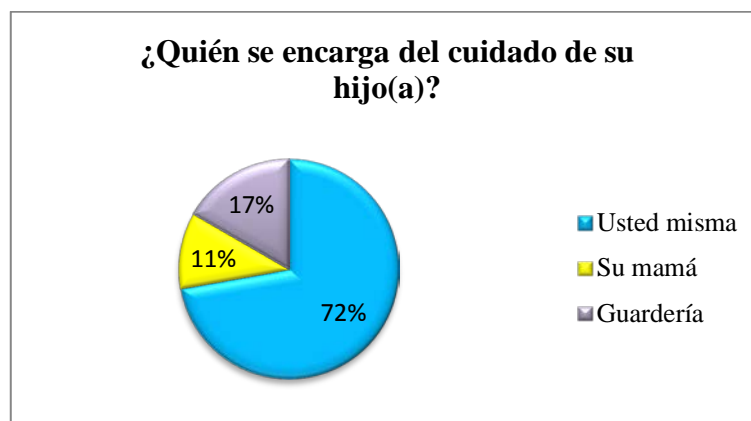


Gráfico 13: Cuidado de los hijos
Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 72 % se encarga del cuidado de su hijo (a); el 17 % los dejan en la guardería del sector; y el 11 % lo deja al cuidado de su mamá.

La mayoría de las madres adolescentes asumen la responsabilidad del cuidado de sus hijos, aunque ello implica asumir nuevas responsabilidades para las que no están preparadas. Las que tienen que trabajar o todavía cuentan con el apoyo familiar para estudiar dejan a su hijo o hija al cuidado de su mamá (abuela) o los dejan en la guardería del lugar, lo cual implica que los niños no son alimentados de forma adecuada provocando problemas nutricionales con repercusión en su salud.

13) ¿Recibió usted capacitación por parte del personal de salud sobre cuidado de su hijo(a)?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	6	33%
No	12	67%
TOTAL	18	100%

Tabla 19: Capacitación por parte del personal de Salud

Fuente: Encuesta

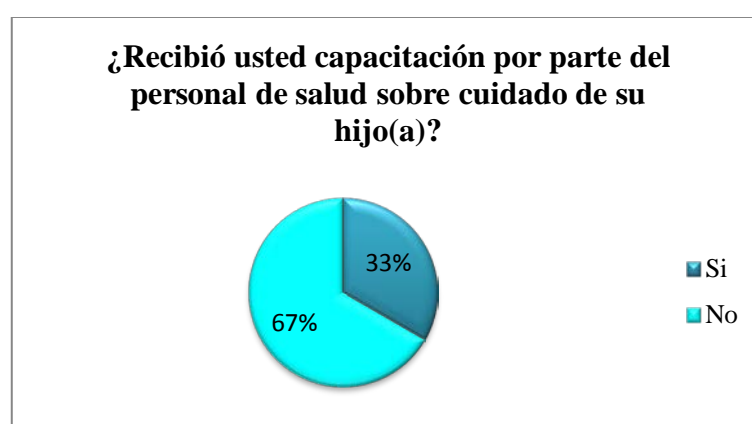


Gráfico 14: Capacitación por parte del personal de Salud

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 67 % de las madres adolescentes encuestadas responde que no recibió capacitación por parte del personal de salud sobre cuidado de su hijo/a; en cambio el 33 % dice que si recibió capacitación.

La mayor parte de las madres adolescentes no acude a recibir capacitación, lo que permite establecer que solo asisten al centro de salud cuando su hijo o hija se enferma; por lo tanto, el niño no es sujeto de los controles de seguimiento para prevenir las enfermedades de la infancia así como del control de su peso y talla, indicadores que posibilitan determinar el desarrollo del pequeño.

14) ¿De acuerdo al indicador: peso/edad, en qué percentil se encuentra su hijo(a)?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo peso	11	61%
Normal	7	39%
Sobrepeso	0	0%
TOTAL	18	100%

Tabla 20: Peso del niño de la madre adolescente

Fuente: Encuesta

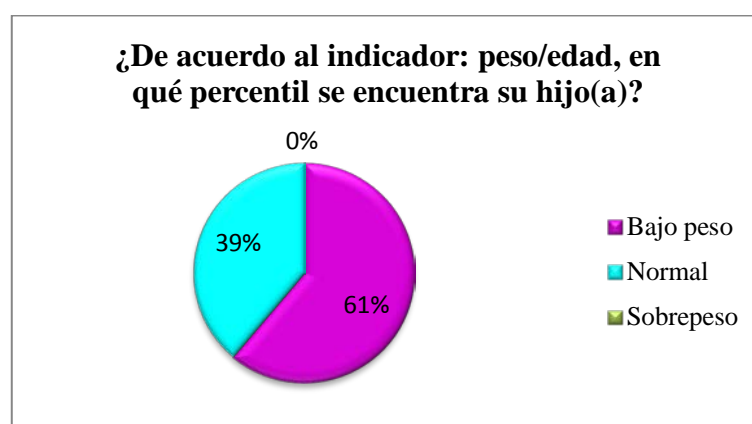


Gráfico 15: Peso del niño de la madre adolescente

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 61 % de los hijos de madres adolescentes responden que sus hijos están de acuerdo al percentil: peso/edad, en peso bajo; en cambio, el 39 % responde que se encuentran en el percentil normal.

La mayoría de niños/as tienen bajo peso por múltiples factores como: el ser la madre adolescente, y no está preparada para prodigar mejor cuidado a su hijo/a, otro factor sería que el cuidado del niño/a se lo encarga a la guardería u a otros familiares y por ende el niño no es alimentado de forma adecuada.

15) ¿De acuerdo al indicador: talla/edad, en qué percentil se encuentra su hijo(a)?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estatura baja para la edad	10	56%
Normal	8	44%
Estatura alta para la edad	0	0%
TOTAL	18	100%

Tabla 21: Talla del niño de la madre adolescente
Fuente: Encuesta

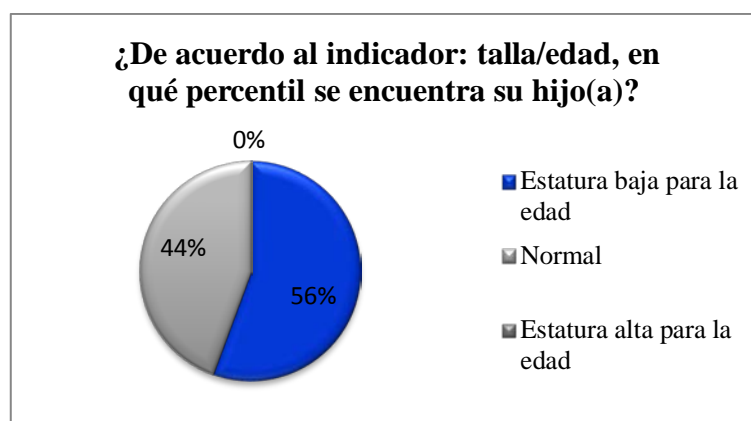


Gráfico 16: Talla del niño de la madre adolescente
Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

Un 56 % de los hijos de las madres adolescentes, presentan una talla baja para la edad según al indicador: talla/edad; en cambio el 44 % se encuentra en el percentil normal.

De esta información se establece que los/as niños/as están en el percentil de talla baja según su edad. Lo cual permite determinar que si el niño tiene bajo peso debido a una deficiente alimentación y cuidado, esto degenera en un estado de retraso en su desarrollo generando por el mayor riesgo psicosocial y biológico en la madre, que inciden de forma negativa en la nutrición, crecimiento y desarrollo psicomotor de su hijo.

16) ¿Al aplicarle el test de Denver (al hijo de una madre adolescente) en qué aspectos se ha identificado alteraciones con mayor frecuencia?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Personal – Social	0	0%
Motor grueso	0	0%
Motor fino	0	0%
El lenguaje	4	22%
Ninguno	14	78%
TOTAL	18	100%

Tabla 22: Prueba test de Denver

Fuente: Encuesta

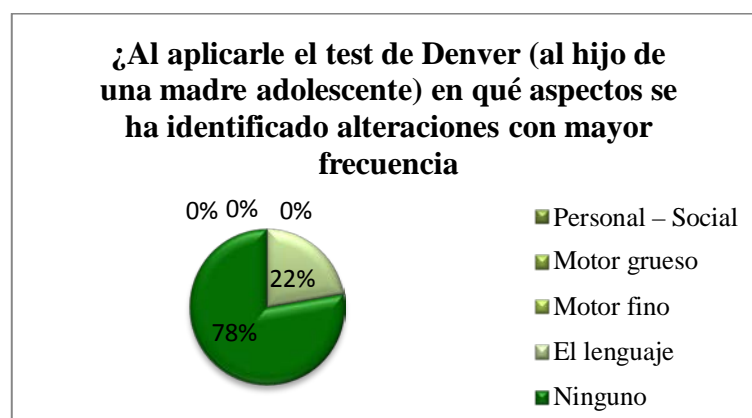


Gráfico 17: Prueba test de Denver

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 78 % de las encuestadas responde que de la aplicación del test de Denver (al niño) no se ha identificado ninguna alteración con mayor frecuencia; mientras que el 22 % de los niños presentan alteración en lo respecta al lenguaje.

Los niños o las niñas de madres adolescentes, de manera general, se enfrentan a los riesgos de tener problemas en el desarrollo del lenguaje, esto puede deberse a que las madres entran en un período de depresión que no les permite desarrollar en sus hijos el lenguaje.

17) ¿Cumple usted con el esquema de vacunación establecido para la edad de su hijo(a)?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	6	28%
No	13	72%
TOTAL	18	100%

Tabla 23: Cumplimiento del esquema de vacunación

Fuente: Encuesta

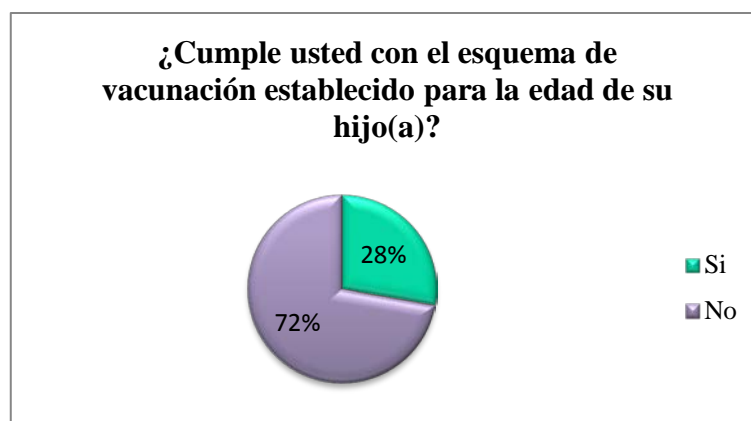


Gráfico 18: Cumplimiento del esquema de vacunación

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 72 % de las madres adolescentes encuestadas responde que no cumple con el esquema de vacunación establecido para la edad de su hijo(a); mientras que un 28 % afirma que si cumple con el mismo.

Las madres adolescentes no cumplen con el esquema de vacunación de su hijo o hija. Eso implica un problema de salud por cuanto las vacunas inmunizan a los niños contra enfermedades que podrían dejar secuelas desastrosas o causarles la muerte.

18) ¿Con qué frecuencia lleva al niño(a) al control médico?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mensual	2	11%
Trimestral	3	17%
Semestral	5	28%
Solo cuando se enferma	8	44%
TOTAL	18	100%

Tabla 24: Frecuencia de control al médico

Fuente: Encuesta

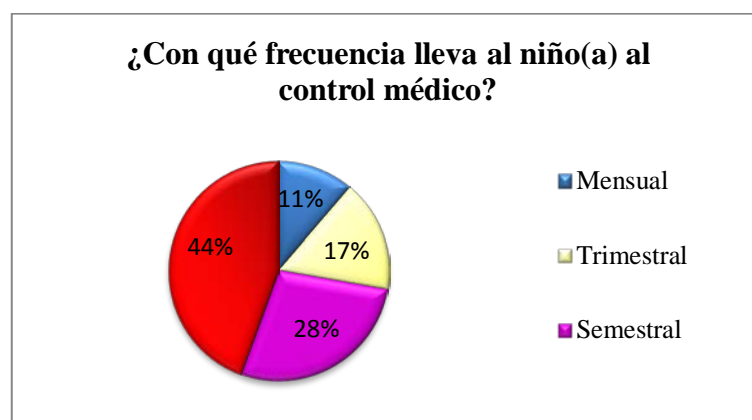


Gráfico 19: Frecuencia de control al médico

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

Un 44 % de las madres adolescentes responde que lleva a su hijo/a al control médico solo cuando éste está enfermo; en cambio un 28 % dice que le lleva semestralmente y el 17 % trimestralmente y un 11 % mensualmente.

Las madres adolescentes no están conscientes de la importancia del control médico del niño, y desde luego pueden sumarse otros factores como la distancia, la falta de compañía, la timidez, etc., pero lo que si es cierto es que uno de cada dos niños es llevado al médico solo cuando está enfermo. Por lo tanto es necesario concienciar en ellas la importancia del control médico del niño a través de charlas y talleres de capacitación.

19) ¿Qué tipo de alimentación le da a su hijo(a)?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leche materna	18	100%
Fórmula (leche en tarro)	0	0%
TOTAL	18	100%

Tabla 25: Tipo de alimentación

Fuente: Encuesta

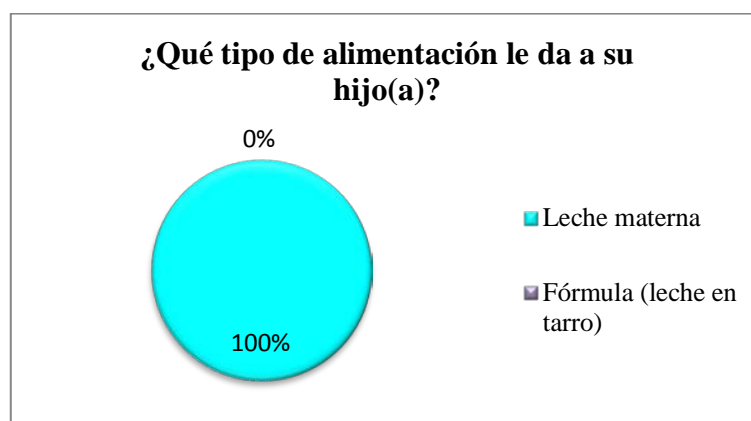


Gráfico 20: Tipo de alimentación

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 100 % de las madres adolescentes responde que le alimentan a su hijo/a con la leche materna.

Los niños cuando están con sus madres reciben el alimento más importante y completo como lo es la leche materna; pero cabe la pregunta y ¿cuándo están en la guardería o al cuidado de sus abuelas o parientes, estarán debidamente alimentados los niños? De lo contrario presentarían peso y talla baja.

20) ¿Hasta qué edad alimentó a su bebe con leche materna?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hasta los 6 meses	3	17%
Hasta los 12 meses	15	83%
TOTAL	18	100%

Tabla 26: Tiempo de alimentación con leche materna
Fuente: Encuesta

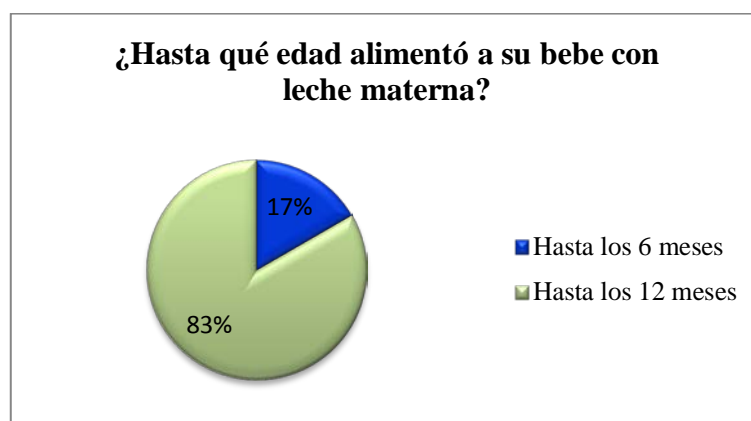


Gráfico 21: Tiempo de alimentación con leche materna
Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

Un 83 % de las madres adolescentes responde que alimentó a su hijo con su leche hasta los 12 meses; en cambio el 17 % responde que lo alimento solamente hasta los 6 meses.

Hay madres que amamanta a sus hijos hasta el año, otras en cambio, por situación de trabajo, estudio u otro factor tienen que dejar a sus hijos en manos de familiares o guarderías y por ende acostumbrarlos a que ingieran otro tipo de alimentación complementaria o que supla a la leche materna, ello acarrea consecuencias de bajo peso y talla que por ende afecta el normal desarrollo del niño o niña.

21) ¿A qué edad inició la incorporación de alimento al niño(a)?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A los 4 meses	2	11%
A los 6 meses	3	17%
A los 8 meses	13	72%
TOTAL	18	100%

Tabla 27: Incorporación de alimento al niño

Fuente: Encuesta

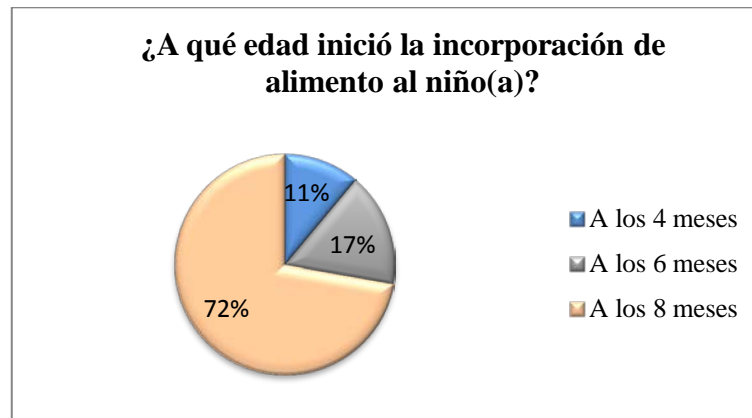


Gráfico 22: Incorporación de alimento al niño

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 72 % de las madres adolescentes responden que empezaron a incorporar alimentación de otro tipo a sus niños a la edad de 8 meses; en cambio el 17 % responde que los incorporó a los 6 meses y un 11 % los incorporó a los 4 meses.

Los hijos de las madres adolescentes en estudio mantiene una dieta complementarias líquida y sólida relacionada a su edad y posibilidad adecuada de incorporarla; en cambio una de cada tres madres adolescentes debido a factores económicos, de trabajo o de estudio ha tenido que acostumbrar a su hijo a otro tipo de alimentación en edades más tempranas y ese es un factor que puede incidir en la salud del niño y su desarrollo.

22) ¿Alimenta a su hijo(a), con los productos entregados por el Gobierno, como son: "Mi papilla" y "Mi bebida"?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	4	21
No	14	79
TOTAL	18	100

Tabla 28: Alimento del niño por
Fuente: Encuesta

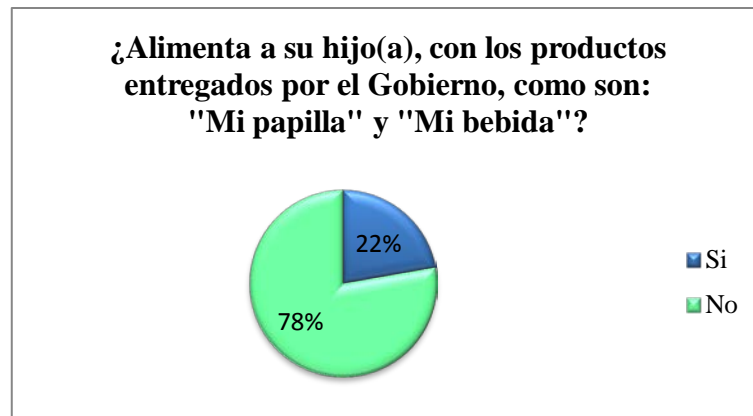


Gráfico 23: Alimento del niño
Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 78 % de las madres adolescentes responde que no alimenta a su hijo(a), con los productos entregados por el Gobierno, como son: "Mi papilla" y "Mi bebida"; en cambio el 22 % afirma que si lo hace.

De esta información se destaca que el mayor porcentaje de las madres adolescentes no alimenta a su hijo con dichos productos; deduciéndose de ello que las madres acuden a recibir el producto ni a los controles médicos del niño; otro factor podría ser que no deben tener el conocimiento necesario para confiar en los beneficios de estos productos y el bienestar que produce en el niño.

23) ¿Señale cuáles de estas enfermedades ha padecido si hijo(a)?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diarreas	7	39%
Gripes	5	28%
Parasitosis	4	22%
Infección de vías urinarias	2	11%
TOTAL	18	100%

Tabla 29: Enfermedades del niño

Fuente: Encuesta

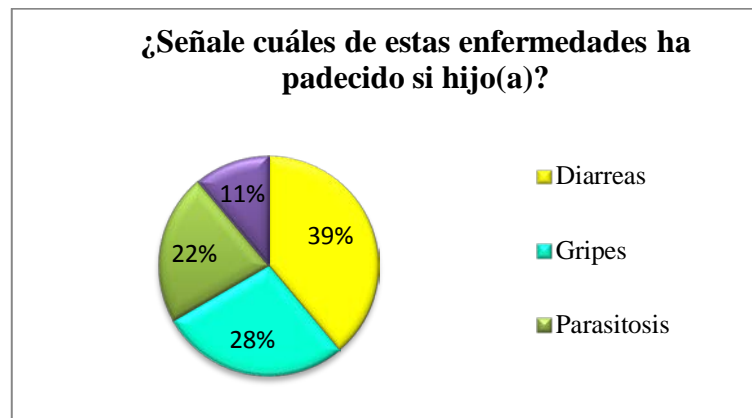


Gráfico 24: Enfermedades del niño

Fuente: La autora

Análisis e Interpretación

El 39 % de las madres adolescentes encuestadas responde que sus hijos han padecido de diarreas mientras que un 28 % afirma que es gripes en cambio el 22 % expresa que padecieron de parasitosis; y, un 11 % responden que padecieron de infecciones de vías urinarias.

Un mayor porcentaje de niños se enferman de diarreas las mismas que al no ser tratadas inmediatamente pueden afectar gravemente a la salud del niño ya que los niños de las madres adolescentes son proclives a enfermarse cotidianamente, más aun si no están siendo adecuadamente alimentados.

4.2. Comprobación de la hipótesis

ENCUESTA EN RELACIÓN A LAS MADRES ADOLESCENTES

PREG.	ALTERNATIVAS	INDICADOR	PORCENTAJE
N° 1	¿Cuál de los siguientes aspectos se ha visto más afectado con su maternidad?	Físico	89%
		Psicológico	
		Social	
N° 2	¿Señale su edad al convertirse en madre	14 - 16 años	78%
N° 5	¿Considera usted que se ha visto afectado su relación familiar debido a su maternidad?	Si	89%
N° 9	¿Cuál es su estado civil actual?	Unión libre	50%
N° 10	¿Con quién vive usted actualmente?	Pareja	72%
N° 11	¿Después del nacimiento de su hijo (a), usted a qué se dedica?	Ama de casa	72%

ENCUESTA EN RELACIÓN AL DESARROLLO DEL NIÑO

N° 12	¿Quién se encarga del cuidado de su hijo(a)?	Usted misma	72%
N° 13	¿Recibió usted capacitación por parte del personal de salud sobre cuidado de su hijo(a)?	No	67%
N° 14	¿De acuerdo al indicador: peso/edad, en qué percentil se encuentra su hijo(a)?	Bajo peso	61%
N° 15	¿De acuerdo al indicador: talla/edad, en qué percentil se encuentra su hijo(a)?	Estatura baja para la edad	56%
N° 17	¿Cumple usted con el esquema de vacunación establecido para la edad de su hijo(a)?	No	72%
N° 18	¿Con qué frecuencia lleva al niño(a) al control médico?	Solo cuando se enferma	44%
N° 23	¿Señale cuáles de estas enfermedades ha padecido si hijo(a)?	Diarreas	100%
		Gripes	
		Parasitosis	
		Infección de vías urinarias	

Tabla 30: Comprobación de la hipótesis

Fuente: Encuesta

Del análisis de los resultados del Cuadro N° 1, se desprende que la hipótesis se cumple; por cuanto, al relacionar las preguntas de la encuesta aplicada a la madre adolescente N°: 1, 2, 5, 9, 10 y 11, con las preguntas de la encuesta relacionada al niño, preguntas N°: 12, 13, 14, 15, 17, 18 y 23; se determina que existe incidencia o relación entre el ser madre adolescente y el desarrollo del niño, ya que al no estar plenamente preparada y desarrollada la adolescente, tampoco puede cumplir con el rol de madre de una manera adecuada y efectiva, lo cual genera que el desarrollo del niño o niña se vea afectado directamente

Por lo tanto se comprueba que la Hipótesis: “Ser madre adolescente si tiene relación con la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en el Subcentro de Salud y Sucre del MSP de la Provincia de Tungurahua”.

Debido a que el mayor porcentaje de los hijos de madres adolescentes presentan bajo peso y talla para de edad provocado por diferentes factores como: una inadecuada alimentación, incorrecta higiene de los alimentos y por el incumplimiento del esquema de vacunación, por lo tanto no se pueden prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia.

Lo que puede acarrear graves consecuencias en los niños afectando principalmente en su normal desarrollo y crecimiento. Por lo tanto si las madres acudieran responsablemente a los controles de sus hijos, las madres estuvieran capacitadas sobres los cuidados que deben brindar a sus hijos en salud, alimentación e higiene.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se determina la existencia de una estrecha relación incidente en ser madre adolescente y el desarrollo adecuado del niño, en función a aspectos que afectan directamente a éste, sea: en el aspecto nutricional, el cuidado y sobretodo del control y atención médica que debe recibir el niño o niña a esa edad.
- Se evidencia que los factores de riesgo se elevan por cuanto los indicadores percentiles, ubican a los niños de las madres adolescentes, que tienen bajo peso, así como baja estatura; eso deja al descubierto que el crecimiento de los/as niños/as entre cero a dos años seis meses presentan afectaciones físicas como emocionales derivadas de la falta de cuidado adecuado y personal de la madre.
- Un aspecto relevante del estudio y que es de preocupación, pues incide en el desarrollo y salud del niño es que las madres adolescentes no se responsabilizan en asistir y llevar a sus hijos/as a los controles prenatales, tampoco asisten a las capacitaciones sobre educación sexual, orientación y planificación familiar, cuidado de su hijo, y por ende los niños no cumplen con el esquema de vacunación que fortalezca su sistema inmunológico.

5.2. Recomendaciones

- Derivado de la aplicación del estudio técnico, se recomienda que se implemente la presente propuesta, que está diseñada para lograr dar solución a la problemática descrita y que está dirigida a mejorar la situación de desarrollo integral del niño bajo la premisa de educar y capacitar a la madre adolescente.
- Es necesario que se conformen brigadas de salud que de forma sistemática trabajen con visitas programadas a los hogares o que establezcan acuerdos con las organizaciones campesinas para que en determinadas fechas se precise a las familias a mantener controles en salud y capacitarlos.
- Se debe conformar campañas de vacunación a nivel del sector rural para que lleguen hasta los lugares de residencia de las madres adolescentes con hijos entre cero y dos años para que reciban el esquema de vacunación completo y prever posibles desarrollos de enfermedades de fácil transmisión y que pueden resultar mortales por el descuido de las madres adolescentes.
- Se debe realizar campañas para hacer un seguimiento y fomentar que las madres adolescentes acudan a la Unidad de Salud con sus hijos y reciban la atención médica de prevención y no que sea por motivo de enfermedad de los infantes.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos Informativos

6.1.1. Título

Taller de educación sexual y reproductiva para las madres adolescentes y fomento nutricional en los infantes para lograr un adecuado desarrollo de los niños con edades comprendidas entre cero a dos años seis meses; en el Subcentro de Salud Sucre, en el cantón Patate.

6.1.2. Institución

Subcentro de Salud de la parroquia Sucre

6.1.3. Ubicación

Parroquia Sucre, cantón Patate, provincia de Tungurahua.

6.1.4. Beneficiarios

Madres adolescentes.

6.1.5. Responsable

Mayra Patricia Navas Navas.

6.2. Antecedentes de la Propuesta

De la implementación del estudio técnico, a través de la aplicación de instrumentos de recolección de información y datos, se establece que en la

parroquia Sucre del cantón Patate, provincia de Tungurahua, se encontraron 18 madres adolescentes entre 10 y 19 años que presentan situaciones de embarazo que derivan en circunstancias que afectan tanto a la madre, el/la niño/a y los familiares, motivada en contextos sociales fundamentados en tradicionalismos y costumbres que han perdurado hasta la actualidad.

Generalmente, las adolescentes quedan embarazadas de varones adultos, que luego de consumir el hecho se ven forzados a matrimonios que muchas de las veces en vez de ser una solución a la problemática, lo único que hace es empeorar la situación de la adolescente que a más de lidiar con el cuidado de un hijo, debe atender a un marido posesivo que muchas de las veces terminan agrediéndolas o abandonándolas.

Otro factor que incide es la extrema pobreza versus una cultura caracterizada por la falta de educación, tradicionalista y una cultura que fomenta acciones que están reñidas con la legislación pero que son realidades que exigen una mayor intervención de parte del estado, el sistema educativo y la familia.

Además, no existen brigadas de salud que den una orientación familiar que se trasladen y amplíen su cobertura a las zonas vulnerables e implementen campañas de salud, educación sexual basada en una sexualidad responsable, salud y cuidado adecuado a los hijos, promover una comunicación abierta, de diálogo entre padres e hijos sobre sexualidad, disminuyendo de esta manera la brecha generacional, y dando cabida a la reflexión y por ende a entendimientos.

Por lo tanto, el ser madre adolescente implica que los niños puedan sufrir alguna malformación congénita como: distrofia muscular, parálisis cerebral, ceguera, epilepsia u otra alteración que limite su desarrollo. Súmese a ello que debido a la falta de madurez fetal o física de la madre, los hijos son propensos a padecer desnutrición, retardo de su desarrollo psicomotor, alteraciones en su conducta y disfunción cognitiva. Lo cual implica, descuido en la atención alimenticia,

higiénica y afectiva; lo que es peor corren el riesgo de padecer enfermedades coronarias, diabetes, presión arterial alta, entre otras.

Por todo lo expuesto, se establece que se está enfrentando a un elevado índice de riesgo debido a que las madres alumbran a hijos prematuros y pequeños para la edad gestacional. Niños con inestable crecimiento; con elevada probabilidad de fallecer durante el primer año de vida, o que terminan a futuro abandonados, viviendo en las calles y de verse atrapados en el ciclo de la pobreza.

Pero muchas de las veces, las madres perciben a sus hijos como más difíciles, son menos sensibles y afectuosas con el hijo y ello puede acarrear situaciones en que los niños a futuro muestran deficiencias intelectuales y perturbaciones emocionales considerables durante los años de preescolar, un rendimiento académico deficiente, escasa relación con niños de su misma edad, hasta comportamientos delictivos.

Toda relación entre la madre adolescente y el niño acarrea que los dos sufran y mantengan secuelas de afectación, dado que los dos son niños y el uno depende más del otro. Por lo tanto en un contexto social y económico como el que se establece en la parroquia Sucre, es necesario que se planteen alternativas de solución a esta problemática, ya que la misma no ha podido ser manejada y controlada en este sector, en donde la pobreza, los tradicionalismos, la cultura del tabú, la falta de comunicación y orientación, en cierta manera ha hecho fuerza de costumbre que las niñas entre 14 y 16 años enfrenten esta situación a riesgo de su vida y el pleno desarrollo de sus hijos.

Por lo tanto, estas razones fundamentan que se elabore una propuesta de intervención para dar solución a esta problemática a través de la implementación de estrategias que permitan contrarrestar, prevenir, saber sobrellevar y sobre todo generar espacios de sana convivencia y adecuado desarrollo de los hijos de madres adolescentes, que son los que finalmente padecen o sufren de una manera directa o indirectamente las consecuencias y que muchas de las veces son mudos

testigos o seres afectados que terminan soportando todo tipo de escarnio debido a una mala decisión asumida por su madre.

6.3. Justificación

Un elemento importante en la relación salud pública y el cuidado responsable de la salud es ser abierto a la reflexión crítica, a la comunicación directa, a escuchar a las adolescentes y a la educación oportuna y sin barreras, para tratar de reducir los riesgos en las madres adolescentes y en su hijo. Esto a través de implementar medidas como las que plantea Organización Mundial de la Salud:

- “Reducir los matrimonios con personas menores de 18 años.
- Reducir el embarazo antes de los 20 años.
- Incrementar el uso de métodos anticonceptivos.
- Brindar educación sobre una adecuada alimentación a los niños.
- Fomentar un correcto cuidado de higiene y salud de los niños.”

El embarazo en edades tempranas constituye un problema socio-económico y de salud pública de considerable magnitud; sobre todo en un contexto de elevada fecundidad como es en la parroquia Sucre del cantón Patate. En donde, además de producirse un buen número de madres adolescentes se producen uniones de hecho que generan familias inestables, lo que implica rupturas de pareja, rechazo del embarazo, abandono de los niños/as, estigmatización y exclusión de las madres; en definitiva ausencia de un futuro digno para ellas y sus hijos/as.

Por lo tanto, en nuestra realidad, se debe intervenir para prevenir las relaciones precoces y la culminación de estas situaciones en obligadas manifestaciones de convivencia a temprana edad motivadas en factores de dependencia económica y de independencia del hogar.

Las consecuencias que padece el hijo de la madre adolescente son de riesgo, como: mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación, riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en

sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional, muerte súbita.

Además, tiene alto riesgo de maltrato y abandono, con frecuente cesión de adopción; convirtiéndose el embarazo en adolescentes en un serio problema psicosocial, lo cual acarrea un elevado morbo-mortalidad materno, fetal y neonatal, por la edad gestacional.

Conlleva también el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce las posibilidades de realización personal, genera desocupación y difícil reinserción educativa y laboral.

Sumado a ello el factor determinante de que de manera general, la convivencia de parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que es agravada por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

Muchas de las veces, las adolescentes, con frecuencia, llegan al momento del alumbramiento sin cuidados prenatales, sin preparación física, ni psicológica, sin apoyo, sin independencia económica y en muchos casos en un ambiente hostil. Como consecuencia de ello, existe desmotivación por la lactancia natural, ignorando todos los beneficios que su práctica brinda.

En los primeros meses de vida, la leche materna se constituye en el mejor alimento que se puede prodigar al niño y durante los primeros 6 meses de vida; nada lo puede reemplazar totalmente, ello le garantiza un crecimiento y desarrollo pleno. Pero, en el sector de Sucre, las madres adolescentes buscan sustituir e incluir en la dieta de sus hijos complementos alimenticios que no son tan nutritivos.

Se ha demostrado, que los niños alimentados de forma exclusiva al seno materno presentan patrones de crecimiento diferentes al resto de los niños; al lactar se produce la excitación de la musculatura bucal y se movilizan las estructuras del

aparato masticatorio del recién nacido, lo cual influye en su crecimiento y desarrollo.

Esto permite que facilite la erupción y alineación de los dientes, garantizando el equilibrio dentario. El hecho de alimentar al niño con biberón produce un desbalance muscular, lo cual, a futuro puede impedir que se produzca el cambio de deglución, instalándose un hábito pernicioso: lengua protráctil o deglución atípica.

Debido a estas costumbres de reemplazar el seno materno por el biberón, el niño a lo largo de su vida irá creando sustitutos, por ejemplo: tenderá a chuparse el dedo o la lengua, después de alimentarse, en un esfuerzo por satisfacer su instinto de succión o puede llevarse objetos extraños a la boca, morderse las uñas, el pelo, el brazo, el labio.

Por lo tanto, la estabilidad psicológica del niño proporcionada depende mucho de la lactancia natural, puesto que los elementos inmunológicos adquiridos durante la lactancia evitan estados alérgicos e infecciones respiratorias que generalmente provocan respiración bucal, que es también una causa reconocida de anomalías dento-faciales.

Por lo visto, la falta de conocimiento de la madre adolescente juega un papel fundamental en el desarrollo del niño, especialmente si no hay recursos adecuados ni personas indicadas que puedan orientarla y apoyarla, para que prodigue a su hijo o hija una adecuada alimentación, como adquirir y preparar fórmulas de manera adecuada, medidas para criar, alimentar, vestir y asear a un recién nacido, normas de higiene y de prevención de diarreas e infecciones comunes.

Es así que, para el control y orientación de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta

la adolescente gestante y los cuidados postnatales que debe prodigar la madre al hijo recién nacido.

Por lo tanto, es necesario que se elabore la guía de intervención para reducir la incidencia de madres adolescentes embarazadas y lograr un adecuado desarrollo de los niños entre cero a dos años seis meses de edad, mismos que serán los beneficiarios de este trabajo investigativo, al desarrollarse en mejores condiciones y contar con madres adolescentes más preparadas emocionalmente y psicológicamente para atender y criar a sus hijos.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo General

Elaboración de talleres de educación sexual y reproductiva en madres adolescentes y fomento nutricional en infantes para lograr un adecuado desarrollo de los niños entre cero a dos años seis meses de edad del Subcentro de Salud Sucre, del Cantón Patate Provincia de Tungurahua

6.4.2. Objetivos específicos

- Fortalecer la educación en la sexualidad y la prevención de nuevos embarazos en las adolescentes.
- Desarrollar en las madres adolescentes destrezas de cuidado adecuado y efectivo a los niños en función de un adecuado desarrollo de los mismos.
- Concientizar en las madres adolescentes la importancia de una adecuada alimentación, cuidado, asistencia médica que se debe proporcionar a los hijos.

6.5. Análisis de Factibilidad

Este estudio cuenta con el apoyo y colaboración del personal médico y auxiliar de quienes laboran en la Unidad de Salud de la parroquia Sucre, así como con la aceptación de las madres adolescentes para entregar información y su compromiso para mejorar su nivel de vida y elevar la calidad de vida de su hijo o hija. Además se cuenta con el asesoramiento docente para realizar este trabajo apegado a los protocolos médicos y de promoción de la salud de la Universidad Técnica de Ambato.

6.5.1. Factibilidad Económica

Para efecto de la realización del presente estudio, los costos serán asumidos por la investigadora, en cuanto a movilización, gastos operativos y aplicación de instrumentos de recolección de información y datos.

6.6. Fundamentación Científica - Teórica

6.6.1. Embarazo adolescente

IÑAKI Lete Lasa en su libro: Embarazo en la adolescencia, expresa que: “El embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema más social que médico”.

Estableciéndose de ello, que de manera general el término embarazo adolescente o embarazo precoz también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen. Mismo que puede llegar a término, produciéndose el nacimiento del niño o niña, o interrumpirse por aborto, ya sea

éste espontáneo o inducido, en éste último caso de manera legal o ilegal dependiendo de la legislación de cada país.

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para las jóvenes madres como para sus hijos, su pareja, su familia y la comunidad que los rodea. Por estas razones, este problema debe ser abarcado a través de implementar programas de educación en la sexualidad en las escuelas, y campañas que estén dirigidas a fortalecer la autoestima y elevar el poder de no consentimiento en las adolescentes.

Entre las causas que provocan que las adolescentes se embaracen están:

- El inicio precoz de las relaciones sexuales.
- Inadecuada o ausencia de educación sexual.
- Inexistencia de lugares confidenciales donde los menores puedan abordar abierta y sinceramente temas sobre la prevención del embarazo.
- Desconocimiento de métodos preventivos eficaces.
- Timidez o miedo a solicitar anticonceptivos.
- Una violación.
- La inseguridad, la baja autoestima, los problemas familiares.
- Buscar tener nuevas experiencias.
- Estar bajos los efectos del alcohol y las drogas.
- La falta de comunicación con sus padres.
- Mal funcionamiento del núcleo familiar (posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto.
- Inestabilidad familiar.
- Necesidad de probar su fecundidad.
- Aceptación de mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces.

6.6.1.1. Consecuencias de un embarazo en la adolescencia

Las consecuencias que puede sufrir una madre adolescente son: Trastornos psicológicos, sentimientos de culpa, deserción escolar y laboral, anemias,

alteraciones en cuanto a peso, sueño, comportamiento, el crecimiento uterino inferior a lo normal, aborto espontáneo.

En los niños en cambio existe un elevado índice de niños nacidos prematuramente, así como de mortalidad y muchas de las veces, el consabido abandono del padre del niño/a. Por lo tanto, desde la perspectiva médica, embarazarse durante la adolescencia trae serias consecuencias. Más aún si esto implica, que las adolescentes por el miedo a sus padres o falta de madurez generalmente no avisan y no acuden a recibir la debida atención médica desde el inicio del embarazo y ello eleva aún más el riesgo.

6.6.2. Embarazo de riesgo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que las adolescentes constituyen un grupo muy vulnerable a las consecuencias de su actividad sexual (por ejemplo, los embarazos de adolescentes siempre se catalogan de alto riesgo) y con índices más altos de mortalidad materno-infantil (es decir, tanto para la madre como para el niño). Para prevenir estos problemas es necesario un diálogo abierto con los jóvenes. Así, los adolescentes que comienzan a reflexionar acerca del tema de la relación sexual deben tener pleno acceso a conocimientos sobre la abstinencia y los métodos anticonceptivos, con o sin prescripción médica.

Acota que toda orientación relacionada con la anticoncepción durante la adolescencia debe iniciarse con la afirmación de que la abstinencia es el único método de control de la natalidad absolutamente eficaz y que, a la vez, es el más aplicado por la mayoría de los adolescentes del mundo. Esto ha de quedar muy claro, porque los adolescentes tienen la impresión de que este grupo que no es sexualmente activo en la práctica del coito es mucho menor, cuando en realidad es "una mayoría silenciosa".

6.6.3. Desarrollo evolutivo en el niño de los 0-2 seis meses de edad

El desarrollo evolutivo del niño entre 0 a dos años seis meses de edad está en función de dos factores: la maduración y el ejercicio funcional.

En el estado fetal, el desarrollo está determinado genéticamente, tiempo de nueve meses y en el cual el ambiente externo no incide mayormente. En cambio, luego de que el niño nace, los estímulos que recibe el niño/a del entorno son los que le permiten madurar progresivamente.

6.6.4. Desarrollo Biológico

En las primeras cuatro semanas de vida del niño o niña vida corresponde al período neonatal. El niño tiene características definidas: cabeza grande, ojos grandes adormilados, nariz pequeña y mentón hendido y mejillas gordas.

Según el percentil talla/peso, la cabeza del neonato es un cuarto de la longitud del cuerpo y puede ser larga y deformada debido al amoldamiento que ha facilitado su paso a través de la pelvis de su madre. Este amoldamiento temporal es posible debido a que los huesos del cráneo del niño no se han fusionado aún; lo cual sucederá hasta los 18 meses, pero los cubre una membrana fuerte. En lo que respecta a la nariz del niño luce aplastada por unos pocos días, y en sus mejillas se denota cierto estado de arrugamiento, que posteriormente se va formando en la medida en que el niño o niña van creciendo.

6.6.5. Factor de comunicación familiar

Está comprobado que una buena comunicación familiar puede ser un buen factor de predicción de una conducta sexual responsable en la hija adolescente. Más aún si esta permite que se hable y se haga conocer a los métodos anticonceptivos que no necesitan prescripción médica y que le pueden ayudar a prevenir a los adolescentes evitar un embarazo no deseado, como: el coito interrumpido (más conocido por las palabras latinas coitus interruptus), las técnicas naturales de

planificación familiar (método de Billings, ritmo, método del calendario), el preservativo, los espermicidas vaginales (espumas, gelatinas, cremas) y la esponja anticonceptiva. Se puede hablar de métodos que requieren prescripción médica, como: el diafragma, el dispositivo intrauterino (DIU), la supresión hormonal de la ovulación (la popular píldora anticonceptiva), las hormonas de depósito prolongado.

6.6.6. Indicador socio - económico

La maternidad adolescente tiene una estrecha relación con el medio:

- En primer lugar porque se da en familias más pobres y es uno de los factores que tiende a profundizar el círculo de pobreza y la falta de oportunidades.
- En segundo lugar porque se relaciona con mayor riesgo de mortalidad y morbilidad materno infantil, y,
- En tercer lugar porque se vincula con la deserción escolar de las adolescentes.

Esto implica que en determinadas sociedades la adolescente embarazada no pueda acceder a servicios de educación y salud, falta de información, falta de empoderamiento de las adolescentes, y lo que es más grave se enfrente a situaciones de violencia sexual. Colocando a las madres adolescentes en una perspectiva de exclusión a lo largo de su vida y ello es un grave problema social.

Desde el año 2007 los Ministerios de Salud del Área Andina constituyeron el Comité Andino de Prevención de Embarazo Adolescente; a la vez se construyó el Plan Andino y el Plan Nacional que posibilita un trabajo integral e intersectorial en cuatro líneas estratégicas:

- a. Fortalecimiento de una línea de base, investigaciones y sistema de monitoreo y evaluación.
- b. Fortalecimiento de servicios de atención para adolescentes en salud y educación.
- c. Participación juvenil y de adolescentes.
- d. Abogacía y alianzas.

Por lo tanto, se establece la necesidad de que esta propuesta este delineada en función de una trabajo a nivel personal con los y las adolescentes con enfoques de derechos, de género y sensibilidad cultural para promover la toma decisiones seguras frente a su sexualidad en base a prevención de enfermedades infecto contagiosas, infecciones de transmisión sexual, VIH SIDA, embarazos y violencia sexual.

6.7. Desarrollo de la Propuesta

La propuesta técnica está basada en la implementación de talleres de trabajo con las u los adolescentes, en orientaciones educativas y de responsabilidad que se derivan de la normativa que está establecida en caso de enfrentar este tipo de situaciones.

6.7.1. Metodología

En el proceso de capacitación de las adolescentes embarazadas o madres es importante aplicar la siguiente metodología adaptada de González NI López Fuentes A, Valdez Medina JL. (2009):

- “Escuchar a los jóvenes, en cuanto a su problemática e ideas.
- Promover la participación y liderazgo en la solución de sus problemas planteados.
- Ofrecerles oportunidades consensuadas o compromisos adquiridos de aprendizajes y adquisición de habilidades.
- Fortalecer su autoestima en función a potencializar el: auto-respeto, auto-aceptación, autoevaluación, auto-concepto, autoconocimiento.
- Estimular el éxito escolar, interés escolar.
- Promover una estructura y dinámica familiar sin violencia y con adecuada comunicación.
- Promoción del auto cuidado de la salud sexual y reproductiva.

- Estimular el sentido de pertenencia a la familia, el grupo de pares y la sociedad.
- Ofrecer posibilidades de visualizar y elaborar proyectos de vida.
- Estimular el desarrollo de las capacidades de escucha y comunicación verbal y no verbal.
- Fortalecer la capacidad de controlar las emociones.
- Reforzar los conceptos de protección familiar y procreación responsable.
- Fomentar la habilidad de reconocer esfuerzos y logros.
- Desarrollar la capacidad de comunicación afectiva con los adolescentes.
- Favorecer la presencia de, al menos, un adulto significativo para el adolescente”.

TALLER N° 1

Tema: Fortalecimiento personal y de autoestima.

Objetivos:

- Fortalecer el aspecto personal y desarrollo de su autoestima.
- Capacitar en procesos de toma de decisiones.

Actividades:

- Divulgación y promoción de derechos de las adolescentes embarazadas con la pareja, familia y comunidades vecinales
- Programas de radio y tv local
- Capacitación y Orientación psicológica para el fortalecimiento del desarrollo personal (talleres, charlas, encuentros...)
- Talleres para esposos, compañeros y familiares sobre Maternidad y Paternidad responsable
- Capacitación técnica laboral en distintos ámbitos (repostería, panadería, costura, belleza, computación, artesanías para regalos...)

Población beneficiaria: Mujeres jóvenes y adolescentes de 10 a 19 años.

Duración del proyecto: 6 meses.

Logros:

- Encuentros y reuniones con 18 adolescentes embarazadas de la parroquia Sucre.
- Taller sobre salud, embarazo, nutrición y cuidado de los niños entre 0 a dos años seis meses.
- Terapia psicológica para adolescentes madres y/o embarazadas.
- Visitas domiciliarias.
- Taller sobre derechos y deberes, violencia familiar, asistencia y reconocimiento de hijos.
- Rol de los medios de comunicación en la educación de la sexualidad.
- Utilización de la Unidad de Salud en el estado prenatal y postnatal de la madre adolescente.
- Acompañamiento e incorporación de adolescentes a la vida escolar.
- Capacitación en repostería, manicura, panadería, cartonaje...
- Orientación vocacional y laboral

TALLER N° 2

Tema: Fortalecimiento del factor psicológico.

Objetivo:

- Reflexionar acerca de los cambios psicológicos de los adolescentes.

Actividad Educativa: Grupal.

Tiempo: 1 hora.

Participan: Familiares y madres adolescentes.

Inicio: Motivación: ¿Cómo nos comunicamos con nuestros hijos/as adolescentes?

Desarrollo:

- Aplicación de la técnica: “Narrar anécdotas de la adolescencia”, con el fin de crear y estimular la confianza mutua.
- Formar grupos de 5 personas cada uno en la que hablarán entre sí de una experiencia con contenido sexual, ocurrida en la adolescencia.
- Cada grupo selecciona la más importante y lo socializa.

- Durante la actividad se va explicando las características de esta etapa.

Evaluación:

Las adolescentes participantes socializan y se integran a un escenario que les permite exteriorizar sus problemas, analizarlos y sacar conclusiones positivas para enfrentar de forma más decidida el futuro.

TALLER N° 3

Tema: Elementos para una buena comunicación con su hijo adolescente.

Objetivo:

- Estimular la capacidad de comunicación afectiva entre padres e hijos que favorezcan una actitud de colaboración.

Tipo de Actividad Educativa: Grupal.

Tiempo: 2 horas

Materiales Utilizados: Papel, franelógrafo.

Participan: Familiares y madres adolescentes.

Desarrollo:

- Implementación de dinámica participativa: “Hablando claro”.
- Se reparten al azar dos tarjetas para que las adolescentes escriban expresiones negativas y positivas de los padres hacia ellas, las que irán colocando en el franelógrafo, según su opinión.
- Cada tarjeta estará inducida a crear un escenario en donde las y los adolescentes se expresen con sentido de compromiso de dejar en el pasado y comprometerse con el futuro.
- Analizar los compromisos, motivando la reflexión de los participantes y concluir con expresiones de: “Yo sí puedo”. “No, simplemente no”. “Podrás estar conmigo cuando más te necesite.” “Debo ser confiada.” “Te entiendo yo también fui joven”. “Sigue adelante aquí estamos tus padres para ayudarte”

TALLER N° 4

Tema: Para obtener una mayor autoconfianza.

Objetivo:

- Estimular la autoconfianza de las adolescentes.

Tipo de Actividad Educativa: Grupal.

Tiempo: 30 minutos.

Introducción:

Motivación a través de dinámica grupal: “Navegar sin control ”. Consiste en dejarse llevar por otra persona, cubierto los ojos por un camino lleno de obstáculos.

Desarrollo:

- Aplicación de técnica participativa: “Soy mariner”

Procedimiento:

- Se le entregan a cada participante una tarjeta con un número para que exprese con una frase la forma en que son manipulados por otras personas, y se echan en una caja.
- Se confeccionan tarjetas con acciones que deben realizar los adolescentes y se les reparte a cada uno de ellos.
- Seguidamente los participantes son seleccionados al azar y sacan de una caja una tarjeta que contiene además del número de participante que debe expresar como es manipulado por otras personas y determinadas instrucciones que debe cumplir.
- Quien tiene la tarjeta correspondiente cumple las órdenes o es sancionado con una penitencia.

Frases:

- Usted es y debe ser el juez de su conducta, salte tres veces.
- No está obligado a pedir disculpas, ofrecer excusas o dar razones explicativas de sus actos a no ser que ello haya sido acordado antes con usted. Sople un globo.
- No está obligado a encontrarle soluciones a los problemas de otros. Duérmase tranquilo.

- Tiene derecho a cambiar de opinión cuantas veces desee, siempre y cuando sea posible. Cante con señas.
- Posee el derecho a decir “No sé” cuando se le pregunta algo, aunque sepa la respuesta precisa. “Diga cierto” pero gritado y dando la mano a todos los participantes.
- Está en el derecho de equivocarse y de hacerse responsable de las consecuencias de dicha equivocación. “Diga una mentira piadosa.”
- Puede opinar diferente a la mayoría de las personas y mantener su opinión el tiempo que usted decida hacerlo. “Diga a todos los presente que está de acuerdo con todo lo que se diga”
- Tiene derecho a tomar una decisión que no sea la mejor a los ojos de los demás, sin afectar otros intereses que no sean los propios. “Pregunte a la persona de su derecha que debe hacer en caso de haberse embarazado”
- Puede decir “No comprendo” y “No me importa” cuando lo estime prudente. “Dígale a la persona de su izquierda que le entiende y que no se preocupe.”

TALLER N° 5

Tema: Enfrentando problemas y sustrayendo soluciones.

Objetivo:

- Reforzar la capacidad de puntualizar problemas optando por la mejor solución.

Tipo de Actividad Educativa: Grupal.

Tiempo: 2horas

Participan: Adolescentes y madres adolescentes.

Introducción:

- Dinámica: “Respiración desestresante”.

Desarrollo:

- Aplicación de la técnica participativa: “Te tengo una sorpresa”.
- Seguidamente, cada participante escribirá una carta con un deseo para sí mismo, teniendo que guiarse por aspectos del modelo de Grotberg que

caracteriza a un resiliente, diciendo: “yo tengo”, “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”.

Primera fuente: **“Yo tengo”**. Tiene que responder algunos de estos aspectos: (en caso de ser resiliente)

- Relaciones confiables.
- Acceso a la salud, educación, servicios sociales, etc.
- Soporte emocional fuera de la familia.
- Un hogar estructurado y con reglas.
- Padres que fomentan la autonomía.
- Ambiente escolar estable.
- Ambiente familiar estable.
- Modelos a seguir.
- Organizaciones religiosas o morales a mi disposición.
- Personas que me van a ayudar ante cualquier circunstancia.

Segunda fuente: **“Yo soy”**. Tiene que responder:

- Alguien a quien los otros aprecian y quieren.
- Alguien al que le gusta ayudar y demostrar afecto.
- Respetuoso.
- Buen temperamento.
- Orientado al logro.
- Buena autoestima.
- Esperanza y fe en el futuro.
- Creyente en Dios o en principios morales.
- Empatía.

Tercera fuente: **“Yo puedo”**. Tiene que argumentar en las siguientes características:

- Ser creativo.
- Ser persistente.
- Tener buen humor.
- Comunicarme adecuadamente.
- Resolver problemas de manera efectiva.
- Controlar mis impulsos.

- Buscar relaciones confiables.
- Hablar cuando sea apropiado.
- Encontrar a alguien que me ayude.

Cuarta fuente: **“Yo estoy”**. Tiene que responder sobre las siguientes características:

- Dispuesto a responsabilizarme por mis actos.
- Seguro de que todo va a salir bien.
- Triste, lo reconozco, lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- Rodeado de compañeros que me aprecian.

Se solicitan voluntarios para leer las cartas y se someterá a discusión. A continuación se les propone a los participantes que le escriban una carta a la compañera de la derecha donde manifiesten su admiración y respeto por ella, teniendo en cuenta lo expresado en la anterior carta.

TALLER N° 6

Tema: Formas de cuidado prenatal y postnatal de sus hijos.

Objetivos:

- Fomentar la destreza para entregar cuidados adecuados para el pleno desarrollo de los hijos de madres adolescentes.

Tipo de Actividad Educativa: Grupal.

Tiempo: 1 hora

Participan: Madres adolescentes.

Desarrollo:

- Dinámica: “Intercambio de roles: madre hijo”
- Se forman dos grupos, a uno de ellos se le asigna el rol de madres y al segundo grupo de hijos.
- El grupo de hijos asumen el rol de hijos enfermos y con hambre.
- El otro grupo cumplen el rol de madres preocupadas.

- Se realiza la dramatización durante un tiempo de 10 minutos, en los cuales los hijos debe tratar de sacar de quicio a las madres y las madres a su vez de tranquilizar a sus respectivos hijos.
- Luego se intercambian los roles.
- Se realiza una plenaria a través de la técnica de lluvia de ideas.
- Se extraen conclusiones y recomendaciones consensuadas y experienciales.

Evaluación:

Las madres adolescentes establecen relaciones de comportamiento y actitudes positivas que les ayuda a fortalecer su situación y mejorar en el aspecto psicológico y emocional.

TALLER N° 7

Tema: Alimentación balanceada del niño entre cero a dos años seis meses de edad.

Objetivo:

- Desarrollar técnicas de amamantamiento y alimentación balanceada para el buen desarrollo de los niños entre cero y dos años seis meses de edad.

Tipo de Actividad Educativa: Grupal.

Tiempo: 1 hora

Participan: Madres adolescentes.

Desarrollo:

- Dinámica: “Cuidando una mascota”
- Se forman grupos, los cuales deben realizar ponencias de alimentación adecuada para los niños de cero a dos años seis meses de edad.
- Se realiza un taller en el cual las madres deben exponer las ponencias y elaborar el alimento que consideren por consenso más adecuado y balanceado para el niño.
- Práctica sobre cómo se deben preparar alimentos nutritivos y balanceados para una sana alimentación del niño.
- Crear un recetario de alimentación complementaria de acuerdo a la edad del niño, con la utilización de alimentos que reemplacen a la leche materna.

Evaluación:

Las madres adolescentes desarrollaron la destreza necesaria para alimentar de forma adecuada a su hijo e introducirlo de una forma efectiva en la alimentación complementaria con productos sanos y de alto nivel nutritivo.

TALLER N° 8

Tema: Integración de la madre adolescente a la comunidad.

Objetivo:

- A través de una atención individualizada, del desarrollo de confianza y empatía lograr que el niño, niña y adolescente se integre a la comunidad en dónde hallan protección, respeto, son escuchados y queridos.

Tipo de Actividad Educativa: Grupal.

Tiempo: 2 días

Desarrollo:

- Realizar un diagnóstico integral que permita conocer la situación de la madre adolescente para elaboración e implementación de un adecuado plan de vida.
- Recibir y acoger a la madre adolescente de nuevo ingreso y reingreso de una manera cálida, efectiva, y ágil que permita que se sienta desde un primer momento en confianza, a gusto e importante.
- Detectar y satisfacer las necesidades básicas de la madre adolescente, aun y cuando no lo logre verbalizar.
- Organizar una entrevista inicial por área de psicología a través de pláticas informales basadas en la empatía, el respeto absoluto y el amor incondicional, pero sobre todo en la integración y juego.
- Lograr que la información que de la madre adolescente este basada en el respeto, la tolerancia sin recurrir a cuestionamientos y preguntas constantes, sino más bien al desarrollo de la confianza y empatía.
- Asignar a la madre adolescente un educador/a quien representará la figura de acogimiento, consejería, apoyo y acompañamiento constante a través de su proceso.

- Brindar a la madre adolescente consejería espiritual a fin de estimular en ella las ganas de vivir, la necesidad de cambiar su estilo de vida y de comprometerse con su proceso.
- Determinar a través del juego la integración familiar de la madre adolescente con el objetivo de restablecer el vínculo perdido.

Evaluación

Madres adolescentes que se integran a la comunidad y han cambiado de actitud frente a su situación y la vida.

TALLER N° 9

Tema: Nivel de reconocimiento

Objetivo:

- Lograr que la madre adolescente identifique y reconozca sus fortalezas y capacidades, enriqueciendo su proceso educativo, generando cambios en su estilo de vida.

Tipo de Actividad Educativa: Grupal.

Tiempo: 2 horas

Participan: Madres adolescentes.

Desarrollo:

- Elaboración monitoreo y evaluación periódica del plan de vida de la madre adolescente.
- Efectuar talleres, consejerías, actividades terapéuticas y terapias grupales e individuales, enfocadas a la prevención de la violencia intrafamiliar.
- Aplicación de perfil que permita un registro sobre los factores de riesgo y protección del niño, niña y la madre adolescente.
- Implementación y desarrollo del cuadernillo terapéutico que permita a la madre adolescente un inventario constante sobre su proceso de rehabilitación.
- Orientar y enseñar a la madre adolescente técnicas que le permitan afrontar las crisis relacionadas con la crisis de del embarazo.
- Acompañamiento y evaluación constante del proceso de mejora de la madre adolescente.

- Orientación para la utilización adecuada del tiempo libre.
- Acompañamiento y evaluación médica periódica de la madre adolescente.

Evaluación:

Madres adolescente equilibradas y con actitudes positivas hacia su maternidad.

TALLER N° 10

Tema: Nivel de reconocimiento

Objetivo:

- Lograr que la madre adolescente conozca los errores que no debe cometer en el cuidado de su hijo.

Tipo de Actividad Educativa: Grupal.

Tiempo: 120 minutos

Participan: Madres adolescentes.

Desarrollo:

Las mamás adolescentes o primerizas deben analizar y establecer conclusiones para no cometer errores por falta de información o por exceso de celo:

1.- Esterilizar todo hasta que el niño cumple un año: A través de una adecuada higiene el niño evita las infecciones.

2.- Abrigarle demasiado: Se debe tener cuidado para que el niño se desarrolle en un adecuado ambiente y con una temperatura ambiental entre: los 20° y 22°, y que utilice con un body, que le cubra los pies.

3.- Mantener toda la casa en silencio cuando duerme de día: Así la mamá también aprovecha ese rato para dormir. Por eso se debe adaptar al niño para que pueda percibir la luz del sol y habituarse a los ruidos cotidianos de la casa durante las siestas para saber cuándo es de día.

4.- Bañarle todos los días: Los pediatras aseguran que con bañar a los hijos dos o tres veces a la semana es suficiente. Si después de cada cambio de pañal limpiamos bien las nalgas del niño con una esponja y le lavamos las manitas no es necesario usar la bañera a diario, y menos usar jabón salvo que al pequeño le relaje el contacto con el agua calentita para dormir.

5.- Meterlo en nuestra cama cuando no quiere dormir en la cuna: No es recomendable, ya que se corre el riesgo de quedarse dormida con el niño debajo del cuerpo y aplastarlo o asfixiarlo.

6.- No dejar que nadie le toque o le coja: Es de sentido común saber que si alguien está enfermo, debemos evitar contagios.

7.- Cambiarle de pecho antes de que termine: Para establecer una lactancia adecuada debe mamar y vaciar ambos pechos.

8.- Raparle la cabeza para que le crezca el pelo más fuerte: Los dermatólogos no recomiendan hacerlo, porque es posible que el niño pierda calor corporal por la cabecita.

9.- Hacer caso solo de la abuela: No es del todo conveniente hacer solo caso a los consejos de la abuela y dejar de lado la visita médica con el pediatra.

10.- Hacerse la fuerte: La madre no debe realizar esfuerzos innecesarios como: realizar esfuerzos, cargar cargas excesivas, etc.

Evaluación:

Las madres tienen cuidado y cumplen diligentemente con los consejos dados y analizados para no cometer errores.

TALLER N° 11

Tema: Nivel de reconocimiento

Objetivo:

- Lograr que la madre adolescente desarrolle los conocimientos básicos para el cuidado del recién nacido.

Tipo de Actividad Educativa: Grupal.

Tiempo: 120 minutos

Participan: Madres adolescentes.

Desarrollo:

- Análisis sobre la importancia y beneficios de la lactancia materna al recién nacido.

- Establecer la composición de la leche materna como factor nutritivo: calostro, leche madura, ventajas para el niño, para la mujer, para la familia, y ventajas económicas.
- Analizar los aspectos importantes que se deben observar durante la lactancia materna: posturas para lactar, como poner al niño en el pecho, errores que no se deben cometer durante la lactancia, higiene.
- Establecer la necesidad de una adecuación del ambiente interno en donde crece el niño.
- Analizar la importancia del afecto como fundamento para lograr un adecuado crecimiento y desarrollo emocional del niño.
- Establecer la importancia del sueño y su racionalización en el niño.

Evaluación:

Las madres adolescentes y adolescentes participan activamente en los programas dirigidos para el mejoramiento de la calidad de vida de la madre y el recién nacido.

6.8. Modelo Operativo de la Propuesta

Tabla 31: Modelo Operativo de la Propuesta

Fases	Etapa	Meta	Actividades	Tiempo	Presupuesto	Responsable
Fase 1: Introdutoria	Elaboración y de selección metodología y actividades	Lograr un ambiente adecuado para la socialización de la Propuesta al 90% de las asistentes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Saludo de bienvenida. ▪ Motivación: Dinámica para conformación de grupos de trabajo. 	15 min.	\$30,00	La Autora
Fase 2: Planificación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recolección de la información científica. 	Socializar la actividad al 100% de las asistentes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis del tema 	1 día	\$40,00	La Autora
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunir a las madres adolescentes. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organización con el personal de la Unidad de Salud para realizar la reunión con las madres adolescentes. 	1 día	\$40,00	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar el lugar para la reunión de las madres adolescentes. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer la importancia de la lactancia materna y sus beneficios. 	45 min	\$90,00	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de talleres dirigidos a las madres 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer la importancia de una adecuada nutrición de los 	120 min	\$90,00	

	adolescentes.		niños e importancia de la higiene en la preparación y consumo de alimentos.			
Fase 3: Ejecución	Realización de los talleres.	Lograr en un 80 % que las adolescentes y las madres adolescentes sean responsables con las decisiones que asumen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar los talleres cada 2 semanas para sensibilizar, concienciar y capacitar a las madres adolescentes sobre la importancia de la nutrición en los niños y la relación que existe con su crecimiento y desarrollo. 	60 min.	\$90,00	La Autora
Fase 4: Evaluación	Evaluar el aprendizaje.	Lograr en el 90 % de las adolescentes asistentes una nueva actitud basada en valores que direccionen su vida.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación después de la aplicación de cada taller para reforzar las inquietudes con preguntas abiertas. 	45 min.	\$20,00	La Autora

6.9. Administración de la Propuesta

La presente propuesta será administrada por la investigadora con el apoyo técnico, de la Líder de Enfermería y el personal Médico de la Unidad de Salud de la parroquia Sucre.

6.10. Recursos

6.10.1. Humanos

- Investigadora
- Personal profesional de enfermería.
- Personal Auxiliar.

6.10.2. Materiales

- Aula taller para capacitación.
- Recursos informáticos.

6.11. Presupuesto

DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL
Materiales de escritorio	\$100,00
Material bibliográfico	\$150,00
Copias.	\$50,00
Transcripciones	\$80,00
Boletines	\$40,00
TOTAL	\$420,00

Tabla 32:

Fuente: La Autora

6.12. Plan Operativo

FECHA	TEMA	TIEMPO	RESPONSABLE
2012/10/08	Elaboración y diseño de la propuesta	14H00-16H00	Investigadora
2012/10/10	Identificar las causas y consecuencias que generan la situación problema de embarazo en adolescentes	14H00-16H00	Investigadora
2012/10/12	Implementar talleres de cambio de actitud y comportamiento en las adolescentes y madres adolescentes	14H00-16H00	Investigadora
2012/10/15	Análisis de la realidad social, económica y cultural del sector incidente.	14H00-16H00	Investigadora

Tabla 33

Fuente: La Autora

6.13. Impacto

La aplicación de la Propuesta en la Unidad de Salud de la parroquia Sucre permitirá reducir la incidencia de adolescentes embarazadas y propenderá a que los y las adolescentes asuman compromisos que conlleven metas de estudio y preparación profesional, a través de desarrollarse y madurar planamente y en sujeción a factores de sana convivencia.

6.14. Evaluación

La evaluación de la Propuesta está en relación a los logros obtenidos en las adolescentes y madres adolescentes a través del cambio de actitud, su inserción a la vida normal comunitaria, seguimiento escolar, cuidado y preservación física y mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIBLIOGRAFÍA

- ARAMAYA M Wilmer, Embarazo y Adolescencia I, ed. Ediciones Gamma. S.A.
- ARISMENDI J Jannet, Nutrición infantil tomo I Comer bien y sano, ed. Gamma. S.A. Bogotá Colombia.2009.
- ARREGUI, Kléver, “MANUAL DE PEDIATRÍA”, Primera Edición, Editorial Universitaria, Guaranda – Ecuador, págs. 456-480
- BELTRÁN LUZ, Embarazo en Adolescencia II ed. Madrid España 2009
- CASTELÓ y otros; Factores de riesgo y consecuencias sociales del embarazo en adolescentes, en Pediatría Baca Ortiz. Vol. 1, 2009, Quito-Ecuador págs. 289-298.
- CASTELLANOS, B, (2007) Educación de la sexualidad en países de América Latina y el Caribe. Editorial Quito, México.
- CEPAR, (2006), Situación de los / las adolescentes y jóvenes del Ecuador, Quito.
- CHANG Caroline, Constitución de la República del Ecuador. Art. 275. Pág. 212
- CRUZ, Manuel, “TRATADO DE PEDIATRÍA” Volumen I, Última Edición, Editorial OCEÁNO, Barcelona – España, 2007. págs.585-599.
- DARZE Edwin, la adolescencia y su salud reproductiva: desempeño obstétrico de primigestas de edad igual y menor a 16 años. Edit. Ginecología Obstétrica 2008.
- FREYRE Ernesto, Desarrollo psicosocial del adolescente 2009.
- GABRAL Alberto, Adolescencia, Bogotá- Colombia.2007- pág. 251 -253.
- GARCÍA Tomás, Control y pruebas de detección del desarrollo en lactantes y niños pequeño. Edit. Pediatrics 2007. Pág.41 – 45.
- GÓMEZ Duque, Características personales y educación sexual. Madrid España. pág. 212.

- ISSLER Juan R. (2007): “El embarazo en la adolescente”. Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina N° 107. Pág.: 11-23
- IZQUIERDO, C, (2003).El mundo de los Adolescentes; Editorial Trillas; México.
- LUCAS Abad, María Luisa (2008) ¿Cómo cambiará su cuerpo con la pubertad? Pediatra. Centro de Salud de Jávea. Alicante. Pág. 3
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Alimentación del niño y niña preescolar de 2 a 5 años, Dirección nacional de nutrición. PANN (2000)
- NARANJO Jorge, (2008) Factores de Riesgo sicosocial para el hijo de la madre adolescente, Quito
- PÉREZ, Crisólogo, SALEM, María Isabel, (2010) Embarazo en Adolescentes Saberes Significados y Consecuencias, Capítulos 3, 4, 5, 6, Biblioteca Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador, Quito.
- PÉREZ Hernández Faustino (2008) Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Facultad de Ciencias Médicas. Gaceta
- POVEDA Juan, Enciclopedia Océano 2010. Pág. 2643, Edición 2011
- WELTI C. (2005) Inicio de la vida sexual y reproductiva. Papeles de población. Pág. 285-294.

2. LINKOGRAFÍA

- CEPAL Desnutrición infantil en América latina y el caribe. 2, Accedido el 37 de diciembre del 2012. Disponible en. [http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/8/23948/Desafios_Nro2_esp.pdf\(2006\)](http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/8/23948/Desafios_Nro2_esp.pdf(2006))
- CORTEZ, Julio Embarazo en Adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Accedido el 15 de Julio de 2012. Disponible en. http://www.clap.ops-oms.org/web_2005 Organización Panamericana de La Salud (OPS).El Embarazo Adolescente. (2007)
- GONZÁLEZ Solanellas, M. et al. Estudio de prevalencia sobre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en población adolescente (2011) *Nutr. Hosp.* 26 (2), 337-344. Accedido el 26 de diciembre del 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200015&lng=pt&nrm=iso
- LEÓN A., Terry B., Quintana I., Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). *Rev Cubana HigEpidemiol* 47: 1 Accedido el 23 de enero del 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032009000100003&script=sci_arttext(2009)
- OMS. The WHO Child Growth Standards. Accedido el 23 de diciembre del 2012. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/en/>(2007)
- OPS-OMS Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington D.C. (2003)

- SÁNCHEZ J., Real J., Malnutrición. Concepto, clasificación, etiopatogenia. Principales síndromes. Valoración clínica Medicine. 8:87., 4669-74. Accedido el 21 de octubre del 2012, Disponible en:<http://www.elsevier.es/es/revistas/medicine-62/malnutricion-concepto-clasificacion-etiotpatogenia-principales-sindromes-valoracion-13039334-actualizaciones-enfermedades-nutricionales-2002>. (2002)

3. CITAS BIBLIOGRÁFICAS: Base de datos de U.T.A

- SCIELO: HERNÁNDEZ Guzmán, Andrés; Payán, Esteban; Monroy-Vilchis, Octavio Rev. biol.trop 59(3): 1285-1294, ILUS, TAB. 2011 Sep.
- SCIELO: MACMILLAN K, Norman Rev. chil. nutr. 32(3): 232-237, ILUS. 2005 Dec.
- SCIELO: RODRÍGUEZ Martín, Amelia; Novalbos Ruiz, José P.; Villagran Pérez, Sergio; Martínez Nieto, José M.; Lechuga Campoy, José L. Rev. Esp. Salud Publica 86(5): 483-494, TAB. 2012 Oct.
- SCIELO: MACIAS M, Adriana Ivette; Gordillo S, Lucero Guadalupe; Camacho R, Esteban Jaime Rev. chil. nutr. 39(3): 40-43, ND. 2012 Sep.
- SCIELO: NAVA B, Mariné Coromoto; Pérez G, Analy; Herrera, Héctor Antonio; Hernández H, Rosa Armenia Rev. chil. nutr. 38(3): 301-312, ILUS, TAB. 2011 Sep.

ANEXOS

Anexo 1

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

Encuesta dirigida a las Madres Adolescentes que se atienden en el Subcentro de Salud de Sucre, del Ministerio de Salud Pública, provincia de Tungurahua, Cantón Patate.

▪ **Datos Informativos.**

Nombre:	
Dirección:	
Edad:	

▪ **Objetivo.**

Recolectar información que nos ayude a desarrollar el trabajo de investigación sobre madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses.

▪ **Cuestionario**

1) **¿Cuál de los siguientes aspectos se ha visto más afectado con su maternidad?**

Físico	<input type="text"/>	Social	<input type="text"/>
Psicológico	<input type="text"/>	Económico	<input type="text"/>

2) **¿Señale su edad al convertirse en madre?**

10-13 años 14-16 años 17 a 19 años

3) **¿Cuántos hijos tiene?**

4) **¿Cuál fue la causa principal para que se convirtiera en Madre?**

Curiosidad.	<input type="text"/>
Falta de Orientación.	<input type="text"/>
Falta de Comunicación Familiar.	<input type="text"/>
Desconocimientos de métodos anticonceptivos.	<input type="text"/>

5) **¿Hasta qué año de educación básica estudió?**

Primaria
Secundaria
Ninguna

6) **¿Recibió educación sexual en sus establecimientos educativos?**

Si No

7) **¿Existe una adecuada comunicación sobre temas relacionados con la sexualidad, en su familia?**

Si No

8) **¿Considera usted que se ha visto afectada su relación familiar debido a su maternidad?**

Si No

9) **¿Cuál es su estado civil actual?**

Casada
Soltera
Unión libre

10) **¿Con quién(es) vive usted actualmente?**

Sola
Padres
Pareja

11) **¿Después del nacimiento de su hijo(a), usted a qué se dedica?**

Trabaja
Estudia
Ama de casa

12) ¿Quién se encarga del cuidado de su hijo(a)?

Usted misma
Su mamá
Un familiar
Guardería

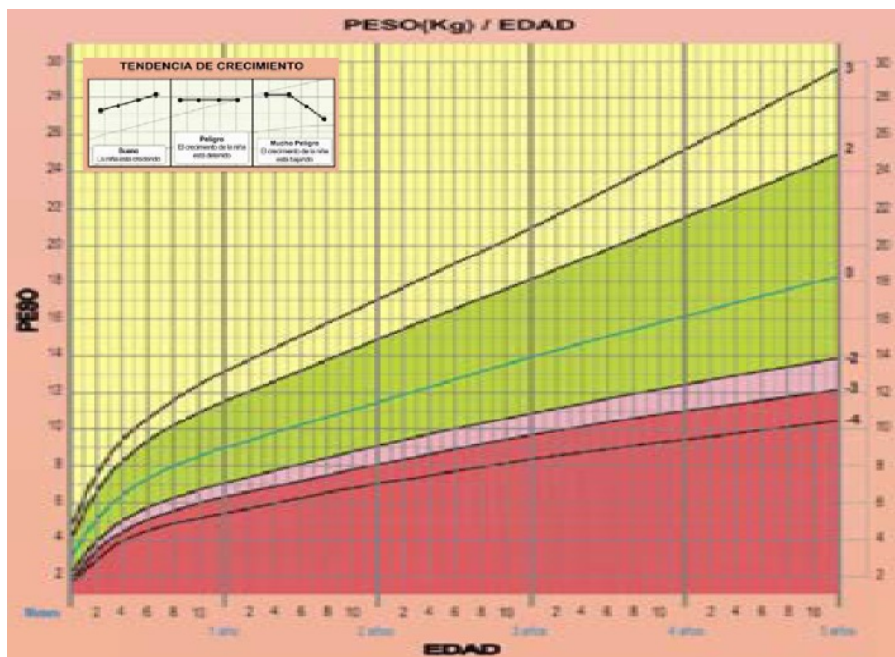
13) ¿Recibió usted capacitación por parte del personal de Salud sobre el cuidado de su hijo(a)?

SI

NO

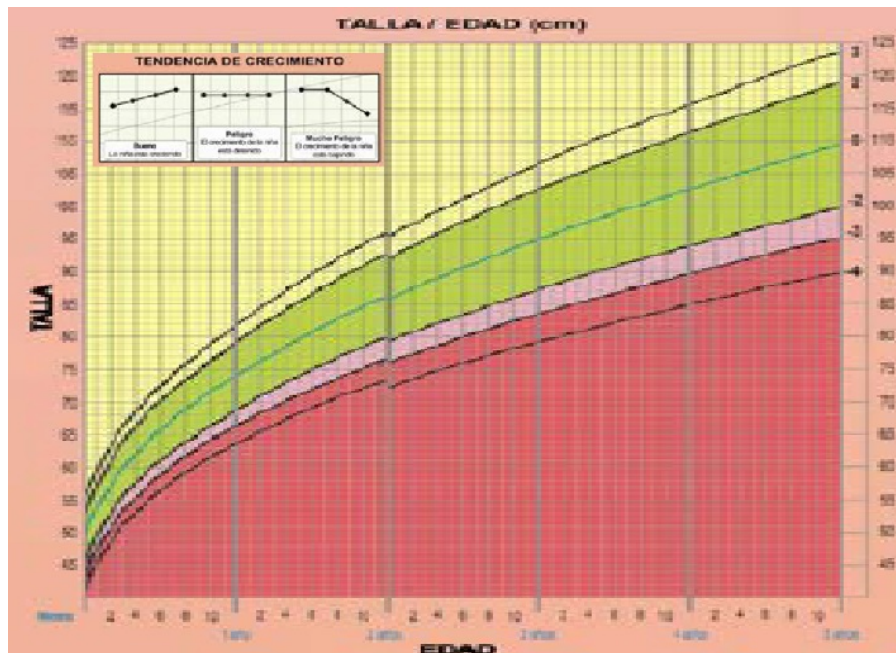
14) ¿De acuerdo al indicador: peso/edad, en qué percentil se encuentra su hijo(a)?

Bajo peso
Normal
Sobre peso



15) ¿De acuerdo al indicador: talla/edad, en qué percentil se encuentra su hijo(a)?

Estatura baja para la edad
Normal
Estatura alta para la edad



16) ¿Al aplicar el test de Denver al hijo de una madre adolescente en que aspectos identifica alteraciones con mayor frecuencia?

Personal – Social	<input type="checkbox"/>	Motor fino adaptativo	<input type="checkbox"/>	El lenguaje	<input type="checkbox"/>
Motor grueso	<input type="checkbox"/>	Todos	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>

17) ¿Cumple usted con el esquema de vacunación establecido para la edad de su hijo(a)?

Si No

18) ¿Con que frecuencia lleva al niño al control médico?

Mensual	<input type="checkbox"/>
Trimestral	<input type="checkbox"/>
Semestral	<input type="checkbox"/>
Anual	<input type="checkbox"/>

19) ¿Qué tipo de alimentación le da a su hijo(a)?

Leche materna	<input type="checkbox"/>
Fórmula (leche en tarro)	<input type="checkbox"/>

20) ¿Hasta qué edad alimentó a su bebe con leche materna?

Hasta los 6 meses
Hasta los 12 meses
Nunca

21) ¿A qué edad inicio la incorporación de alimentos al niño(a)?

A los 4 meses
A los 6 meses
A los 8 meses

22) ¿Alimenta usted a su hijo(a), con los productos entregados por el Gobierno, como son “Mi papilla” y “Mi bebida”?

Si
No
No recibe

23) ¿Señale cuáles de estas enfermedades ha padecido su hijo(a)?

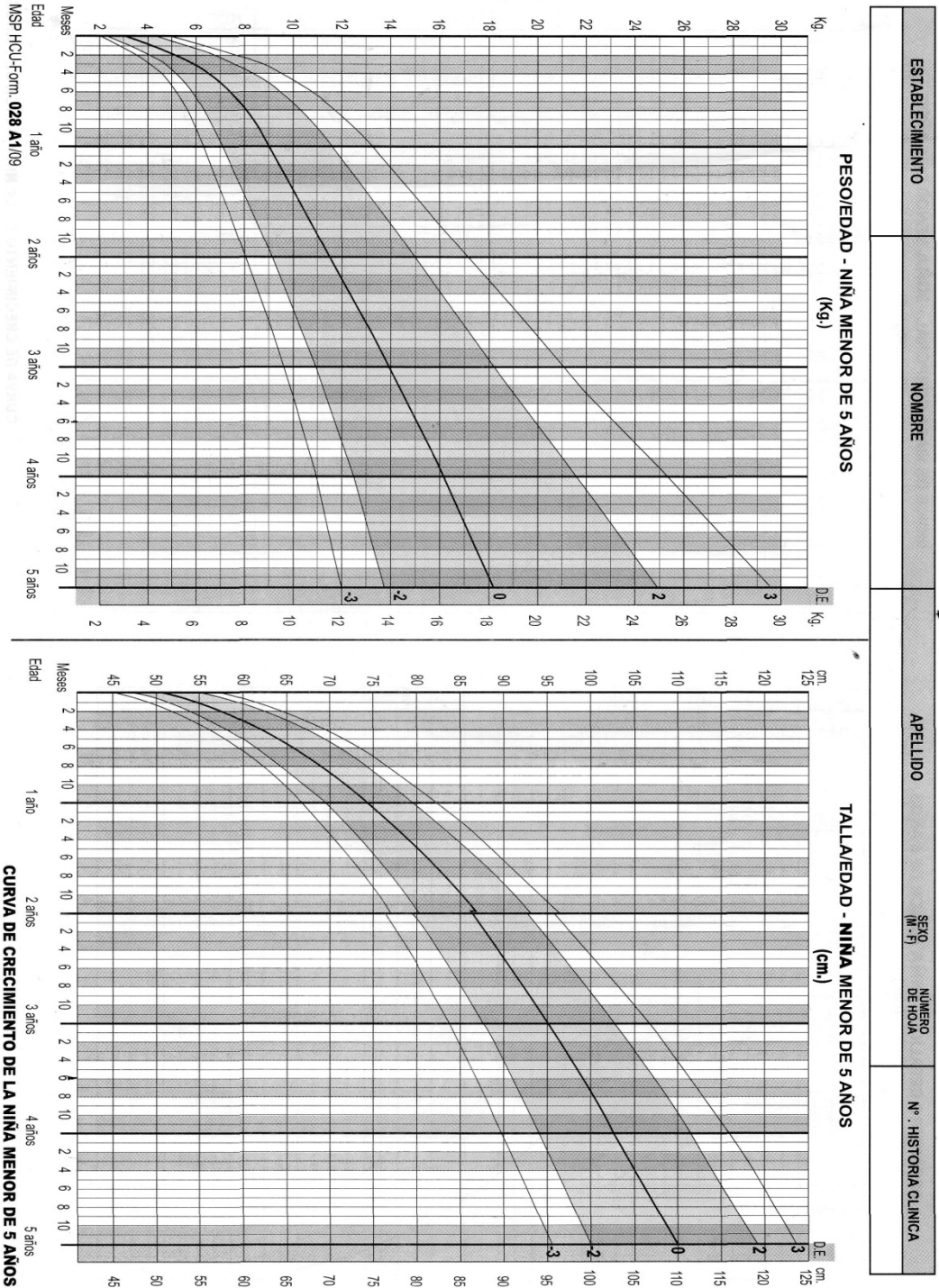
Diarreas
Gripes
Parásitos
Desnutrición

Encuestadora: Mayra Patricia Navas Navas

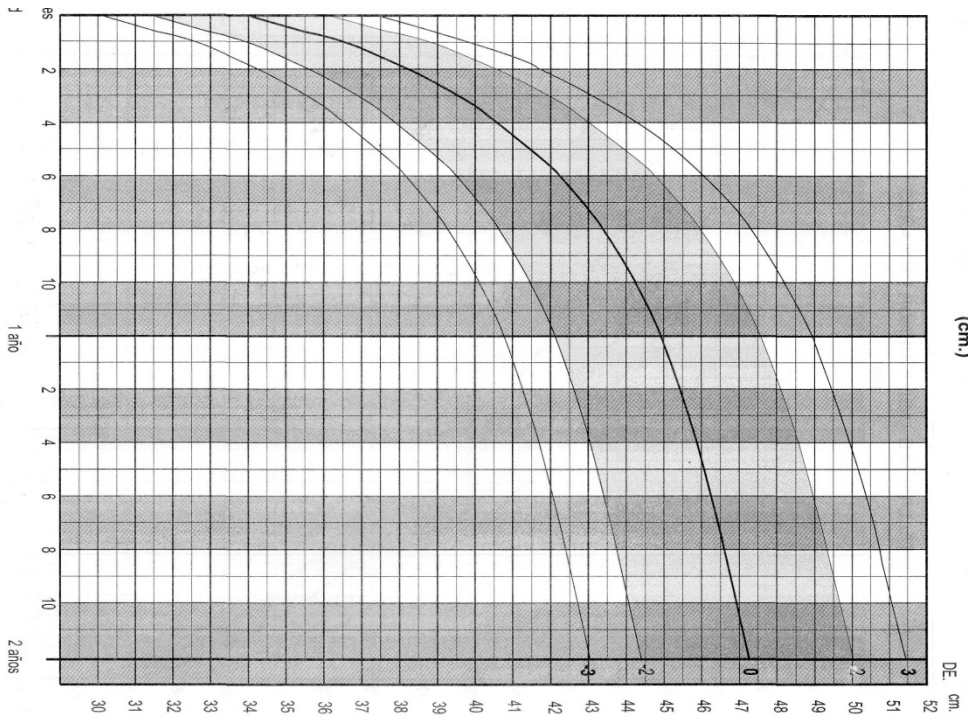
GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN

Anexo 2

CURVAS DE CRECIMIENTO

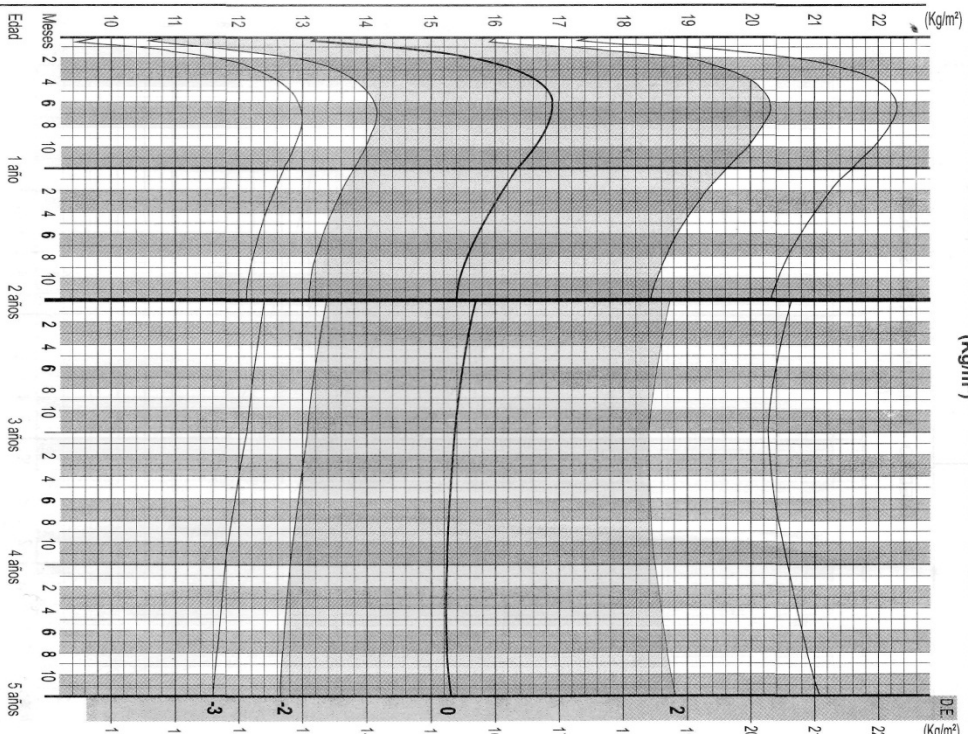


PERIMETRO CEFALICO - NIÑA MENOR DE 5 AÑOS
(cm.)



P.HOU-Form. 028 A1109

INDICE DE MASA CORPORAL - NIÑA MENOR DE 5 AÑOS
(kg/m²)



CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

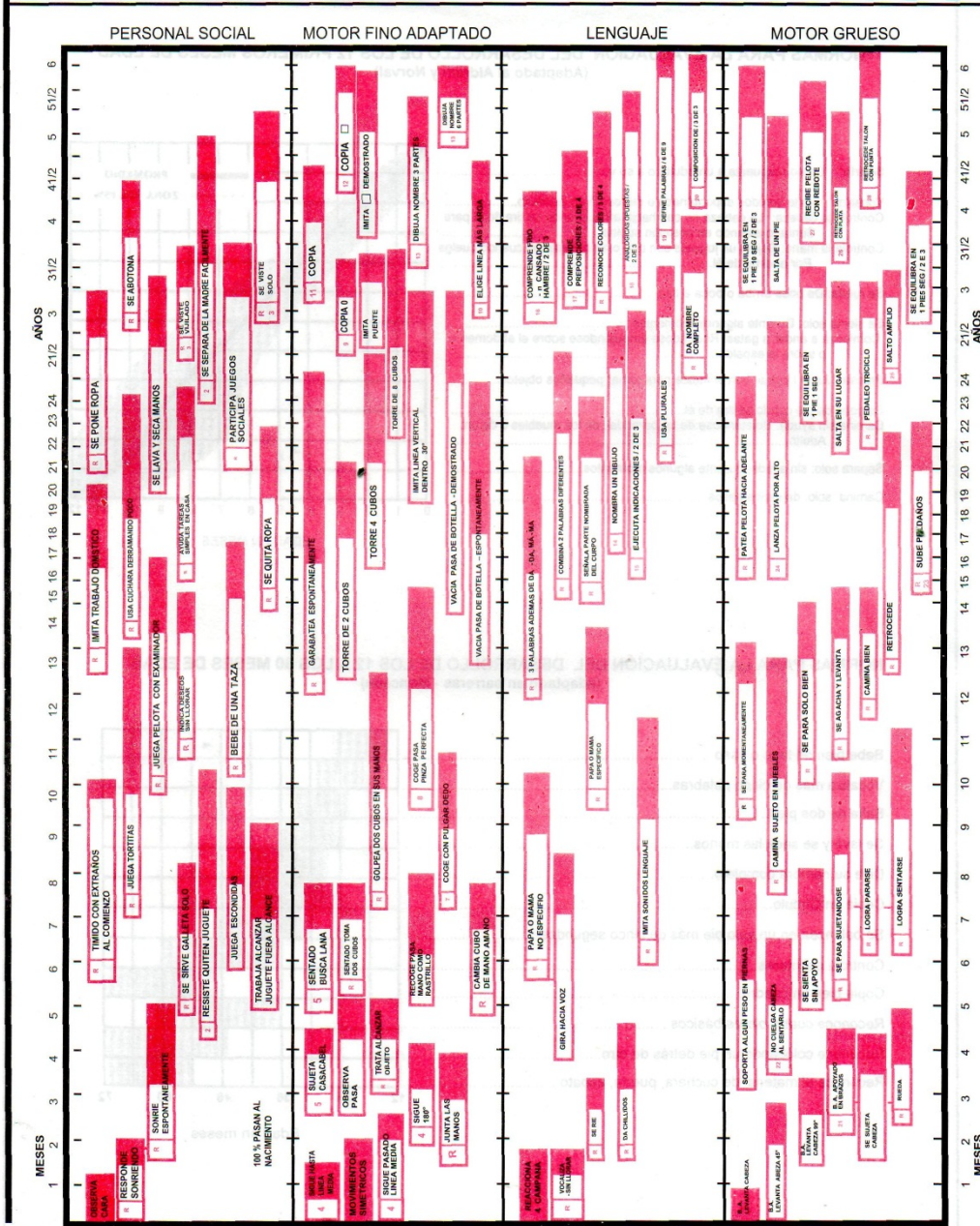
Anexo 3

TEST DE DENVER

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	N°. HISTORIA CLINICA UNICA
------------------	---------	---------	----------------------------

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

EL "DENVER" EXAMEN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

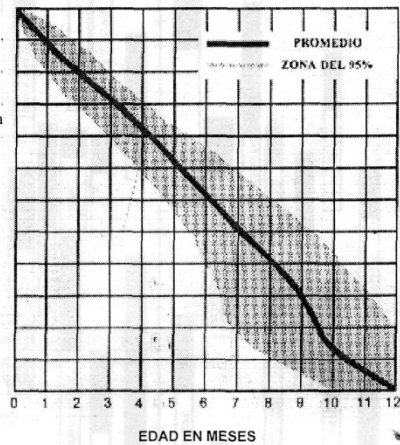




APELLIDOS PATERNO	MATERNOS	NOMBRES	N° HISTORIA CLINICA UNICA
-------------------	----------	---------	---------------------------

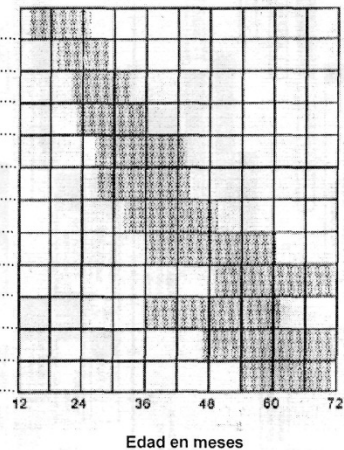
NORMAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LOS 12 PRIMEROS MESES DE EDAD (Adaptado al Aldrich y Norval)

- Sonríe: Como respuesta a un adulto o a su voz
- Vocaliza: Emite sonidos espontáneos o merced a un estímulo.....
- Controla la cabeza: La cabeza no cae hacia atrás cuando se tira de él para Sentarlo estando en posición supina.....
- Controla la mano: Sujeta un juguete con una o ambas manos cuando cuelga Por encima de él.....
- Se rueda: De boca arriba o boca a bajo.....
- Se sienta solo: Durante algunos momentos.....
- Comienza a andar a gatas: Rodándose empujándose sobre el abdomen o sobre la espalda.....
- Prensa: Junta I pulgar con el índice para tomar pequeños objetos.....
- Se pone de pie cundo se tira de él.....
- Camina sin ayuda: Sujetándose de un barandal, de los muebles o de un Adulto.....
- Separa solo: sin ayuda, durante algunos momentos.....
- Camina solo: da varios pasos.....



NORMAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LOS 12 A LOS 60 MESES DE EDAD (adaptado en barreras - Moncada)

- Bebe bien de tasa o vaso
- Vocaliza más de cinco palabras.....
- Salta de dos pies.....
- Se lava y se seca las manos.....
- Dice su nombre completo.....
- Copia un Círculo.....
- Se balancea en un solo pie más de cinco segundos.....
- Controla esfínteres.....
- Copia bien un cuadro.....
- Reconoce cuatro olores básicos.....
- Reconoce colocando un pie detrás de otro.....
- Reconoce el material de cuchara, puerta, zapato.....



Anexo 4

HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

ESTABLECIMIENTO		NOMBRES Y APELLIDOS		SEXO (H/ M)	FECHA DE NACIMIENTO	N° HISTORIA CLÍNICA					
CONSULTA 1		FECHA	EDAD	CONSULTA 2		FECHA	EDAD				
1 SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA				1 SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA							
TEMPERATURA	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	PRESION ARTERIAL	PESO	TEMPERATURA	FRECUENCIA CARDIACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	PRESION ARTERIAL	PESO		
TALLA	PERIMETRO CEFALICO	ESTADO NUTRICIONAL			TALLA	PERIMETRO CEFALICO	ESTADO NUTRICIONAL				
2 MOTIVO DE CONSULTA				2 MOTIVO DE CONSULTA							
3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL				3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL							
4 ANTECEDENTES PERSONALES											
5 ANTECEDENTES FAMILIARES											
6 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS				6 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS							
CP	SP	CP= CON PATOLOGIA (describir)		SP= SIN PATOLOGIA		CP	SP	CP= CON PATOLOGIA (describir)		SP= SIN PATOLOGIA	
ORG. SENTIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ORG. SENTIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
CARDIO RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			CARDIO RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DIGESTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			DIGESTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
GENITO URINARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			GENITO URINARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
MÚSCULO ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			MÚSCULO ESQUELÉTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ENDOCRINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ENDOCRINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
HEMO LINFÁTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			HEMO LINFÁTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
NERVIOSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			NERVIOSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7 DESARROLLO PSICOMOTOR				7 DESARROLLO PSICOMOTOR							
METODO				METODO							
CLASIFICACION				CLASIFICACION							
8 EXAMEN FÍSICO				8 EXAMEN FÍSICO							
CP	SP	CP= CON PATOLOGIA (describir)		SP= SIN PATOLOGIA		CP	SP	CP= CON PATOLOGIA (describir)		SP= SIN PATOLOGIA	
CABEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			CABEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
CUELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			CUELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
TORAX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			TORAX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ABDOMEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			ABDOMEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
PELVIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			PELVIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

SNS-MSP / HCU - form. 028C / 2010

ATENCION A NIÑOS / NIÑAS DE 2 MESES A 9 AÑOS

9 VACUNACION				REGISTRE LA FECHA			
TIPO DE VACUNA	MENOR DE UN AÑO			12 a 23 meses		5 - 9 AÑOS	
	RECIENTE NACIDO	1ra. Dosis	2da. Dosis	3ra. Dosis	1er. REFUERZO	2do. REFUERZO	DOSIS UNICA
BCG							
H B (Amazonía)							
OPV							
Rotavirus							
Pentavalente (DPT + HB + Hib)							
Neumococo Conjugada							
Influenza (a partir de los 6 meses)				1er. CONTACTO	AL MES 1ra. DOSIS	CAMPANA	
DPT							
SRP					DOSIS UNICA		
VARICELA							
Fiebre Amarilla					1er. CONTACTO		
DT* (5 AÑOS)							
Varicela (6 AÑOS)							

* ESTE ESQUEMA SE APLICA SIEMPRE Y CUANDO HAYA RECIBIDO LAS TRES DOSIS DE PENTAVALENTE Y EL REFUERZO CON DPT.

CONSULTA 1			
10 DIAGNOSTICOS / CIE	CIE	PRE	DEF

CONSULTA 2			
10 DIAGNOSTICOS / CIE	CIE	PRE	DEF

11 PLAN DE TRATAMIENTO

11 PLAN DE TRATAMIENTO

12 EVOLUCION Y PRESCRIPCIONES MEDICAS			
FECHA	HORA	NOTAS DE EVOLUCION	PRESCRIPCIONES MEDICAS

CONTINUE EN EL FORM. 005

6 DESNUTRICION / ANEMIA		Marcar "a"	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA
EVALUAR	Hay emaciación grave visible		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hay edema en ambos pies		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tiene palidez palmar intensa		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CLASIFICAR	DESNUTRICION GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EVALUAR	Tiene palidez palmar leve		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Peso muy bajo para la edad		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CLASIFICAR	PESO MUY BAJO		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EVALUAR	El peso para la edad no es muy bajo y no hay ningún otro signo de desnutrición		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	NO TIENE PESO MUY BAJO, NI ANEMIA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 DESARROLLO PSICO MOTOR		Marcar "a"	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA
EVALUAR	Ausencia de 1 ó mas de las condiciones del grupo de edad anterior		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CLASIFICAR	RETRASO DEL DESARROLLO		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EVALUAR	Ausencia de 1 ó mas de las condiciones del grupo de edad actual		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CLASIFICAR	POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EVALUAR	Cumple las condiciones del grupo de edad actual y no hay factores de riesgo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	DESARROLLO NORMAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 MALTRATO Y DESCUIDO		EVALUAR SI TIENE AL MENOS UNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES	Marcar "a"	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA
EVALUAR	Niño o niña expresa ser víctima de maltrato físico, emocional o abuso sexual			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hay evidencia de lesión física sugestiva de maltrato			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Hay lesiones en genitales o ano			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Falta concordancia entre historia y lesión			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CLASIFICAR	MALTRATO			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EVALUAR	Inadecuado cuidado físico, desnutrido			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Comportamiento anormal del niño o niña			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Comportamiento anormal de padres o cuidadores			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Existe denuncia o el niño o niña expresa ser víctima de negligencia			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ha existido tardanza en buscar ayuda de salud, sin razón válida			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Existen circunstancias familiares de riesgo			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CLASIFICAR	SOSPECHA DE MALTRATO O DESCUIDO			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EVALUAR	No hay signos compatibles con la posibilidad de maltrato o descuido			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Buena higiene, cumple normas de salud, vitalidad o alegría presentes			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CLASIFICAR	NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 ALIMENTACION		SI ES MENOR DE 2 AÑOS Y TIENE PESO MUY BAJO Y/O ANEMIA O NO CRECE NORMALMENTE EVALUE	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA	CONSULTA
EVALUAR	¿Le da el seno?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Número de veces que le da el seno						
	¿Le da el seno durante la noche?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	¿Ingiere otro alimento o toma otro líquido?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	¿Recibe la clase de alimentos o líquidos que requiere para la edad?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Número de veces al día que recibe alimentos						
	¿Recibe su propia porción?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tamaño de las porciones que recibe: Grande, Mediana o Pequeña						
	¿Cambió la alimentación durante esta enfermedad?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Persona que le da de comer: madre, padre o cuidador						
CLASIFICAR	EXISTEN PROBLEMAS DE ALIMENTACION		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CLASIFICAR	AUSENCIA DE PROBLEMAS DE ALIMENTACION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 OTROS PROBLEMAS		EVALUE OTRO U OTROS PROBLEMA DETECTADOS Y CONTINUE A LA HOJA No.005				
CONSULTA 1	CONSULTA 2	CONSULTA 3	CONSULTA 4	CONSULTA 5	CONSULTA 5	