



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

V 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 EN EL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR Y SUB CENTRO DE SALUD HUACHI GRANDE PERTENECIENTES AL ÁREA DE SALUD # 2 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL CANTÓN AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA”

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

AUTORA: Valverde Solis, Susana Elizabeth

TUTORA: Lcda. Mg. Quisphe Jara, Graciela de las Mercedes

Ambato – Ecuador

Mayo, 2013

APROBACIÓN DE LA TUTORA

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR Y SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI GRANDE PERTENECIENTES AL ÁREA DE SALUD # 2 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL CANTÓN AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA” de Susana Elizabeth Valverde Solis, Estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a la evaluación del H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo 2013

LA TUTORA

Lcda. Mg. Quisphe Jara, Graciela de las Mercedes

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 CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR Y SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI GRANDE PERTENECIENTES AL ÁREA DE SALUD # 2 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL CANTÓN AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora del este trabajo de investigación.

Ambato, Mayo 2013

.....
Susana Elizabeth Valverde Solis

LA AUTORA

DERECHOS DE AUTORA

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

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, a demás 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, Mayo 2013

.....

Susana Elizabeth Valverde Solis

LA AUTORA

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de Investigación, sobre el tema **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR Y SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI GRANDE PERTENECIENTES AL ÁREA DE SALUD # 2 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL CANTÓN AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**, de Susana Elizabeth Valverde Solis, Estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Mayo 2013

Para constancia firman

.....
Lic. ESP. Silvia Barrionuevo R

.....
Lic. Mg Gloria Calero

.....
Lic. Valeria Vásquez

DEDICATORIA

En primer lugar quiero dedicar este trabajo a mi familia, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi esposo, Julio César, quien me brindó su amor, cariño, estímulo y su apoyo constante, comprensión y paciencia son evidencia de su gran amor. ¡Gracias!

A mis padres, quienes me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo!

Por último a mis hijos Julio César y Nikita, a quienes les debo el comienzo de mi vida, el objetivo de esta carrera, las joyas más valiosas en mi vida y solo su existencia llenan de luz cada hálito en mí. Quienes me prestaron el tiempo que le pertenecía.

Susana Valverde

AGRADECIMIENTO

Primordialmente agradezco a la institución puesto que me brindo los conocimientos que me ayudo para el desarrollo de mi proyecto su elaboración final y la conclusión exitosa de mi carrera.

A los maestros y amigos que me brindaron su sabiduría en los campos del conocimiento ayudándome así en los varios aspectos que he requerido para mi formación profesional.

A mis padres, hijos y esposo por abrirme sus corazones, acogerme con su generosidad y paciencia, por sus enseñanzas inspiradoras razones supremas de mi existencia por quienes lucho todos los días por ser mejor.

Me siento profundamente agradecida con todas las personas que se han cruzado en mi vida, me han inspirado y apoyado en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Susana Valverde

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES

Índice	Pág.
Título o portada	i
Aprobación de la Tutora	ii
Autoría del Trabajo de Grado	iii
Derechos de Autora	iv
Aprobación del Jurado Examinador	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice de Contenidos	viii
Anexos	xii
Índice de Gráficos	xii
Índice de Cuadros	xiii
Índice de Tablas	xiv
Resumen Ejecutivo	xv
Summary	xvii
Introducción	1

CAPÍTULO I:

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.Planteamiento Del Problema	3
1.2.1. Contextualización	3
1.2.2. Análisis Crítico	7
1.2.3. Prognosis	9
1.2.4. Formulación del Problema	9
1.2.5. Preguntas Directrices	10
1.2.6. Delimitación	10
1.3. Justificación	11
1.4. Objetivos	13
1.4.1. General	13
1.4.2. Específicos	13

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos	14
2.2. Fundamentación Filosófica	14
2.3. Fundamentación Legal	15

2.4.	Categorías Fundamentales	18
	Variables Independientes	19
	Variables Dependientes	30
2.5.	Hipótesis	52
2.6.	Señalamiento de Variables	52

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1	Enfoque	53
3.2	Modalidad Básica de la Investigación	53
3.3	Nivel o Tipo	54
3.4	Población y Muestra	54
3.5.	Operacionalización de Variables	56
3.6.	Recolección de la Información	59
3.7.	Sesgos	60
3.8.	Procesamiento y Análisis	61

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.	De los Datos	62
4.2	Tabulación y Porcentaje	62

4.3. Análisis e Interpretación de Datos	63
---	----

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	88
5.2. Recomendaciones	89

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

6.1 Datos Informativos	90
6.2 Antecedentes de la Propuesta	91
6.3. Justificación	92
6.4. Objetivos	93
General	93
Específico	93
6.5. Análisis de Factibilidad	94
6.6 Análisis Científico Técnico	95
6.7. Modelo Operativo	98
6.8. Administración de la Propuesta	99
6.9. Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta	99
6.8 Cronograma Del Plan Operativo	100
Bibliografía	101

Linkografía	103
Citas Bibliográficas –Bases de Datos UTA	105

ANEXOS

Anexo N°1 Encuesta dirigida a la madre	106
Anexo N°2 Curva de crecimiento niña	108
Anexo N°3 Curva de crecimiento niño	109
Anexo N°4 Plan de Charla Educativa a la Madre y Cuidadores	110
Anexo N°5 Taller para madres y cuidadores	111
Anexo N°6 Programación de Visitas Domiciliarias	113
Anexo N°7 Fichas para control de HCL	114
Anexo N°8 Ficha de Visita Domiciliaria y Control	115
Anexo N°9 Evaluación a Madres y Cuidadores	116

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico N°1 Categorías Fundamentales	18
Grafico N°2 Edad de las Madres Adolescentes	65
Grafico N°3 Estado Civil de las Madres Adolescentes	67
Grafico N°4 Situación Económica de las Madres Adolescentes	69
Grafico N°5 Control Prenatal de las Madres Adolescentes	71
Grafico N°6 Complicaciones en el Embarazo de las Adolescentes	73
Grafico N°7 Peso en Kg del Niño Hijo de las Adolescentes	75

Grafico N°8 Talla en cm del Niño Hijo de las Adolescentes	77
Grafico N°9 Perímetro Cefálico en cm del Niño Hijo de las Adolescentes	79
Grafico N°10 Alimentación Complementaria del Niño Hijo de las Adolescentes	81
Grafico N°11 Enfermedades Relevantes del Niño Hijo de las Adolescentes	83
Grafico N°12 Inmunizaciones del Niño Hijo de las Adolescentes	85
Grafico N°13 Control del niño Sano del Niño Hijo de las Adolescentes	87

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°1 El Adolescente en el área urbana y rural	27
Cuadro N°2 Talla y Edad del Niño Hijo de las Adolescentes	34
Cuadro N°3 Peso y Edad del Niño Hijo de las Adolescentes	35
Cuadro N°4 Monitoreo de Crecimiento del Niño Hijo de las Adolescentes	36
Cuadro N°5 Perímetro Cefálico y Edad del Niño Hijo de las Adolescentes	37
Cuadro N°6 Test para Evaluar el Desarrollo del Niño Hijo de las Adolescentes	43
Cuadro N°7 Desarrollo psicomotriz del niño de 0 a 3 años	45
Cuadro N°8 Esquema de Vacunación del Niño Hijo de las Adolescentes	49
Cuadro N°9 Variable Independiente	56

Cuadro N°10 Variable Dependiente	57
Cuadro N°11 Recolección de Información	59
Cuadro N° 12 Presupuesto	91
Cuadro N° 13 Modelo Operativo	98
Cuadro N° 14 Cronograma del Plan Operativo	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Edad de la Madre Adolescente	64
Tabla N°2 Estado Civil del Niño de la Madres Adolescentes	66
Tabla N°3 Situación Económica de la Madres Adolescentes	68
Tabla N°4 Control Prenatal de la Madres Adolescentes	70
Tabla N°5 Complicaciones en el Embarazo de las Adolescentes	72
Tabla N°6 Peso en Kg de los Niños Hijos de las Adolescentes	74
Tabla N°7 Talla en cm de los Niños Hijos de las Adolescentes	76
Tabla N°8 Perímetro Cefálico en cm de los Niños Hijos de las Adolescentes	78
Tabla N°9 Edad de Inicio de Alimentación Complementaria de los Hijos de las Adolescentes	80
Tabla N°10 Enfermedades Relevantes en el Niño Hijo de las Adolescentes	82
Tabla N°11 Inmunizaciones Recibidas por el Niño Hijo de las Adolescentes	84
Tabla N°12 Control del Niño Sano de los Hijos de las Adolescentes	86

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO
Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES EN EL CENTRO
DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR Y SUB CENTRO DE SALUD HUACHI
GRANDE PERTENECIENTES AL ÁREA DE SALUD # 2 DEL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL CANTÓN AMBATO
PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**

Autora: Valverde Solis, Susana Elizabeth
Tutor: Lcda. Mg. Quisphe Jerez, Graciela
Fecha: Mayo, 2013

RESUMEN

La adolescencia es una etapa de grandes cambios en la vida del hombre y la mujer, donde aparecen un sinnúmero de problemáticas propias de la edad, dentro de estas se encuentra el embarazo adolescente, siendo un hecho muy importante tanto para la familia como para la sociedad y sobre todo para el desarrollo de la adolescente.

Esta investigación se trabajó con una modalidad, de campo observando la realidad de su situación, condiciones de vida y de manera especial se identificaron las alteraciones que presentan en relación a su crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida.

El objetivo es buscar si 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 de edad del Centro de Salud Simón Bolívar y Sub Centro de Salud Huachi Grande del Área de Salud # 2 de la Provincia de Tungurahua.

El trabajo que aquí se presenta sobre la relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo

de los niños de hasta 2 años, 6 meses (30 meses), edad en la cual los niños son más vulnerables y necesitan de mayor cuidado materno.

La investigación describe que los hijos de madres adolescentes presentan alteraciones en su crecimiento y desarrollo, situación que está relacionada especialmente con la edad de la madre en la cual el organismo no está apto para la maternidad, por otra parte la adolescente aún no está preparada para ejercer el rol de madre de forma adecuada.

Entre las alteraciones se describen aquellas que aparecen durante la gestación y el parto, como bajo peso al nacer, prematuridad, posteriormente al crecer, también los diversos grados de desnutrición, baja talla, alta incidencia de enfermedades infantiles, retrasos en el desarrollo, entre otras.

PALABRAS CLAVES: EMBARAZO ADOLESCENTE, HIJO DE MADRE ADOLESCENTE, CRECIMIENTO, DESARROLLO, ALTERACIONES, SALUD, CUIDADOS.

NURSING CAREER

"ADOLESCENT MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS IN THE CENTER OF SIMON BOLIVAR HEALTH AND HEALTH CENTER SUB HUACHI LARGE AREA OUTSIDE THE HEALTH # 2 PUBLIC HEALTH MINISTRY OF CANTON AMBATO PROVINCE OF TUNGURAHUA "

Author: Valverde Solis, Susan Elizabeth

Tutor: Lcda. Mg. Quisphe Jerez, Graciela

Date: May, 2013

SUMMARY

Adolescence is a time of great change in the life of man and woman, which shows a number of age-appropriate issues within these teen pregnancy is being a very important fact for both the family and society and especially for the development of the adolescent.

This research work was done with a form of field observing the reality of their situation, living conditions and especially alterations were identified that present in relation to their growth and development during the first years of life.

The goal is to find the correlation between teenage pregnancy and the presence of alterations in the growth and development of children from 0-2 years 6 months old Health Centre and Sub Simon Bolivar Huachi Large Health Center Health Area # 2 Tungurahua Province.

The work presented here on the relationship between teenage pregnancy and the presence of alterations in the growth and development of children

up to 2 years, 6 months (30 months), age at which children are more vulnerable and need increased maternal care.

The investigation disclosed that the children of teenage mothers have alterations in their growth and development, a situation that relates specifically to the age of the mother in which the body is not fit for motherhood, moreover teenager is not yet ready for the role of mother to exercise properly.

Among the changes are described those that appear during pregnancy and childbirth, including low birth weight, prematurity, later to grow, also varying degrees of malnutrition, stunting, high incidence of childhood diseases, developmental delays, among other .

KEY WORDS: TEEN PREGNANCY, SON OF TEENAGE MOTHER, GROWTH, DEVELOPMENT DISORDERS, HEALTH CARE.

INTRODUCCIÓN

El embarazo y maternidad en las adolescentes son más frecuentes de lo que la sociedad acepta, teniendo como consecuencias situaciones sociales, económicas y psicológicas que afectan tanto al niño como a la madre y padre adolescentes.

Los embarazos en las adolescentes es el resultado del menoscabo de la situación familiar de las mujeres dentro del seno familiar donde crecen con una baja autoestima, con recursos económicos reducidos o casi nulos, y poco acceso a educación.

Por lo que las mujeres tanto de las comunidades como de las zonas urbanas toman la maternidad como una salida a la situación económica o a las problemáticas propias de los hogares, como una manera de valorizarse como personas o conseguir algún tipo de posesión.

Según las posibilidades económicas de la adolescente esta puede acudir al aborto, casarse o convertirse en madre soltera asumiendo las responsabilidades propias de ocuparse de la salud, alimentación y educación de un niño, situaciones que dependen de la familia, la pareja y la sociedad.

El embarazo adolescente es un problema de salud pública importante debido a situaciones socioculturales propias de nuestro medio, pero que ayuda a aumentar la prevalencia de este problema social de manera

especial en los sectores económicos disminuidos. No solo implica un riesgo para las madres pues también los bebés corren riesgos y es por ello el alto índice de mortalidad infantil.

Durante la infancia el aumento regular de las dimensiones corporales, especialmente peso, talla y perímetro cefálico, los que son un indicador importante de salud del niño. Están pesos y tallas mínimos, promedios y máximos de acuerdo con cada edad. Variando de niños a niñas e individualmente. Y aunque una desviación importante y rápida de la curva de crecimiento debe alertar, no hay que preocuparse por variaciones mínimas ni por fases de enlentecimiento aparente.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. TEMA.

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES EN EL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR Y EN EL SUB CENTRO DE SALUD DE HUACHI GRANDE PERTENECIENTES AL ÁREA DE SALUD # 2 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL CANTÓN AMBATO PROVINCIA DE TUNGURAHUA”.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

Macro.

“La población del Ecuador según datos del último censo de población del 2011 es de 14’306.876 habitantes de los cuales 2.5 millones son adolescentes, y al menos el 20% son adolescentes embarazadas. Por lo que el Ecuador tiene la más alta tasa de fecundidad con 100 por cada 1.000 nacidos vivos en la región”.

(EL DIARIO, 2011, “En Ecuador dos de cada tres adolescentes están embarazadas”, 04 de Marzo de 2011 disponible en Isolonline.com/noticias/view/90399/en-ecuador--dos-de-cada-tres-adolescentes-estan-embarazadas)

Este alto índice de maternidad se convierte en una materia de análisis, no solamente por los organismos gubernamentales competentes, sino por aquellos entes sociales que comprenden que esta problemática no se encuentra aislada de la crisis moral y ética, sino que tiene su origen en los varios limitantes que tiene la niñez y adolescencia en su reconocimiento social, afectivo, económico e incluso cultural y religioso.

Del diario el Universo se recoge: “una de las cifras que más preocupa al Estado ecuatoriano es el incremento de embarazos en adolescentes menores de 15 años. Según declaraciones del Ministro de Salud Pública, David Chiriboga, en los últimos años el número de embarazos de niñas de entre 10 y 14 años aumentó un 74%”.

(EL UNIVERSO, “Una tasa de natalidad que rebasa los planes creados para frenarla”, Sábado 5 de Marzo 2011. disponible en <http://www.eluniverso.com/2011/03/06/1/1447/tasa-natalidad-rebasa-planes-creados-frenarla.html>)

Según investigaciones al respecto, en la maternidad Mariana de Jesús, suburbio de Guayaquil por ejemplo, el Director de la casa de salud, Dr. Pedro Jiménez, dice “se manejan un promedio de 20 partos diarios y que de los 4 mil a 5 mil que tenían hace 4 años subió a más de 8 mil en el 2010. Por un lado es el aumento de madres adolescentes”.

Según Susana Guijarro, funcionaria del MSP, la tasa de fecundidad adolescente es la más alta de la región andina, añade: “Dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década es del 74% y en mayores de 15 años es del 9%”.

Meso

En la zona centro del país está concentrado un alto nivel de población rural, y analfabetismo, uno de los factores resultantes para los embarazos en adolescentes, situaciones ayudan a disminuir los niveles socioeconómicos de la población.

Según la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua (2010): “El embarazo en adolescentes de la Provincia de Tungurahua, se mantiene en un 8% de la población total existente, de acuerdo a las estadísticas. La gestación precoz es considerada una variable de riesgo obstétrico y neonatal pues la madre corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia y complicaciones en el parto, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo”.

(BARRERA M., Gabriel. Problemas sociales del adolescente. Caracas. Tomo II del Compendio de Puericultura y Pediatría. Universidad Central de Venezuela. Ediciones de la Biblioteca. Capítulo IV. Venezuela, 1996, 300 p)

Esto no se aísla de la falta de preparación psicológica de la futura madre, ya que en su gran mayoría se embaraza como resultado de la búsqueda de llenar vacíos psicológicos, creados por familias disfuncionales a causa de divorcios, incompreensión o migración filial, por tanto las adolescentes buscan suplir esas carecías con relaciones sentimentales con jóvenes también maduros físicamente pero inestables psicológicamente.

“Esta falta de preparación óptima para soportar el proceso social, psicológico, financiero y físico, hace víctima, a los hijos de madres adolescentes, quienes en gran parte de casos no se alimentan

adecuadamente y estos niños tienen más probabilidades de morir durante el primer año de vida. La probabilidad más elevada es que estos niños presenten bajo peso y prematuridad al nacer, condiciones de importancia en la perspectiva de la salud pública, ya que se relacionan estrechamente con la supervivencia, el crecimiento antropométrico y desarrollo ulterior del recién nacido”

(Ecuadorinmediato.com “Embarazos en adolescentes en el Ecuador”, Mayo 11 del 2011, disponible en: http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_list&date=2011,05,11)

“Los hijos de madres adolescentes pueden experimentar malformaciones congénitas, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Y durante su desarrollo son proclives a presentar diversos grados de desnutrición, problemas de conducta, retardo del desarrollo físico y mental, por lo que suelen ser víctimas de abuso físico y negligencia”. (BARRERA M., Gabriel, 1996. Universidad Central del Venezuela. “Problemas Sociales del adolescente”).

Por tanto se observa que este problema, no se circunscribe solamente a problemas sociales aislados, sino en todos que se complementan formando parte de un grave problema social, si bien esta investigación no busca encontrar su génesis, sí permitirá encontrar propuestas razonables para la problemática materia de este análisis.

Micro.

La ciudad de Ambato al ser una localidad de idiosincrasia recatada, involucra que la investigación se realice sobre un universo comúnmente aislado en la sociedad tungurahuese, en lo referente al Cantón Ambato, no se ha podido encontrar datos respecto al tema, por lo que la

investigación que se plantea será de gran utilidad al enfocar un área de influencia importante demográficamente hablando.

Dentro de los sectores de mayor influencia y acontecer de la investigación, está la zona sur de la ciudad de Ambato, donde se encuentran ubicadas las Parroquias de Huachi Loreto y Celiano Monge donde tiene jurisdicción el Centro de Salud Simón Bolívar correspondiente al área urbana y Huachi Grande, al área rural. La población en su mayoría es de raza mestiza.

La Parroquia Huachi Grande creada como tal el 29 de Julio de 1958 y donde tiene presencia el Sub Centro de Salud que pertenece al Área Salud # 2 del MSP de Tungurahua, en él mismo se ofrece atención médica, obstétrica y odontológica.

1.2.2. Análisis Crítico

Esta investigación está guiada hacia el embarazo precoz, el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad, junto a la realidad social que rodea a madre e hijo, buscando el óptimo desarrollo de salud, educación, avances socioeconómicos que dejen individuos estables y competitivos a nivel del país y principalmente de nuestra ciudad. La crisis política, económica y social que ha tenido que enfrentar en las últimas décadas, ha influenciado grandemente en el aumento del embarazo precoz.

Entre otras la falta de educación sexual en los adolescentes, quienes pese a los múltiples esfuerzos gubernamentales por tratar de erradicar

estos temas tabú, siguen teniendo como su principal ejemplo o realidad las vivencias de amigos y compañeros, siendo la resultante un escaso o nulo uso de anticonceptivos, mucho más la resistencia generada incluso desde los mismos padres o profesores al omitir temas como estos en el debate y argumentación ante los adolescentes.

La mujer al cursar por la etapa de la adolescencia, no esta lista física ni psicológicamente para traer al mundo un nuevo ser, de ello se derivan varias complicaciones que repercuten en el estado emocional y de salud tanto de ella como del hijo por nacer, por tanto es primordial tomar acciones inmediatas, para evitar que sigan quedando embarazadas, traigan al mundo hijos que difícilmente podrán cuidar, sobre todo si consideramos que aún siguen siendo niñas, luego del parto, la adolescente no se halla en las mejores condiciones, desconoce las necesidades básicas de cuidados y alimentación del niño.

Una parte fundamental de este problema es la ausencia de la pareja, la irresponsabilidad del progenitor, causa un sin número de problemas, como angustia sentimental de la madre, carencia de afecto paterno hacia el menor o escasez de recursos para manutención del niño, factores que afectan directamente a la madre y al menor, causándole graves consecuencias que se pueden palpar solamente al momento que estos efectos se tornan prácticamente irreversibles.

Por ello es prioritario que quienes hacen salud y de manera especial el/la enfermera, quien no sólo se prepara para la atención hospitalaria, sino que conoce y maneja la Salud Pública, sea quien a través de un acercamiento directo a esta población ejecute actividades de fomento, protección y promoción de la salud materno – infantil, tendiente a prevenir nuevos y subsecuentes embarazos en esta población, fomentar la

paternidad responsable, educar a las nuevas madres a fin de mejorar la calidad de vida del niño y garantizar un mejor crecimiento y desarrollo del infante.

1.2.3. Prognosis

Una adolescente embarazada viene a engrosar el círculo de pobreza al reducir sus posibilidades de continuar su educación, por ende conseguir un trabajo que sustente su familia. A la vez se habla de un alto riesgo de muerte materna, al no tener la preparación física ni biológica para sostener un embarazo y parto, provocando problemas mayores en el niño, desde su nacimiento como la desnutrición, lo que le puede llevar en poco tiempo a un retraso en el crecimiento, desarrollo intelectual disminuido, además ser víctima de enfermedades concomitantes como anemia, infecciones gastrointestinales, respiratorias, entre otras e inclusive son candidatos a una muerte prematura.

1.2.4 Formulación del Problema

¿Existe relación entre ser madre adolescente y el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años y 6 meses, en el Centro de Salud Simón Bolívar y en el Sub Centro de Salud de Huachi Grande, pertenecientes al Área de Salud # 2 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua?

1.2.5. Preguntas Directrices:

¿Cuántas adolescentes de entre 10 y 19 años han sido atendidas por embarazo en el Centro de Salud Simón Bolívar y en el Sub Centro de Salud de Huachi Grande, pertenecientes al Área de Salud # 2 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua durante Enero del 2009 y Junio del 2011?

¿Cuáles fueron las medidas antropométricas de los niños, hijos de madres adolescentes y si existen alteraciones en la talla, peso y perímetro cefálico de acuerdo a los estándares establecidos por el MSP?

¿Se deberá diseñar una propuesta a fin de promover, mejorar y potenciar la salud, el crecimiento y desarrollo de los niños investigados?

1.2.6. Delimitación

- **Campo:** Enfermería
- **Área:** Salud Pública
- **Aspecto:** Relación Entre ser madre adolescente, y el crecimiento y desarrollo y del niño.

Temporal:

La investigación se realizó desde Enero del 2009 a Junio del 2011.

Espacial:

Centro de Salud Simón Bolívar y el Sub Centro de Salud de Huachi Grande, pertenecientes al Área de Salud # 2 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua.

1.3.- JUSTIFICACIÓN

El análisis del tema investigado es de gran trascendencia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, en razón que se toca aspectos conocidos y estudiados en la Carrera de Enfermería, rebasando así del campo teórico al práctico, permitiendo que en un futuro el investigador acceda a información veraz que se ha desarrollado adecuadamente, consintiendo incluso que compañeros de la Facultad tengan acceso a esta investigación como guía, recurso o fuente de análisis.

La Investigación que aquí se presenta, es de orden social, educativo, preventivo, curativo y debe ser tratado por un equipo multidisciplinario de salud dentro del cual el papel de la enfermera es prioritario, sobre todo al encontrarse capacitada en la aplicación de planes y programas dirigidos hacia esta población. Por otra parte, la enfermera al ser parte integral y fundamental del equipo de salud, podrá referir a los niños en riesgo a profesionales especializados en las diferentes patologías que pudieran ser identificadas, permitiendo que se ponga en práctica todo lo aprendido en las aulas universitarias.

El trabajo es factible y ejecutable en cuanto se cuenta con el permiso para el acceso tanto al Centro de Salud Simón Bolívar como al Sub Centro de Salud de Huachi Grande, pertenecientes al Área de Salud # 2 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua, además el trabajo será realizado por una enfermera egresada de la Carrera quién será ejecutora del mismo y se halla con la predisposición y la preparación necesaria para ello.

1.4.- OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Establecer la relación existente entre ser madre adolescente con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, que han sido atendidos en el Centro de Salud Simón Bolívar y en el Sub Centro de Salud de Huachi Grande, pertenecientes al Área de Salud # 2 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Determinar el índice de madres adolescentes entre 11 y 19 años que han sido atendidas por embarazo y/o parto en el Centro de Salud Simón Bolívar y en el Sub Centro de Salud de Huachi Grande, pertenecientes al Área de Salud # 2 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua, durante Enero 2009 a Junio 2011.
- Analizar las posibles complicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años y 6 meses, hijos de madres adolescentes a fin de detectar posibles alteraciones.
- Elaborar una propuesta de intervención de acuerdo a resultados obtenidos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

VÁSQUEZ Rafael, Gómez Ana Isabel, en la Revista de Obstetricia y Ginecología. Vol. 46 (1995), Colombia. En su trabajo “Maternidad Adolescente: Vínculo y Desarrollo”. Concluye: “El promedio de edad para el comienzo de la actividad sexual está situado por debajo de los 16 años; la pobreza empeora las repercusiones Psicosociales del mismo; el hijo padece alteraciones del desarrollo”.

CORONADO, Yelitza (2010), en el trabajo. Riesgos del Embarazo Precoz. Concluye que: “Múltiples factores de riesgo afectan al futuro del niño, entre ellos el bajo status socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo. Los padres adolescentes no se encuentran en condiciones de proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su hijo”.

2.2.- FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La investigación se enmarca dentro del paradigma crítico-propositivo.

Crítico.- resulta una situación socioeconómica poco favorable, la buena salud del niño puede estar en peligro ya que sus padres adolescentes no se encuentran lo suficientemente maduros para proveer fuentes

emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su desarrollo. En consecuencia, puede ser que los riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en adolescentes aun pueden ser mayores que los biológicos.

Propositivo.- Se plantea soluciones al manejo y atención del niño, en donde las madres y sus hijos se desarrollen como personas capaces, íntegras, competentes y saludables que respondan a las necesidades sociales

2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL

La investigación se ampara en el ordenamiento jurídico ecuatoriano, que en concordancia con el Derecho Público Internacional, tenemos las siguientes disposiciones normativas:

Declaración Universal de los Derechos Humanos.

“Artículo 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

“Artículo 25. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Constitución Política de la República del Ecuador.

Sección cuarta. De la salud.

Art. 43.- El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Código de la Niñez y Adolescencia.-

Art 25.- Atención al embarazo y al parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a los 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 los dos mil quinientos gramos.

Capítulo III

Derechos relacionados con el desarrollo

Art. 41.- Sanciones prohibidas.- Se prohíbe a los establecimientos educativos la aplicación de:

4.- Medidas que impliquen exclusión o discriminación por causa de una condición personal del estudiante, de su progenitor, representante legal o de quienes lo tengan bajo su cuidado. Se incluye en esta prohibición las medidas discriminatorias por causa de embarazo o de maternidad de una adolescente. A ninguna adolescente se le negara matricula

Plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia:

Derecho a la vida y la salud

Art.10.- El menor tiene derecho a la protección de su vida, mediante la ejecución de políticas sociales, económicas que permitan su nacimiento y desarrollo físico e intelectual en condiciones dignas de existencia, en el marco de la atención prioritaria a la salud familiar.

2.4.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

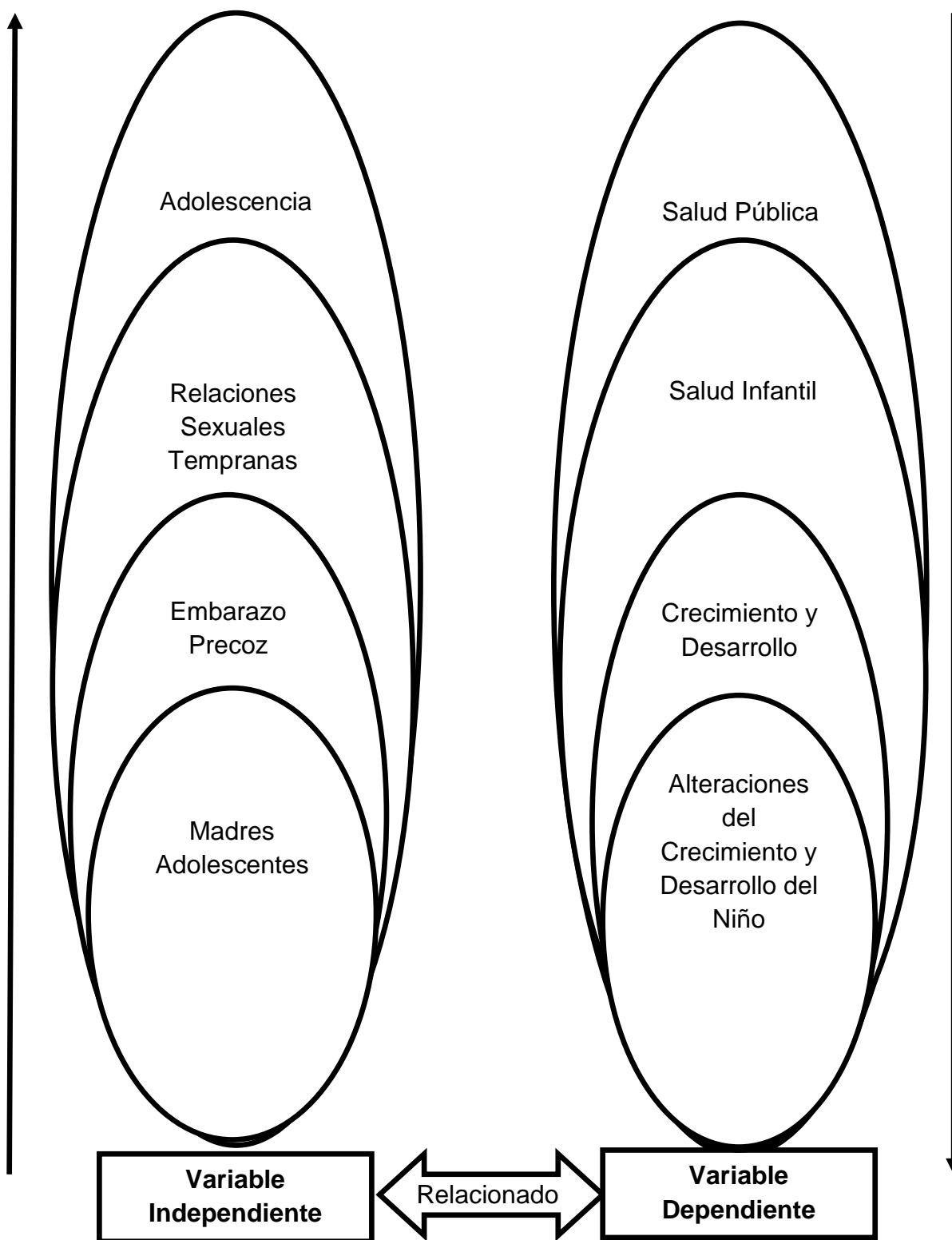


Grafico N.-1

Elaborado por: Susana Valverde Investigadora.

VARIABLE INDEPENDIENTE

2.4.1.- ADOLESCENCIA

La OMS, define adolescencia como, “el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica. La palabra *adolescente* viene del latín *adolescens*, *adolescentis* y significa “que está en período de crecimiento, que está creciendo. Frecuentemente se confunde con *adolecer* cuyo significado es tener o padecer alguna carencia, dolencia, enfermedad”.

(OMS. Definiciones. disponible en [fecha de consulta 16 de junio del 2012], disponible en: <http://www.escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios1.htm>)

La adolescencia es una etapa llena de contradicciones, en la que la vitalidad juvenil se mezcla con veloces y profundos cambios físicos, sentimientos de inseguridad y emociones profundas.

(Cortez Vásquez Lorraine. Ayudando al Pueblo: Consecuencias y prevención del embarazo adolescente, El diario la Prensa, New York, 2000. <http://search.proquest.com/docview/368443846/13C887A35035AF90E90/24?accountid=36765>)

Etapas de la Adolescencia.

Según COSECH Comité de Servicio Chileno en su trabajo “Cambios en la Adolescencia”, divide la adolescencia como: el transitar del segundo decenio de la vida, desde los 10 hasta los 19 años, definiendo este período como la época en la cual se observa un progreso que va desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual.

La adolescencia se divide en tres etapas:

a. Adolescencia Temprana. 10 a 13 años

Se observa un aumento de la estatura, peso corporal y fuerza muscular. Apareciendo los caracteres sexuales secundarios.

En la mujer el primer signo de inicio de la pubertad es el desarrollo incipiente de mamas, seguido del crecimiento del vello pubiano.

“En el varón el primer cambio es el aumento del volumen testicular, ligero arrugamiento del escroto y aparición de vello pubiano, aproximadamente un año después comienza el crecimiento del pene. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres iniciando amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con gran incertidumbre por su apariencia física”.

(CAMEJO Reinerio Lluch, Dr., “La Adolescencia y sus etapas”, Las Tunas, 2004 [fecha de consulta: 18 de junio 2012], disponible en: <<http://www.ilustrados.com/tema/5912/adolescencia-etapas.html>>)

b. Adolescencia Media. 14 - 16 años.

Desde el punto de vista puberal en la mujer aparece la menarquía dando inicio a esta etapa. Mientras en el varón continúa el crecimiento del pene y laringe, lo que le ocasiona el cambio de voz característico. En este momento generalmente se produce el estirón masculino, aunque un poco más tardío es mayor que en la mujer.

Los adolescentes sienten más preocupación por la apariencia física, desean aumentar el poder de atracción. Aparecen manifestaciones egocéntricas, hay una búsqueda de su propia identidad. En esta etapa se inicia el pensamiento abstracto.

c. Adolescencia tardía. 17 a 19 años.

En ambos sexos el desarrollo puberal alcanza las características del adulto. Se logra un mejor control de los impulsos y los cambios emocionales son menos intensos.

El adolescente establece una identidad personal y social poniendo fin esta etapa.

Retos que debe afrontar el adolescente:

- a) Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos.
- b) Integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento.
- c) Separación del tutelaje familiar.

(CAMEJO Reinerio Lluch, Dr., "La Adolescencia y sus etapas", Las Tunas, 2004 [fecha de consulta: 18 de junio 2012], disponible en: <<http://www.ilustrados.com/tema/5912/adolescencia-etapas.html>>)

Cambios en la adolescencia

Elizabeth Hurlock en su libro "El desarrollo del niño" asegura que no hay una edad determinada para que suceda este proceso, pues no todos los niños experimentan la pubertad al mismo tiempo ni la completan con la misma rapidez, esto depende de los problemas personales, sociales y emocionales.

(Rodríguez, Gabriel, "Adolescencia: este preparado", México, 1999. <http://search.proquest.com/docview/3100225061/13C8885942C7683B246/5?accountid=36765>)

Esta etapa el individuo experimenta un sinnúmero de cambios de tipo:

- Psicosexual
- Psicosocial
- Moral y
- La construcción de su proyecto personal de vida iniciando la transición a la adultez.

Desarrollo Psicosexual. "En esta etapa los adolescentes inician la consolidación de su identidad sexual, para lo cual buscan robustecer su relación con sus pares adoptando rasgos, actitudes, conducta verbal, gestual y motivaciones propias de su género. En el inicio de la adolescencia, tanto los sueños como las fantasías de carácter erótico se hacen más frecuentes en el contenido sexual más explícito y concreto. Ahora los deseos son continuos y los originan personas concretas y conocidas"

(BURROWS, Raquel. "Crecimiento y Desarrollo de hijos de adolescentes de clase media y baja", II parte: 30 meses de vida, Revista Chilena de Pediatría, vol.57, N°6, Chile, 1986, 496 p.)

Desarrollo Psicosocial. En esta etapa, "el adolescente se enfrenta ante una confusión de roles, una crisis de identidad, a pensando que no calzan en tal o cual círculo de amigos, es la salida del círculo familiar y la inserción en el círculo social, requiere desarrollar habilidades que le garanticen éxito en la vida adulta".

(BURROWS, Raquel. "Crecimiento y Desarrollo de hijos de adolescentes de clase media y baja", II parte: 30 meses de vida, Revista Chilena de Pediatría, vol.57, N°6, Chile, 1986, 496 p.)

Desarrollo Moral.- Según Kohlberg “las normas morales o los valores de una cultura pueden ser diferentes de los de otra, los razonamientos que los fundamentan siguen estructuras o pautas parecidas. Todas las personas seguimos esquemas universales de razonamiento vinculados a la propia psicológica, evolucionamos de esquemas más infantiles y egocéntricos a esquemas maduros y altruistas”.

(KOHLBERG Lawrence, "Estadios Evolutivos del Razonamiento Moral", 1960. [fecha de consulta: 11 julio 2012] disponible en: <<http://www.xtec.cat/~lvallmaj/passeig/kohlber2.htm>>)

Proyecto ético de vida

“Tener un proyecto de vida implica asumir responsabilidades y comprometerse consigo mismo. Algo que es de mucha utilidad al plasmar el proyecto de vida son las experiencias que se ha tenido a lo largo de la vida y recordar de dónde venimos. Nos sirve de recordatorio de cuáles son las metas, hasta donde se quiere llegar, que quieres ser en 10 años, teniendo así la motivación del porque de todo lo que hacemos”

(RIVADENEIRA, Hernán “La Responsabilidad Moral y El Proyecto de vida”, Ética y Valores Humanos, 3^{era} ed., Colombia, 2010, 144p)

“La adolescencia está destinada a que cada mujer y hombre puedan construir un proyecto de vida para el futuro. Esto implica descubrir deseos, aspiraciones, gustos, habilidades y tendencias, con lo cual se plantean objetivos que cumplir y metas a las cuales se aspira a llegar. Llevándolos a consolidar su personalidad e identidad. El proyecto de vida incluye, una mezcla de realidad y fantasía, de sueños y posibilidades, de aspiraciones e ilusiones”.

(DIARIO HOY. “Madres Adolescentes”, Quito, sábado 10 de septiembre de 2011, disponible en <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/madres-adolescentes-60326.html>)

1.42. - RELACIONES SEXUALES TEMPRANAS.

“La sexualidad de cada persona es una parte más de todo ser humano. Cada uno la vive de una forma diferente pero compartiendo, al mismo tiempo, un contexto histórico, cultural, geográfico, etcétera, en el que nos vivimos como seres sexuados. En cada determinado contexto se construyen las actitudes hacia la sexualidad, formando un modelo concreto que guía las conductas”.

(Sánchez, Andrea Sanz ¿Cómo piensan y viven los adolescentes su sexualidad?
<http://search.proquest.com/docview/213907934/13C88A7155517B2E569/2?accountid=36765>

Una actitud de responsabilidad frente a la posibilidad de generar una nueva vida tiene que ser un valor firmemente arraigado en la educación sexual de los jóvenes. Las parejas llegan a su primera relación sexual con escasa preparación.

a.- Causas

- Bajo nivel socioeconómico
- Inestabilidad familiar
- Decadencia de las barreras sociales y culturales para el ejercicio de la sexualidad
- Escasa orientación sexual
- Desconocimiento de métodos de planificación familiar
- Uso inadecuado de algunos métodos de anticoncepción (Ritmo, Condón y Coito interrumpido).
- Menarquía temprana

b.- Consecuencias

- Embarazo no deseados
- Enfermedades de Transmisión Sexual
- Alteraciones emocionales
- Traumas
- Frustración
- Inseguridad
- Baja autoestima
- Embarazo Precoz

(BRAVO Natalia y otros, "*Sexualidad Precoz*"2007).

2.4.3. - EMBARAZO PRECOZ

La adolescencia al estar condicionada por características sociales, culturales y económicas bajo las cuales se va formando la joven, no implica únicamente cambios fisiológicos y psicológicos, acaso también puede considerársela como un fenómeno social.

El embarazo es una experiencia intensa en la vida de la mujer, mientras cambia su cuerpo, su ánimo, sus necesidades y prioridades. La transición, del embarazo es un reto para los adultos, puede resultar angustiosa para una adolescente.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIALES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO PRECOZ

La Familia.- Es una institución social, jurídica con un vínculo de consanguinidad y afinidad, que surge de una filiación legítima, ilegítima, y adoptiva. Los integrantes de la familia gozan de una convivencia bajo el mismo techo, la dirección y con los recursos del jefe de la casa. Por lo que a su vez es la célula básica de la sociedad. Donde la formación inicial de los jóvenes se origina y están expuestos a violencia, abuso, maltrato, etc., Factores que predisponen al embarazo precoz.

(BERGES, Virginia. "El embarazo en adolescentes, un problema social y familiar" Administración de Salud Familiar, E.E.U.U. 2007, 125 p)

Economía en el área rural y urbana.- La mayoría de los hogares rurales viven con \$1,00 o menos por día, sin embargo gran parte de su alimentación proviene del autoabastecimiento y por supuesto, con extensas jornadas de trabajo y la participación de todos los miembros de la familia para lograr una producción que provea de lo básico a la familia por lo que la pobreza se evidencia a la hora de comprar medicinas o matricular a los niños en la escuela".

Educación.- Los indicadores de educación muestran que en estas parroquias existe un balance en cuanto a la educación tanto masculina como femenina, hay 2.530 mujeres alfabetas y 2.432 hombres y en analfabetismo están 177 mujeres y 91 hombres lo que muestra que hay un acceso a la escolaridad bastante notable. Más tarde se observa la deserción escolar temprana aparecen 227 hombres y 229 mujeres que no asisten a ningún establecimiento educativo debido a factores socioeconómicos y culturales, como la obligación de asumir tareas domésticas y laborales principalmente por las niñas. (INEC, IV Censo de Población y V de Vivienda Noviembre 2001 Tomo I).

Como resultado de todo ello niños llegan a la adolescencia con conocimientos originados en fuentes poco confiables respecto a la sexualidad tomados de medios de comunicación, amistades, creencias populares, etc.

Valores, Religión y Cultura.- Además de ser guiados académicamente los jóvenes del mismo modo deben ser educados en los valores de una sociedad como amar al prójimo; el dinero hay que ganarlo con un trabajo honrado; decir la verdad y ser honesto; respetar a los demás, respetar su propiedad y respetar sus opiniones; asumir responsabilidad por las decisiones que uno toma. Para muchos adolescentes los factores morales, familiares, personales e incluso las religiosas generan una voz interior que los guía para resistir las presiones para mantener relaciones sexuales antes del momento indicado

CUADRO N. 1

EL ADOLESCENTE EN EL ÁREA URBANA Y RURAL

URBANA	RURAL
Asisten regularmente a Centros de Salud, Hospitales, Clínicas.	No asisten a controles de salud de manera frecuente
1 de cada 10 enferma frecuentemente	1 de cada 5 jóvenes enferma frecuentemente
15% son madres adolescentes	20% son madres adolescentes
Consideran la erradicación del analfabetismo	Se acepta la existencia de analfabetos
1 de cada 5 trabajan	3 de cada 5 jóvenes trabajan
1 de cada 10 chicas realizan tareas domésticas	2 de cada 10 chicas realizan tareas domésticas

Fuente: Fundación Desafíos. Encuesta a juventud urbana 2004 y Encuesta a juventud rural 2005.

2.4.4.- MADRES ADOLESCENTES

"El embarazo adolescente es aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

(ISSLER, Juan R. "Embarazo en la Adolescencia", Revista de Postgrado de la Cátedra, Vía Medicina N° 107, Chile, 2001, 23 p)

Las implicaciones del embarazo y la maternidad son múltiples y devastadoras, tanto para la familia como para los padres adolescentes.

Consecuencias

La repercusión en la vida de ella, su hijo, e inclusive del padre, el entorno familiar, social y debido a su frecuencia, va convirtiéndose en un problema de salud pública, interrumpiéndose la etapa propia de la adolescencia para cumplir el rol de madre.

- Muerte en el parto
- Anemia
- Abandono escolar
- Mayor riesgo de abandono, divorcio
- Mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos
- Desempleo
- Madre soltera, discriminación por su estado de madre soltera
- Continuidad del círculo de la pobreza.

Las principales causas de muerte materna para el año 2010:

“66,1%, son complicaciones obstétricas directas: hemorragia, sépsis, complicaciones del aborto, preeclampsia o eclampsia y trabajo de parto prolongado u obstruido. 33,2% causas indirectas, por lo general trastornos médicos preexistentes agravados por el embarazo o el parto, inclusive anemia, paludismo, hepatitis y cada vez más, el SIDA”.

(EL UNIVERSO, “Una tasa de natalidad que rebasa los planes creados para frenarla”, Sábado 5 de Marzo 2011. disponible en <http://www.eluniverso.com/2011/03/06/1/1447/tasa-natalidad-rebasa-planes-creados-frenarla.html>)

VARIABLES DEPENDIENTES

2.5.1.- SALUD PÚBLICA

WINSLOW, (1920) Define la salud pública como: "La ciencia, el arte de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud, la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".

"La problemática que se presenta durante el embarazo lo lleva a ser considerado como un problema de salud pública por que el cuerpo no se encuentra capacitado para la maternidad y por los diversos tipos de enfermedades a los que conlleva. Las enfermedades van desde la preeclampsia o eclampsia, hasta el aumento de la presión arterial en la adolescente tan fuerte que pudiera hacer convulsionar a la persona, ocasionándole daño cerebral y hasta la muerte".

(Pérez, Sonia. "Un problema de salud pública: Adolescentes embarazadas", México 1998.
<http://search.proquest.com/docview/376981207/13C88911AC82BDD4983/7?accountid=36765>)

2.5.2.- SALUD INFANTIL

“Es un conjunto de actividades guiadas a fomentar la adquisición de hábitos de salud, higiene durante el embarazo, la preparación al parto y puerperio, así como el cuidado del recién nacido y la promoción de la lactancia materna”.

2.5.3.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO

“El crecimiento y desarrollo son indicadores del estado de salud de la población infantil y los adolescentes”. Este es un proceso dinámico, de control más frecuente durante los primeros meses de vida y mas espaciado conforme avance el tiempo hasta la adolescencia

(OMS. Definiciones. Disponible en [fecha de consulta 16 de junio del 2012], disponible en: <http://www.escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios1.htm>)

“Durante la infancia, un aumento regular de las dimensiones corporales, específicamente peso, talla y perímetro cefálico, son un indicador importante de salud. Hay que llevar un buen control de la evolución del crecimiento y compararlo con las tablas que señalan los promedios para la edad del pequeño. Este es un proceso dinámico, de control más frecuente durante los primeros meses de vida y mas espaciado conforme avance el tiempo hasta la adolescencia”.

(Robledo, Juan Alberto. “Su salud no es un juego”, México, 2002. <http://search.proquest.com/docview/310761817/13C88A05F5147E2F91B/16?accountid=36765>)

Factores que afectan el crecimiento y desarrollo

Crecer y desarrollarse adecuadamente es un indicador de las buenas condiciones de salud de los niños y niñas. Existiendo algunos factores que pueden alterar el crecimiento y el desarrollo.

- “Enfermedades,
- Desnutrición
- Situaciones de riesgo en la embarazada.
- Condiciones del parto.
- Nutrición inadecuada o insuficiente de la madre durante el embarazo y del bebé luego del nacimiento.
- Falta de afecto y de estímulo.
- Enfermedades de los niños y niñas.
- Condiciones ambientales deficientes.
- Falta de acceso a los servicios de salud.
- Contexto social.
- Violencia doméstica.
- Hospitalizaciones prolongadas.
- Destete precoz”

KIMMEL SR, y Ratliff Schaub K, “El crecimiento y Desarrollo”, Medicina de Familiar, 7^a ed, Filadelfia, Saunders, Elsevier; 2007, 1278p.

CRECIMIENTO

La PAHO define: “Crecimiento al aumento del tamaño del cuerpo y se mide cuantitativamente registrando periódicamente el peso y la talla”.

“Iniciándose desde el momento de la concepción, se extiende a través de la gestación, infancia, niñez y adolescencia. Es un proceso inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico”.

(PAHO, Boletín Epidemiológico, “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia”, Niños Sanos: la Meta del 2002”, Vol. 20 No. 4, diciembre, 1999, 25p)

Talla.

La medición en los niños menores de 2 años de edad, se los coloca en decúbito dorsal sobre el paidómetro, colocando la cabeza del niño en el lado fijo de este tensando las rodillas para poder fijar la planta de los pies se aplica la escuadra móvil a estos manteniendo en un ángulo recto.

Al niño mayor de 2 años se lo mide de pie. Utilizando el tallímetro de pedestal o una cinta métrica pegada en la pared, se verifican los puntos de contacto (talón, nalga, hombro y nuca) al tiempo que se pone el punto superior del tallímetro en contacto con el punto más prominente de la cabeza.

Al dar la lectura como resultado una cifra inexacta se aproximará al centímetro o al medio centímetro inmediato superior.

(MSP. “Manual de Normas para la Atención Materno Infantil”, Ecuador, 2000. 386p)

CUADRO N.-2

EDAD	TALLA	EDAD	TALLA
Nacimiento	50 cm	8 al 12 mes	1 cm x mes
1 mes	4cm x mes	1 año	72cm
2 mes	3 cm x mes	2 años	82 cm
3 al 7 mes	2 cm x mes	2 al 5 año	10 cm x mes

Fuente: Normas de atención a la niñez MSP. 2005

Peso.

El control de crecimiento del niño menor de 2 años se lo realizará pesándolo cada mes, utilizando una balanza para bebés en la que se acuesta al niño, sin ropa y sin pañal. Antes de cada uso de la balanza se verificará que esta se encuentre encerada, para lograr que el peso del bebé sea exacto. El peso debe ser registrado en kilogramos (Kg) y fracciones de hasta diez gramos y este peso se lo grafica en el formulario 028-A del MSP, de la Historia Clínica así como también en el Carné de Salud Infantil.

(MSP. "Manual de Normas para la Atención Materno Infantil", Ecuador, 2000. 386p)

CUADRO N.- 3

EDAD	PESO
Nacimiento	3000 – 3500 gr
1 trimestre	25 - 30 gr/día
2 trimestre	20 gr/día
3 trimestre	10 – 15 gr/día
4 trimestre	10 gr/día
1 año	9,5 Kg – 10,2Kg
1 – 2 años	2500 – 3500 gr/año
2 – 5 años	2 Kg/año

Fuente: Normas de atención a la niñez MSP. 2005

La clasificación del estado nutricional y la evolución en el crecimiento del niño se realiza con el subsiguiente control de peso registrado en los gráficos del formulario 028-A del MSP y del carné de salud infantil. De acuerdo al sexo del niño se utiliza un formulario distinto para cada uno de ellos.

(MSP. “Manual de Normas para la Atención Materno Infantil”, Ecuador, 2000. 386p)

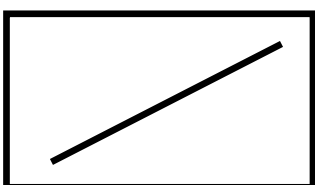
CUADRO N.-4

MONITOREO DE CRECIMIENTO

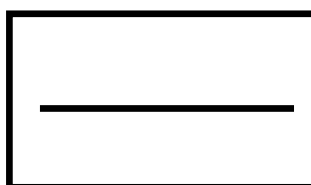
LIMITES	CLASIFICACIÓN
Mayor que el percentil 97	Sobrepeso
Entre el percentil 97 y el percentil 3	Normal
Entre el percentil 3 y -3 desviación estándar	Peso bajo
Por debajo de -3 desviación estándar	Peso muy bajo

Fuente: Normas de atención a la niñez MSP. 2005

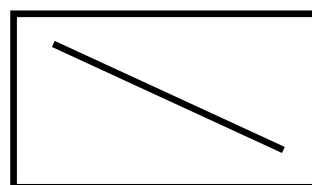
La enfermera encargada de evaluar el crecimiento debe unir el punto del peso anterior con el peso actual, de tal forma que se anote en el registro la tendencia del crecimiento.



Bueno



Peligro



Mucho Peligro

El niño está creciendo bien	El niño debe comer por lo menos 5 veces al día y acudir urgentemente a la unidad de salud.	El niño puede estar enfermo, necesita cuidado especial.
------------------------------------	---	--

Perímetro Cefálico

La toma del perímetro cefálico en los niños se realizará con una cinta métrica flexible, que no se deforme de al menos entre 7 y 12 mm de ancho. La cinta métrica se colocará sobre las protuberancias frontal y occipital. La lectura se tomará en la región parietal izquierda, se mide el perímetro máximo, en lo posible sin el espesor del cabello. Esta medida deberá ser tomada hasta los 2 años de edad.

(MSP. "Manual de Normas para la Atención Materno Infantil", Ecuador, 2000. 386p)

CUADRO N.- 5

EDAD	PERÍMETRO CEFÁLICO
Nacimiento	33 cm
1 mes	2 cm x mes = 39cm
2 mes	1 cm x mes = 42 cm
7 al 12 mes	0,5 cm x mes = 45cm
1 – 2 años	3 cm = 48 cm

Fuente: Normas de atención a la niñez MSP. 2005

“Si la cabeza del niño es muy pequeña se habla de “microcefalia”, puede deberse a infecciones prenatales o factores genéticos. Si es excesivamente grande se denomina macrocefalia simple que suele ser familiar o hidrocefalia, que se produce por acumulación de líquido

cefalorraquídeo o un crecimiento demasiado lento puede ser una señal que el cerebro no se está desarrollando apropiadamente”

(MSP. “Manual de Normas para la Atención Materno Infantil”, Ecuador, 2000. 386p)

DESARROLLO

La PAHO manifiesta “El desarrollo es el proceso de adquisición de funciones cada vez más complejas, se miden a través de cómo el niño sostiene la cabeza, la marcha, la manipulación de objetos, erupción dentaria, maduración ósea, control de esfínteres, capacidad de comunicarse con lenguaje escrito y oral. Observando la presencia o ausencia de habilidades, conductas y capacidades en distintas edades”.

Es un proceso sucesivo de etapas 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 en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, y ambientales.

La genética, específica de cada persona, establece capacidades propias del desarrollo, con imposibilidad de modificarlas. Los factores ambientales modulan o determinan la latencia de algunas de las características genéticas.

Características del desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad

Desarrollo mental o cognitivo.

Durante la etapa sensorio motora el niño presenta conductas inteligentes, aunque en parte sea todavía pre verbal. El objeto deja de existir para el niño en el momento que desaparece de su vista en los primeros momentos de su vida, al final de esta etapa (2 años), está desarrollado el concepto de permanencia de los objetos y comprende las implicaciones de los desplazamientos visibles o invisibles.

(BEJERANO G., Fátima. Características Generales del Niño y la Niña de 0 A 3 Años Cuadernos de Educación y Desarrollo, Vol. 1, Nº 5, Instituto de Enseñanza Secundaria El Greco de Toledo, España, 2009, 94 p)

Desarrollo afectivo y de la personalidad.

FREUD “Caracteriza la etapa desde el nacimiento hasta el 1 año 6 meses como la etapa oral, de placer y satisfacción a través de los estímulos orales. Luego, desde el 1 año 6 meses hasta los 3 años se desarrolla la etapa anal los estímulos placenteros se recibirán a través de los movimientos intestinales. Durante esta primera infancia el bebé trabaja fundamentalmente bajo el principio del placer”.

Desarrollo Psicomotor. Integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices en la capacidad de ser y expresarse en un contexto psicosocial. “Adquieren dos automatismos básicos: la prensión y la locomoción. Motor Grueso y Fino”. La adquisición de estos constituye un importante logro, ya que facilita la autonomía en los desplazamientos, el acceso a múltiples experiencias del entorno.

(BERRUEZO, Pedro Pablo. “El contenido de la psicomotricidad. Psicomotricidad: prácticas y conceptos”, 1ª ed. Madrid, 2000, 99 p)

Motor Fino. Comienza en los primeros meses cuando se relaciona con los movimientos finos coordinados entre ojos y manos poco a poco a través de experimentar y trabajar con ellas, podrá empezar a darle un mayor manejo. Al dejarle juguetes a su alcance el bebe tratará de dirigirse a ellos y agarrarlos. Hasta lograr la coordinación ojo - mano, para luego empezar a trabajar el agarre.

Motor Grueso. Tiene que ver con los cambios de posición del cuerpo, la capacidad de mantener el equilibrio, incluye la postura y la movilidad.

“El niño debe sostener la cabeza, para luego sentarse sin apoyo y más tarde equilibrarse en sus cuatro extremidades al gatear y por último, alrededor del primer año de edad, pararse y caminar. La capacidad de caminar en posición erecta es una respuesta a una serie de conductas sensoriales y motoras dirigidas a vencer la fuerza de gravedad. Trabajar contra la fuerza de gravedad requiere de esfuerzo, por lo que el niño fácilmente se fatiga y se niega a hacerlo”.

(MSP. “Manual de Normas para la Atención Materno Infantil”, Ecuador, 2000. 386p)

2.5.3.- ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

“El crecimiento y desarrollo es el proceso de transformación que evoluciona dinámica y rápidamente en los niños durante su ciclo vital. La vigilancia y acompañamiento del mismo, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones, representa la posibilidad de una intervención con alta rentabilidad social y económica”.

(VILLADA Luis, y Hospital de la Misericordia, “Programa de Crecimiento y Desarrollo”, Colombia, 2010, 728p)

2.5.3.1. Alteraciones del Crecimiento

- Trastornos del Crecimiento Físico

La nutrición, atención de salud, factores genéticos, étnicos, medio ambiente, son factores determinantes del crecimiento infantil entre los 5 a 6 años de edad.

- Retraso en el crecimiento intrauterino

Está relacionado con el tamaño del niño intraútero, por lo general estos son bebés con bajo peso al nacer, con altas probabilidades de desarrollar problemas de salud durante la gestación y al nacimiento.

Los problemas que afectan la salud del niño pueden incluir:

- Dificultad para manejar el estrés producido por el parto vaginal.
- Mortinato
- Hipo glicemia al nacer.
- Baja resistencia a las infecciones.
- Dificultad para mantener la temperatura corporal.
- Recuento de glóbulos rojos normalmente alto.

- Talla baja

Al existir una disfunción de la glándula pituitaria que produce la hormona de crecimiento, los niños podrían tener una estatura baja para su edad y se debe incluir un tratamiento para estimular el crecimiento.

- **Retraso de talla constitucional**

Esta expresión se aplica al retraso en el crecimiento infantil mucho más lenta de lo habitual, que al nacer su talla es normal pero existe una desaceleración en el crecimiento luego de los 6 meses y alrededor de los 2 o 3 años su crecimiento se estabiliza y crece a una velocidad normal.

- **Retraso de talla familiar**

La carga genética es el determinante del crecimiento infantil, desacelera en los primeros años de vida, para continuar a una velocidad normalmente baja.

(MSP. "Manual de Normas para la Atención Materno Infantil", Ecuador, 2000. 386p)

2.5.3.2. Alteraciones del desarrollo

Trastornos del desarrollo adaptativo

Es un trastorno caracterizado por el retraso en el desarrollo de habilidades como lenguaje, comunicación, sociabilización y motoras. Dificultades relacionadas con problemas de salud mental.

Trastornos del desarrollo personal – social

Son trastornos que impiden un buen desarrollo de las capacidades y características del niño en el ámbito social.

CUADRO N.- 6.
TESTS PARA DE EVALUAR EL DESARROLLO

Normas para la evaluación del desarrollo de los 12 primeros meses de edad Test de Aldrich y Norval



Fuente: M.SP.HCU- Form.028B/02 Atención Infantil, Preescolar y Escolar

Evaluación del desarrollo a través del test

A través de instrumentos como son los Test de Aldrich y Norval, se puede hacer una evaluación infantil observando algunas conductas o capacidades que aparecen a determinadas edades, esta observación se la hace en cuatro áreas de la conducta que son:

- Psicomotriz grueso
- Personal social
- Motor fino adaptativo
- Lenguaje

Se deberá considerar lo siguiente:

- Definir la edad del niño a evaluar
- Preparar el material necesario según la edad del niño
- Elegir un sitio apropiado para la evaluación, libre de interferencias y distracción para el niño.
- Explicar a la madre o acompañante en qué consiste esta evaluación, aclarando que no es un test de inteligencia
- Anotar las reacciones del niño durante la evaluación, participación en el proceso.
- Si hay una o más fallas en la evaluación de una determinada área, no dar por hecho que existe un retardo en el desarrollo, deberá repetirse en una siguiente oportunidad la misma evaluación para descartar cualquier alteración
- Referir al niño si se volvieran a repetir las faltas anteriores detectadas para que se haga el diagnóstico del retardo en el crecimiento, se inicie la estimulación y rehabilitación del niño según corresponda.

(M.S.P. HCU- Atención Infantil, Preescolar y Escolar)

CUADRO N.- 7

DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO ENTRE 0 - 3 AÑOS				
EDAD	MOTOR GRUESO	LENGUAJE	MOTOR FINO	SOCIAL PERSONAL
RECIÉN NACIDO	Hipertonía fisiológica. En prono, postura fetal: rodillas debajo del abdomen. Mueve todas las extremidades.	Gemidos. Reacciona al sonido	Manos cerradas, a menudo con los pulgares aducidos. Es capaz de fijar la mirada en la cara pero la visión es confusa.	Responde a la cara y a la voz de los padres. Pseudosonrisa.
1 MES	Levanta momentáneamente la cabeza. Las rodillas ya no están debajo del abdomen. Continúa elevada la cadera. Mueve todas las extremidades		Manos abiertas con frecuencia. Se fija en la cara y la sigue.	Responde a la cara y la voz de los padres. Cuando llora, se calma al hablarle o cogerlo. Aparece sonrisa social entre la 4 y 6 semanas
2 MESES	Levanta la cabeza y la parte superior del tórax, con apoyo en antebrazos. Sujeta la cabeza de forma inconstante	Balbucesos y vocalizaciones cuando le hablan	Coordinación mano – mano. Fijación, convergencia y enfoque. Sigue objetos 180°.	Sonríe y vocaliza cuando le hablan. Muestra interés por los estímulos visuales y auditivos. Disfruta al interactuar con los adultos.
4 MESES	En prono, cabeza a 90°, con apoyo en las manos. Caderas extendidas. Supino estable, cabeza en la línea media. Lleva las manos a las rodillas. En tracción a sentado, la cabeza está alineada con el tronco. Buen control cefálico (3 meses).	Monosílabos (le, be, pa, ma). Hace “pedorretas”, “ajo”. Gira la cabeza al sonido	Abre las manos. Extiende el brazo para coger un objeto y se lo lleva a la boca (presión cúbito – palmar). Juega con el sonajero en la mano durante mucho tiempo y lo agita, pero no puede cogerlo si lo tira. Mira inmediatamente los objetos móviles.	Ríe a carcajada. Grita.

	Puede girar de prono a supino (sin rotación de columna)			
6 MESES	En prono, apoyo sobre manos y pubis. En supino, se agarra los pies. En tracción sentado, participa activamente. Se mantiene sentado con apoyo. Sujeta su peso con las piernas si le mantienen en bipedestación. Puede girar de supino a prono (sin rotación de columna)	Sílabas (da-da, ba - ba) Se gira hacia el sonido a 40-50cm del nivel del oído.	Levanta la mano para ir a por un objeto. Transfiere objetos de una mano a otra. Coge objetos pequeños (pinza digito-palmar) Se coge los pies con las manos.	Reconoce a los padres de forma diferenciada. Sabe dormirse solo. Puede comenzar a mostrar ansiedad ante los extraños. Puede masticar.
9 MESES	Sabe sentarse solo y se mantiene estable, gira el tronco. Se desplaza para coger un objeto Gatea. Puede hacer fuerza para ponerse de pie. Se mantiene de pie agarrado a los muebles.	Bisílabos no referenciales (papa, mama, tata) Entiende unas pocas palabras: (no, adiós) Localiza sonidos por encima o debajo de su nivel	Pinza índice-pulgar inmadura. Se dirige a los objetos con el dedo índice. Golpea y deja caer los objetos	Responde a su nombre. Sujeta el biberón. Come con los dedos. Puede mostrar ansiedad ante extraños. Da palmitas, dice adiós. Juega al escondite con un pañuelo.
12 MESES	Se mantiene de pie sólo. Anda agarrado de una mano. Puede dar unos pocos pasos sólo. Puede arrastrarse sobre la nalga y la mano	Vocabulario de 2-3 palabras con significado además de papa y mama. Sabe el significado de las palabras	Deja de llevarse objetos a la boca. Empieza a tirarlos al suelo (liberación voluntaria) Pinza índice-pulgar precisa. Señala con el dedo índice. Busca con la mirada objetos caídos u ocultos	Puede dar un beso si se lo piden. Come solo. Bebe de un vaso. Pasa los brazos por las mangas con ayuda.
15 MESES	Anda bien. Sube escaleras gateando.	Vocabulario de 3-6 palabras.	Tira menos cosas. Hace torres de 2 cubos.	Indica lo que quiere con gestos y sonidos.

	Se agacha y se pone de pie sin apoyo.	Puede señalar una parte de su cuerpo. Entiende órdenes simples	Sostiene 2 cubos en la mano. Hace garabatos.	Come sólo, sin ayuda. Maneja la cuchara pero la gira cerca de la boca. Imita tareas.
18 MESES	Sube escaleras cogido de la mano. Salta con los 2 pies juntos. Da patadas a un balón sin caerse.	Vocabulario de 10-15 palabras. Jerga. Imita palabras. Usa palabras-frase: bobo- cae. Aparición del “no”. Cumple órdenes sencillas. Escucha una historia, mirando los dibujos y nombrando objetos. Señala 2-3 partes de su cuerpo.	Hace una torre de 3-4 cubos. Saca un objeto de la botella sin demostración. Garabatos espontáneos. Hace una raya imitando. Pasa hojas de libro, 2-3 a la vez.	Maneja bien la cuchara y el vaso. Insiste en hacer cosas él sólo, como comer. Avisa cuando ha mojado el pañal. Da besos y abrazos.
2 AÑOS	Sube y baja escaleras sólo, de una en una. Corre con soltura. Coge objetos del suelo sin caerse. Da patadas al balón sin perder el equilibrio.	Vocabulario de 20-50 palabras. Usa frases de 2-3 palabras con verbo. Usa pronombres (yo, tu, mi) Cumple órdenes con dos pasos. Señala hasta 4 partes de su cuerpo y nombra al menos una.	Hace torres de 5-6 cubos. Imita una línea horizontal y vertical. Desenrosca tapaderas. Pasa las hojas de un libro una a una.	Se lava y seca las manos. Se sube los pantalones, se quita los zapatos. Abriga a la muñeca. La acuesta. Observa a otros niños y juega cerca pero aparte de ellos. Casi siempre seco por el día.

Fuente: FARRIOL, María Rosa, Desarrollo Psicomotor del Niño Entre 0-3 Años, Principios del Desarrollo, I Jornadas de Salud Escolar y Universitaria Hospital San Pedro, Logroño, España, 2008, 65p.

2.5.2. Salud Materno Infantil

Los estudiosos conceptualizan a la Salud Reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social, durante el proceso de reproducción, el ejercicio de la sexualidad y la analizan a partir de tres elementos básicos:

- Capacidad, que depende de poder reproducirse, decidir cuántos hijos tener y cuándo; y gozar de su sexualidad;
- Logro, que depende de la supervivencia y el desarrollo de un (una) niño(a) sano(a); y
- Seguridad, que significa embarazos y partos con bajos riesgos.

Gran parte del fundamento de la salud futura de estas personas se encuentra en las 40 semanas de embarazo y en los primeros seis meses de vida del infante.

(VITERI Díaz Galo, Situación de la Salud en el Ecuador, Observatorio de la Economía Latinoamericana, Subsecretaría de Política Económica del Ministerio de Economía y Finanzas, Ecuador 2007 [fecha de consulta 3 julio 2012, *disponible en:* <<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm>>)

2.5.3. Salud infantil

Los problemas de salud infantil, responden en gran medida al contexto de pobreza, exclusión e inequidad social "la mayoría de los pobres son niños" y por tal razón se asume que mejorando el bienestar social, se controlarán sus nefastas consecuencias.

La salud pública y la salud infantil interactúan por lo tanto contribuyen en la formación de lo que se denomina la salud pública infantil, cuya tarea es colocar la salud para los niños y su familia en su solo contexto.

Como razones importantes para que la salud y el bienestar de los niños, sean de especial importancia en la Salud Pública se exponen:

- Los niños componen una parte substancial de la población del país.
- Los niños representan un grupo vulnerable de la sociedad, su salud y bienestar reflejan la voluntad y capacidad de la sociedad para cuidar a sus ciudadanos. GÓMEZ DE TERREROS I, Calidad de Vida y Educación para la Salud. La Educación para la Salud en el ámbito comunitario. Pediatría Integral y Psicología Pediátrica, Vol. 2. Sevilla, España, 1995, 553 p)

CUADRO N.- 8

ESQUEMA DE VACUNACIÓN							
Vacunas	Dosis	Vía	Edad en meses			Refuerzos	
			1 dosis	2 dosis	3 dosis	1 R	2 R
BCG	0,1	I.D	R.N.				
OPV	2 Gtts	VO	2m	4m	6m	Al año de la última dosis	
DPT	0,5	IM	2m	4m	6m	Al año de la última dosis	
Pentavalente (DPT, HB, Hib)	0,5ml	IM	2m	4m	6m		
SRP	0,5ml	SC	Dosis única de 12 a 23 meses			Dosis única de 12 a 23 meses	
DT	0,5ml	IM	2do año de básico			7mo año de básica	

(Manual de Normas Técnico Administrativas, Métodos y Procedimientos de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica del (PAI), MSP, Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública, 2005)

2.5.4. Salud Pública

Es la ciencia, el arte de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud, la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y rehabilitación; así como desarrollar la maquinaria social que le asegure cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.

(MARTÍN Delia Aurora (2009). Hacia la excelencia en los servicios de salud. Capacitación de los cuadros administrativos. Maestría en Desarrollo Social, FLACSO Programa Cuba. La Habana. 99 p)

Fomento de Salud Pública

Proporciona diversas actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y la colectividad, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través medios de comunicación, en las escuelas y atención primaria, para asegurar las condiciones básicas de salud, educación sanitaria que debe ser complementada por cambios en el medio ambiente.

Los organismos de la salud pública deben evaluar las necesidades de salud de la población, investigar el surgimiento de riesgos para la salud y analizar los determinantes de dichos riesgos. De acuerdo a lo detectado, deben establecer las prioridades y desarrollar los programas y planes que permitan responder a las necesidades.

La Salud Pública debe:

- Gestionar recursos para asegurar que sus servicios lleguen a la mayor cantidad de gente posible.
- No puede ofrecer servicios de avanzada para ciertas personas y descuidar las condiciones de salud del resto, ya que parte de un principio comunitario y no personal

(NAVARRO Vicente, Concepto actual de salud pública, Universidad Pompeu Fabraz, USA, 2009, [fecha de consulta: 12 de junio 2012] Disponible en: <<http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf>>)

El Rol de la Enfermera

Ramos Calero E. 2002 dice: “La enfermera participa activamente en acciones de promoción, prevención y restablecimiento de la salud, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos emanados del programa nacional de salud. Respondiendo con intervenciones autónomas, independientes e interdependientes de cuidado a la salud de la población, proveyendo a las personas, familias y comunidad en el ciclo vital y procesos de desarrollo, es un integrante muy importante del equipo de salud por su participación en la vinculación sanitaria con responsabilidad directa o indirecta en la promoción de salud, prevención y control de enfermedades. En el marco de una planificación general de atención a la salud”.

Funciones

- Asistenciales
- Administrativas
- Educación
- Prevención
- Investigación

2.5. HIPÓTESIS:

“Ser madre adolescente tiene relación con el aumento de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, del Centro de Salud Simón Bolívar y en el Sub Centro de Salud de Huachi Grande, pertenecientes al Área de salud # 2 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua”.

2.6.- SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

Variable Independiente:

- Madre adolescente.

Variable Dependiente:

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

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1.- Enfoque.

Cualitativo.

Al tratarse de una investigación de tipo cualitativo, trata de analizar el fenómeno en su totalidad, buscando comprender los problemas escudriñando soluciones acertadas en una acción conjunta participativa interactuando con la madre adolescente y su hijo dentro del contexto en el que se desenvuelven, son distintos sin embargo interdependientes durante el embarazo, el parto y la infancia. Su estrecha relación es vital y deben ser respetadas.

3.2.- Modalidad Básica de la Investigación:

La modalidad básica de la presente Investigación es de campo por qué se inicia observando directamente a los hijos y a las madres adolescentes en su entorno, investigando su situación, sus condiciones de vida y su relación con el crecimiento y desarrollo durante los primeros 2 años 6 meses de edad

Sustentada también en una investigación bibliográfica por que se obtendrá datos, información, recursos, políticas de salud, etc. De libros, internet, revistas, etc.

3.3.- Nivel o Tipo de Investigación

La investigación parte de un nivel exploratorio que permitió ubicar de manera correcta la situación objeto, para continuar en el nivel descriptivo en el que se compara las diferentes problemáticas que se presentaron en el estudio y finalmente se utilizó la asociación de variables a fin buscar e identificar si la presencia de alteraciones o patologías en el desarrollo y crecimiento del niño están relacionadas con el embarazo ocurrido en la adolescencia. Este tipo de investigación permitió evaluar las variaciones de comportamiento de una variable en función de la otra.

La investigación fue de tipo descriptiva y retrospectiva.

. Descriptiva en razón que se ha estudiado la historia médica relacionada al crecimiento y desarrollo del niño, hijo de madre adolescente.

. Retrospectiva ya que se estudiaron a los hijos de madres, adolescentes nacidos en enero 2009 a junio 2011, periodo en el cual los niños tenían edades comprendidas entre 0 meses y 2 años 6 meses de edad.

3.4.- Población y Muestra

Se trabajó con 128 hijos de mujeres adolescentes, encontradas e identificadas gracias a los datos estadísticos obtenidos en el Centro Salud Simón Bolívar y en el Sub Centro de Salud de Huachi Grande, del Área de Salud # 2 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua.

3.4.1.- Población Incluyente.

La población que se incluyó en esta investigación corresponde a:

- Mujeres adolescentes que hayan tenido hijos entre enero del 2009 y junio del 2011
- Madres e hijos que tengan su residencia en el área de influencia del Centro de Salud Simón Bolívar y el del Sub Centro de Salud de Huachi Grande respectivamente.

3.4.2.- Población Excluyente.

La población que fue excluida de esta investigación corresponde a:

- Madres adolescentes con hijos fallecidos,
- Madres Adolescentes e hijos que no pertenecen al área del centro y/o sub centro de salud de su lugar de vivienda.
- Madres que para la fecha de la investigación hayan cumplido más de 19 años 11 meses de edad.
- Niños que tengan más de 2 años 6 meses de edad para la fecha de la investigación.
- Niños que tengan hasta 2 años 6 meses de edad y su madre no sea adolescente.

3.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

VARIABLE INDEPENDIENTE: MADRE ADOLESCENTE.

CUADRO N° 9.

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Se llama madre adolescente a aquella mujer que ha tenido un embarazo entre los 10 a 19 años de edad.	-Madre Adolescente -Embarazo	Características Socio demográficas Características Prenatales De 10 a 13 años. De 14 a 16 años. De 17 a 19 años.	¿Qué características Socio demográficas y prenatales presentan las madres adolescentes del sector a investigar? ¿Cuántas adolescentes embarazadas hay en el sector investigado de: ¿Entre 10 y 13 años? ¿Entre 14 y 16 años? ¿Entre 17 y 19 años?	Observación	-Cuestionario -Historia Clínica -Carné de salud - Guía de Observación - Cuaderno de notas

VARIABLE DEPENDIENTE: CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES, DE EDAD.

CUADRO N° 10

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Manifestaciones y patologías que alteren el normal crecimiento y desarrollo del niño	Alteraciones en el crecimiento	Sobrepeso Peso Normal Peso Bajo Peso Muy Bajo Talla alta para la edad Talla Normal Talla Baja para la edad Micro Cefalia Normo Cefalia Macro Cefalia	¿Cuáles son los índices antropométricos de los niños, hijos de madres adolescentes?	Observación	–Historia Clínica –Carné de salud – Cuaderno de notas – Encuesta Cuestionario del Test

	Alteraciones en el desarrollo	Alteraciones en la Motricidad gruesa. Alteraciones en la Motricidad fina. Alteraciones del Lenguaje, Desarrollo, Cognoscitivo, Desarrollo Social.	¿El desarrollo motor, cognoscitivo, social y el lenguaje de los niños están acorde a su edad?	Test de Aldrich y Norval	
--	-------------------------------	---	---	--------------------------	--

3.6.- RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El proceso de Recolección tendrá las siguientes etapas:

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

CUADRO N° 11

#	Pregunta	Respuestas
1	¿Sobre qué?	Crecimiento y Desarrollo de los niños hijos de madres adolescentes de 0 a 2 años 6 meses de edad
2	¿Para qué?	Para procesar, analizar e interpretar la información.
3	¿A quiénes?	A madres adolescentes y sus hijos
4	¿Cómo?	Mediante la observación
5	¿Con que?	Con Guía de observación
6	¿Cuándo?	Durante enero 2009 a junio 2011
7	¿Cuántas veces?	Las veces que sean necesarias
8	¿Donde se recoge la información?	En el Centro de Salud Simón Bolívar y el del Sub Centro de Salud de Huachi Grande
9	¿Por qué?	Para comprobar la hipótesis

Elaborado por: Susana Valverde. Investigadora

3.6.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La observación permitió identificar el aspecto y salud general del infante, al igual que las condiciones ambientales que rodean al niño y la madre. Como instrumentos se utilizaron registros específicos como son las historias clínicas y el carnet de salud de los infantes a fin de obtener información sobre medidas antropométricas, evolución, crecimiento y desarrollo.

La encuesta utilizada como instrumento permite recolectar información sobre el embarazo, factores protectores, factores agravantes, patologías pre y post natales, lactancia, alimentación complementaria, vacunas, entre otros. Para valorar el desarrollo se utilizara el Test de Aldrich y Norval

3.7 SESGOS

La investigación puede tener sesgos de medición, selección a causa de errores debido a diferencias sistemáticas entre las características de los pacientes seleccionados para el estudio y las de los que no se seleccionaron

Sesgo de detección ya que esta fue una investigación de tipo retrospectiva y es por ello cuando se pregunta por el antecedente se puede exponer a determinadas circunstancias existiendo la posibilidad de olvido. Y por ello al pasar inadvertidas pueden afectar la medición ya sea por su omisión absoluta o en la determinación de niveles de exposición.

3.8.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.

Se tabularon los datos, realizaron cuadros y gráficos de los diferentes aspectos que se investigó, para de este modo inferir las conclusiones que llevan a verificar las hipótesis planteadas.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 De los datos

La información obtenida del Centro de Salud Simón Bolívar y del Sub Centro de Salud Huachi Grande, del personal de Salud que labora en estas Unidades, partes diarios, historias clínicas, carnets de salud, encuesta, como información directa de las madres adolescentes de los sectores antes indicados.

4.2 Tabulación y porcentaje

La tabulación se realizó en forma manual: es decir se realizó un censo de madres adolescentes de los sectores, la información se transformó a manera cualitativa y cuantitativa, estableciéndose porcentajes para el análisis e interpretación de datos.

Se efectuó una revisión del número de madres adolescentes en los partes diarios e historias clínicas, encuestas tanto de las madres como de sus hijos, en base a ello se obtuvo los resultados siguientes:

4.3. Análisis e interpretación de datos

Información: Recogida de las madres adolescentes del sector “Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses en el Centro de Salud Simón Sub Centro de Salud Huachi Grande del Área # 2 del Ministerio de Salud Pública de Tungurahua Cantón Ambato Provincia de Tungurahua”

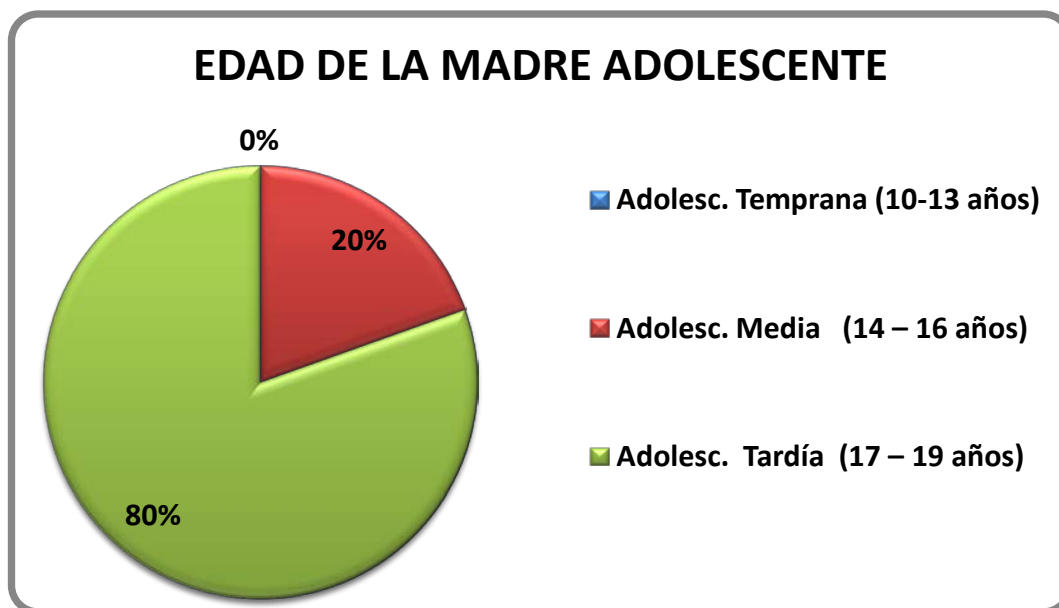
TABLA N.- 1

EDAD DE LA MADRE ADOLESCENTE

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adolesc. Temprana (10-13 años)	0	0%
Adolesc. Media (14 – 16 años)	25	19,4%
Adolesc. Tardía (17 – 19 años)	103	80,4%
Total	128	100%

Fuente: HCl
Elaborado por: Susana Valverde

GRAFICO N° 2



Fuente: HCl
Elaborado por: Susana Valverde

ANÁLISIS:

De las madres, observadas se comprobó que la mayor parte de ellas corresponden a la Adolescencia tardía es decir se encuentran entre 17 y 19 años de edad, seguidas por una mínima cantidad de mujeres comprendidas en edades de 14 a 16 años correspondientes a la adolescencia media, llegando a darnos un 19,4% frente al 80,4% al que encontramos en la Adolescencia tardía.

La gestación en la adolescencia continúa siendo un problema importante, este período trae importantes consecuencias sociales y de salud sobre la adolescente y su hijo. Pues se debe comprender que son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.

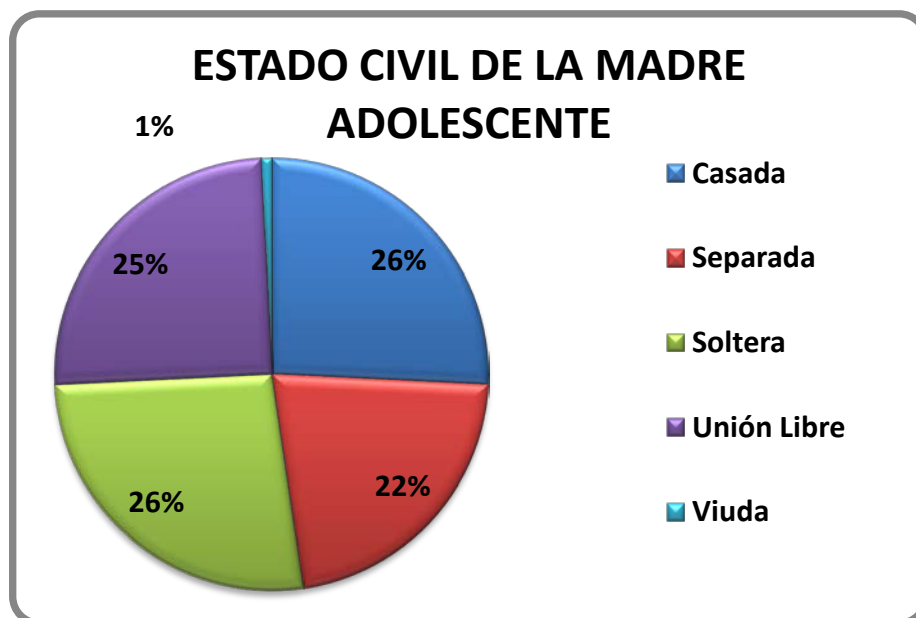
TABLA N° 2

ESTADO CIVIL DE LA MADRE ADOLESCENTE

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	33	25,8%
Separada	28	21,9%
Soltera	34	26,6%
Unión Libre	32	25,0%
Viuda	1	0,8%
Total	128	100%

Fuente: HCl
Elaborado por: Susana Valverde

GRAFICO N° 2



Fuente: HCl
Elaborado por: Susana Valverde.

ANALISIS:

En esta etapa se puede separar en dos grupos a las adolescentes embarazadas, uno las solteras, separadas y otro grupo las casadas y en unión libre, por dar a notar quienes se hallan con el respaldo de una pareja.

De allí se desprende la importancia de conocer el estado civil de estas adolescentes, ya que de ello depende la situación económica de la familia su acceso hacia salud, alimentación, educación, etc., que a su vez conllevan hacia una estabilidad emocional, familiar y económica.

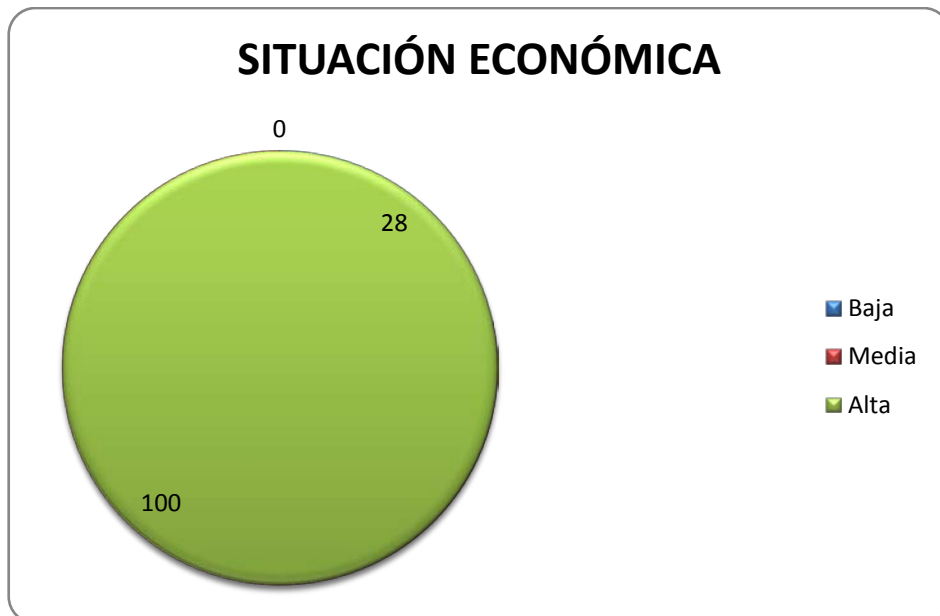
TABLA N° 3

SITUACION ECONOMICA DE LA MADRE ADOLESCENTE

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Baja	28	21,19%
Media	100	78,1%
Alta	0	0
Total	128	100%

Fuente: HCl
Elaborado por: Susana Valverde

GRAFICO N° 3



Fuente: HCl
Elaborado por: Susana Valverde

ANÁLISIS:

La situación económica tanto para la familia, como para las adolescentes investigadas corresponden y se localizan en una situación económica media en un 78,1%, mientras que el 21,19% se encuentran en un nivel económico bajo.

Como anteriormente se describía la situación económica, nos dará una pauta para conocer las facilidades que tiene la madre y el niño para acceder a los controles médicos, una alimentación sana, educación y un medio ambiente saludable, y estable.

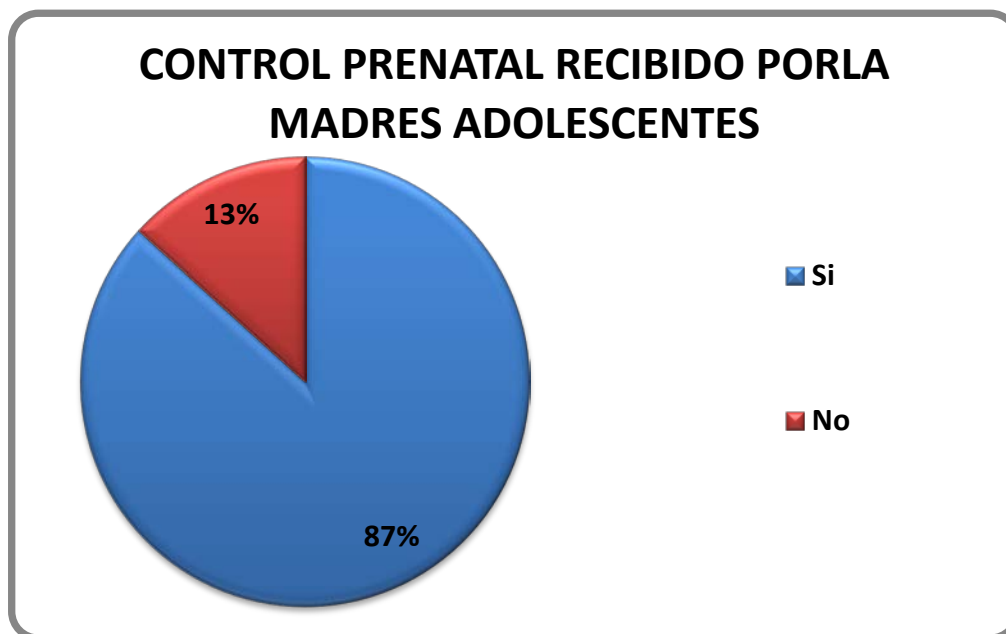
TABLA N° 4

CONTROL PRENATAL RECIBIDO POR LAS MADRES ADOLESCENTE

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	111	86,7%
No	17	13,3%
Total	128	100%

Fuente: HCI
Elaborado por: Susana Valverde

GRÁFICO N° 4



Fuente: HCI
Elaborado por: Susana Valverde

ANÁLISIS:

Se observa que una pequeña minoría de adolescentes no han tenido controles subsecuentes del embarazo a causa de la vergüenza de ser revisadas por un médico y otra que no asumían el embarazo, por lo tanto, no querían que sus padres se enteren de su estado, conformado de esta manera un 13,3%, ante un 86.7% de quienes fueron atendidas por su embarazo específicamente.

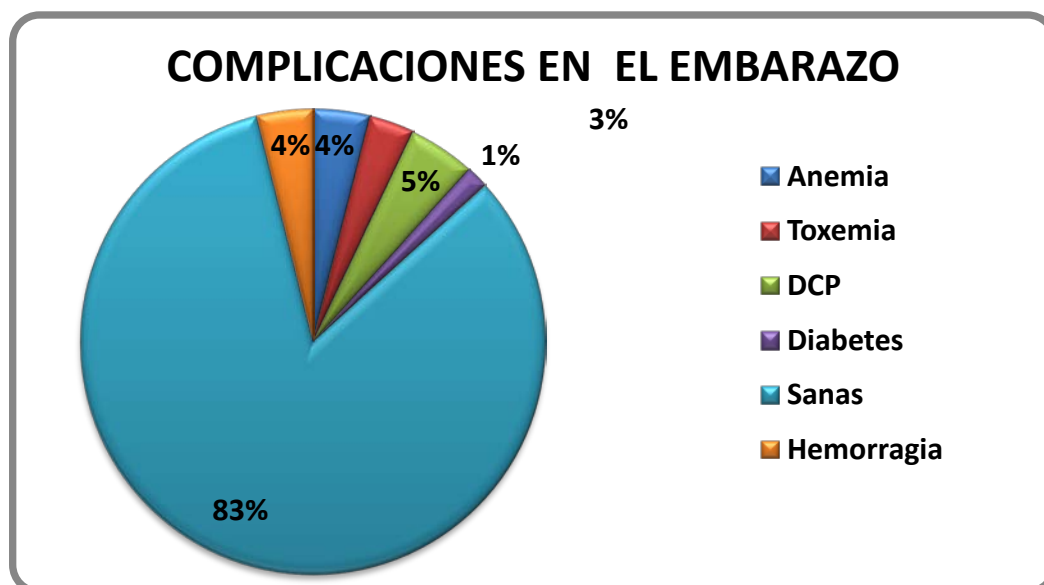
De acuerdo a la OMS los controles prenatales nos ayudan a garantizar un embarazo, parto y puerperio con mínimo riesgo, y a su vez un niño con buen peso y sano.

TABLA N.- 5
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO DE LAS MADRES
ADOLESCENTES

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anemia	5	3,9
Toxemias	4	3,1
DCP	6	4,7
Diabetes	2	1,6
Hemorragia	5	3,9
Sanas	106	82,8
Total	128	100%

Fuente: HCl
 Elaborado por: Susana Valverde

GRAFICO N° 6



Fuente: HCl
 Elaborado por: Susana Valverde

ANÁLISIS:

Se obtuvo un 82,8% en adolescentes que no presentaron problemas durante el embarazo, mientras la sumatoria total de las patologías presentadas nos da un 17,2% de las madres adolescentes que tuvieron complicaciones en el embarazo.

Las complicaciones del embarazo adolescente son múltiples, teniendo en cuenta la importancia de los factores psicosociales, además de patologías como HTA inducida por el embarazo, Anemia, Hemorragias, etc., Observándose mayor riesgo de aborto, parto pre término o parto por cesárea por inmadurez fisiológica

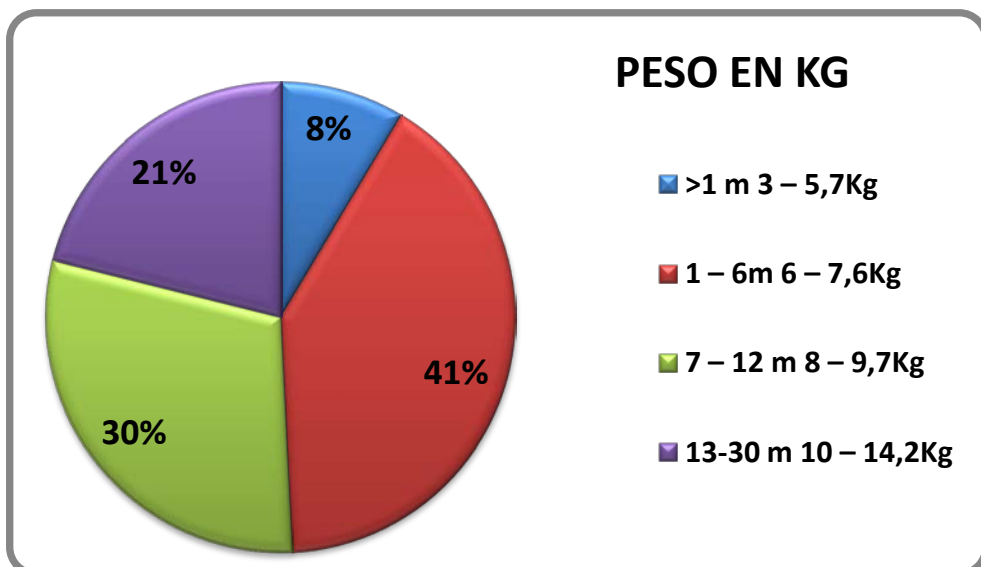
TABLA N° 6

PESO EN KG DE LOS NIÑOS HIJOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES

EDAD MESES	PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
>1 m	3 – 5,7	11	8,6%
1 – 6m	6 – 7,6	52	40,6%
7 – 12 m	8 – 9,7	38	29,7%
13-30 m	10 – 14,2	27	21,1%
	Total	128	100%

Fuente: HCI
Elaborado por: Susana Valverde

Grafico N° 6



Fuente: HCI
Elaborado por: Susana Valverde

ANÁLISIS:

Según el peso observado en los niños de 1 a 6 meses de edad estos se encuentran dentro del rango de los 6 – 7,5kg demostrando que se encuentran dentro del parámetro de normalidad. Ante un 8,6% de quienes se encuentran entre los 3- 5,7Kg de peso en los que se encuentran los niños menores de 1 mes de edad.

El peso en la infancia es un indicador del estado nutricional, genético y ambiental al que se halla expuesto el niño y debe ser observado mensualmente.

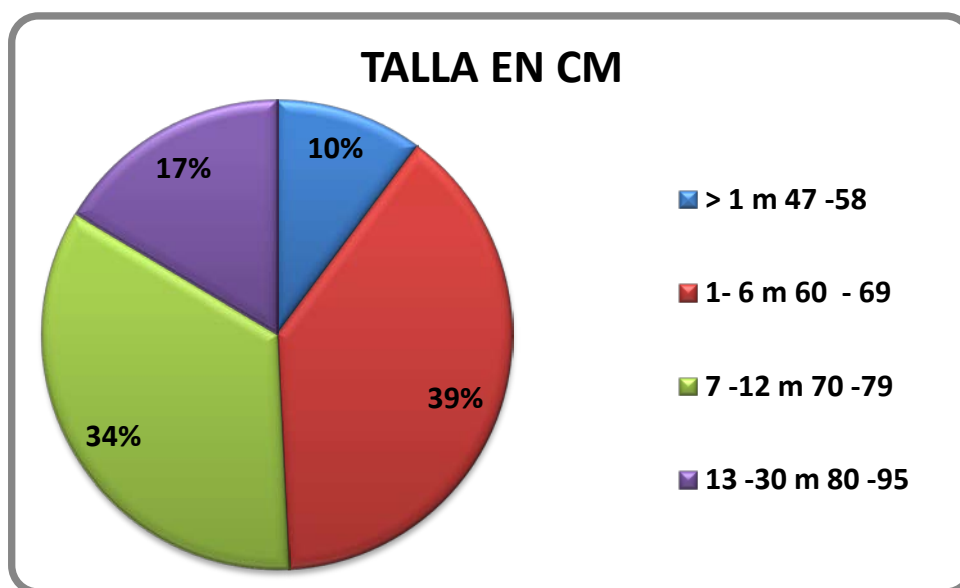
TABLA N°7

TALLA EN CM DE LOS NIÑOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES

EDAD MESES	PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
>1 m	47 – 58 cm	13	10,2%
1 – 6m	60 – 69 cm	50	39,1%
7 – 12 m	70 – 79 cm	44	34,4%
13-30 m	80 –95 cm	21	16,4%
	Total	128	100%

Fuente: HCI
Elaborado por: Susana Valverde

GRÁFICO N° 7



Fuente: HCI
Elaborado por: Susana Valverde

ANÁLISIS:

Se puede observar que el 34,4% de niños miden de 70 – 79cm, en el parámetro de 7 a 12 meses de edad y nuevamente los menores de 1 mes forman la minoría con un 10,2%.

La talla permite estimar el crecimiento en el niño dando la pauta del crecimiento corporal de este, y a su vez es sensible a deficiencias nutricionales crónicas reflejando la historia nutricional del mismo.

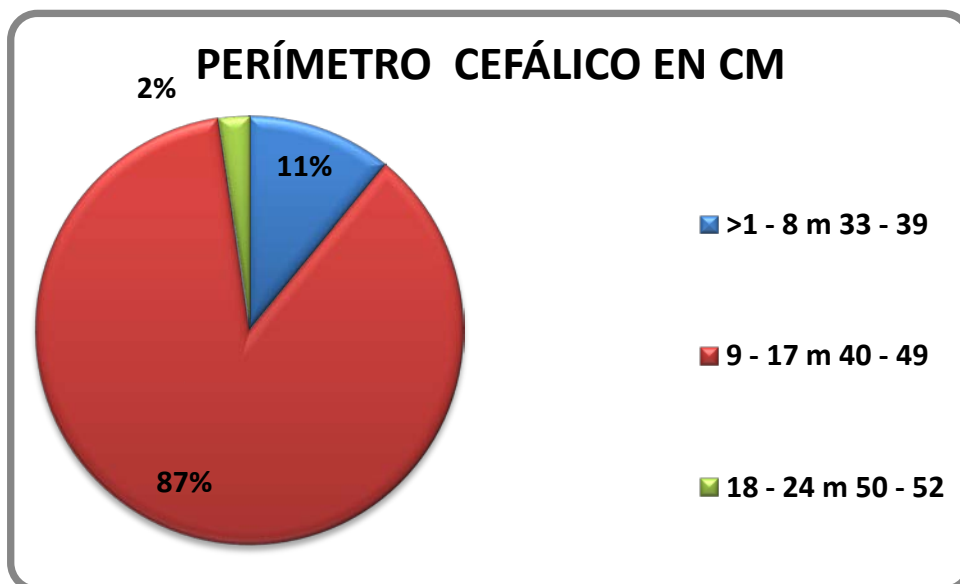
TABLA N° 8

PERÍMETRO CEFÁLICO EN CM DE LOS NIÑOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES

EDAD MESES	PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 8 m	33 – 39 cm	14	10,9%
9 – 17 m	40 – 49 cm	111	86,7%
18 – 24 m	50 – 52 cm	3	2,3%
	Total	128	100%

Fuente: HCI
Elaborado por: Susana Valverde

GRÁFICO N° 8



Fuente: HCI
Elaborado por: Susana Valverde

ANÁLISIS:

Los niños investigados nos dan un 86,7% con un 40 – 49cm de perímetro cefálico, ante el 10,9% en los menores de 1 mes.

Un cambio en el crecimiento de la cabeza puede alertar al médico sobre un posible problema, puede ser una señal de problemas graves, como microcefalia o macrocefalia.

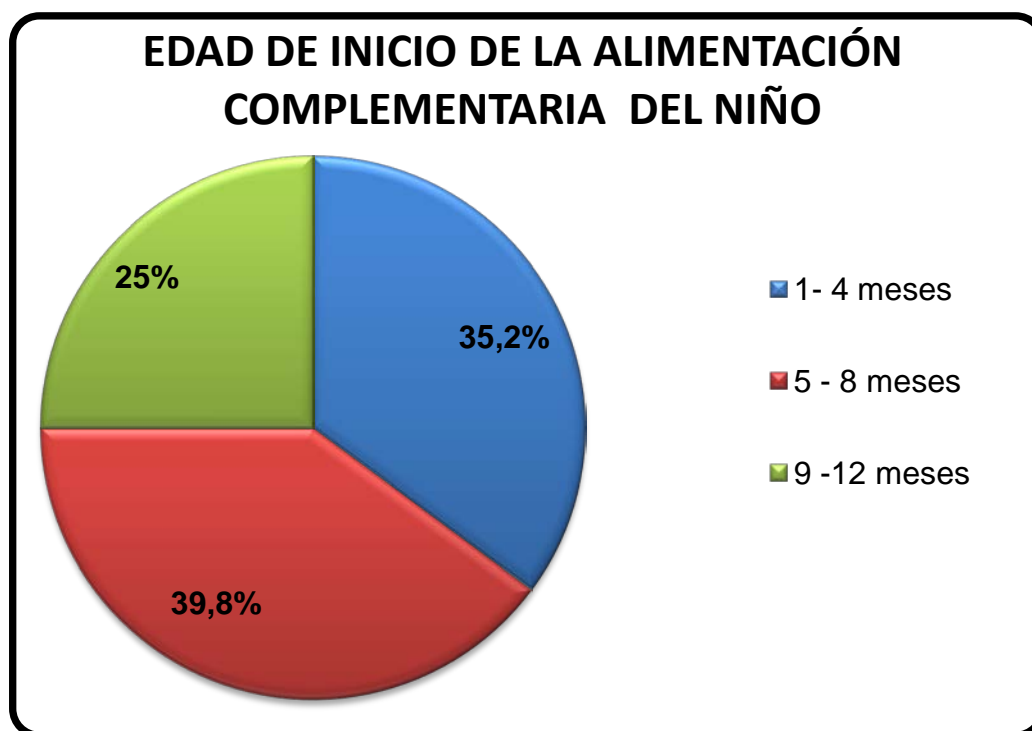
TABLA N° 9

EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1- 4 meses	45	35,2
5 - 8 meses	51	39,8
9 -12 meses	32	25,0
Total	128	100,0

Fuente: HCl
Elaborado por: Susana Valverde

GRÁFICO N° 9



Fuente: HCl
Elaborado por: Susana Valverde

ANÁLISIS:

Se debe prestar atención sobre el inicio de la alimentación complementaria desde los 5 – 8 meses de edad, con un 39,8% en contraste con niños que son iniciados de manera temprana desde el 1- 4 mes con un 35,2%, a su vez un inicio tardío de la alimentación complementaria con el 25% que lo hacen entre los 9 – 12 meses.

Es bien reconocido que el periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos del niño.

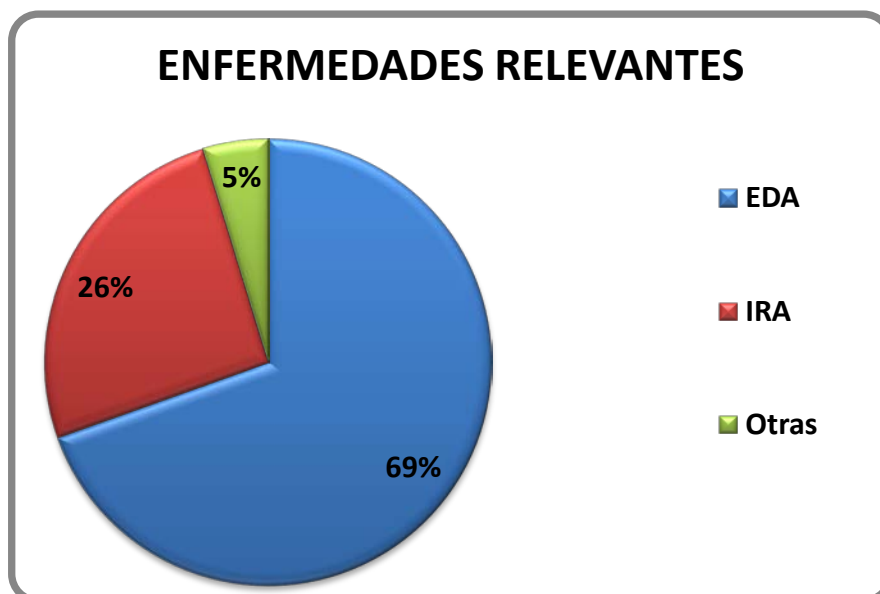
TABLA N° 10

ENFERMEDADES RELEVANTES EN EL NIÑO

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDA	89	69,5%
IRA	33	25,8%
Otras	6	4,7%
Total	128	100%

Fuente: HCI
Elaborado por: Susana Valverde

GRAFICO N° 10



Fuente: HCI
Elaborado por: Susana Valverde

ANÁLISIS:

La observación que se puede hacer es que el 69,5% de los niños en algún momento o momentos de sus cortas vidas han sufrido de EDA, esto por factores como el inicio temprano o tardío de la alimentación complementaria en su gran mayoría y otros factores como los relacionados con las costumbres higiénicas del hogar.

El 25,8% de niños han tenido IRA causadas por el contacto con familiares y otros niños que permanecen con los menores objetos de esta investigación. Y el 4,7% se encuentra tabulado como otras patologías como son influenza, estreñimiento, y problemas de resolución quirúrgica.

TABLA N° 11
INMUNIZACIONES RECIBIDAS POR LOS NIÑOS

EDAD EN MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	25	19,5
2	22	17,2
4	17	13,3
6	25	19,5
12	21	16,4
18	18	14,1
TOTAL	128	100

Fuente: HCl
Elaborado por: Susana Valverde

GRÁFICO N° 11



Fuente: HCl
Elaborado por: Susana Valverde

ANÁLISIS:

Se observó que los niños tienen su esquema completo según las edades correspondientes a las vacunas, debido a que las campañas de vacunación tanto del Centro de Salud Simón Bolívar como el Sub Centro de Salud Huachi Grande no descuidan los esquemas de cada niño de su área.

La inmunización es importante ya que nos ayudan a prevenir enfermedades peligrosas de la infancia, complicaciones serias que pueden ser incluso mortales.

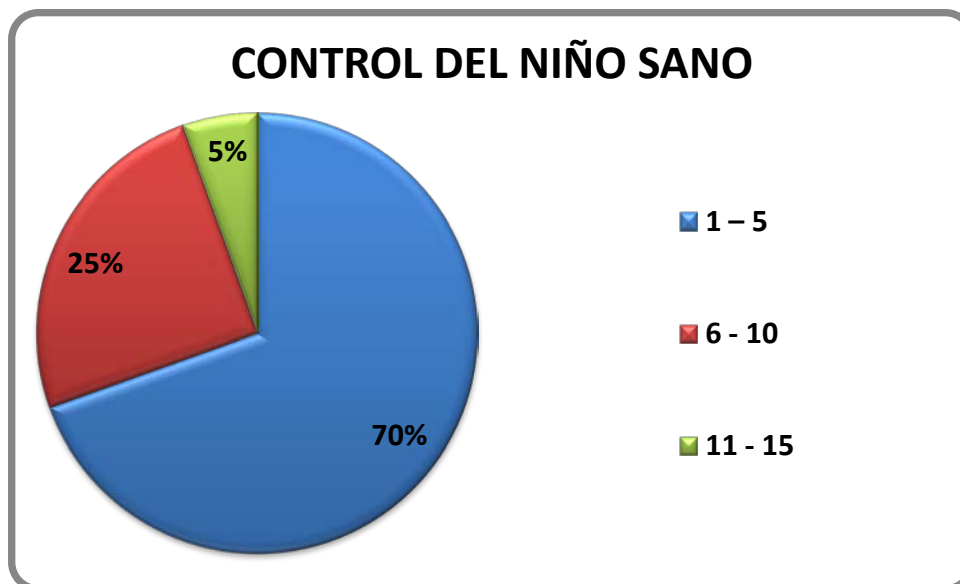
Y como toda enfermedad se ve plasmada en el crecimiento y desarrollo del niño.

TABLA N° 12
CONTROL DEL NIÑO SANO

# CONTROLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 – 5	89	69,5%
6 -10	32	25%
11 - 15	7	5,5%
Total	128	100%

Fuente: HCI
Elaborado por: Susana Valverde

GRÁFICO N° 12



Fuente: HC
Elaborado por: Susana Valverde

ANÁLISIS:

En el cuadro de controles de niño sano se observa que estos son llevados a los controles consecutivamente entre los primeros 5 meses de vida con un 69,5%, seguido de un 25% de entre 6 a 10 meses de edad y luego se van disminuyendo los controles de los niños hasta un 5,5% de entre 11 y 15 meses de edad, llevándonos a pensar que mientras más avanza la edad del niño menor es su cuidado.

Por medio de este control la madre puede advertir tempranamente anomalías en el niño, y además se puede conocer su ritmo de crecimiento y desarrollo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Una vez analizados los resultados de la investigación, se concluye que:

- Del universo investigado se ha podido detectar que las mujeres en su mayoría se convierten en madres durante la adolescencia tardía, estas se encuentran ya sea casadas o en unión libre, sin embargo en un número considerable se hallan solteras, en torno a esta situación se consideraría que estos son hogares de economía mediana.
- De las adolescentes analizadas hay un número reducido que no ha recibido atención durante el embarazo, lo que a su vez da como consecuencia diversas complicaciones asociadas a la edad de la madre.
- Al analizar las medidas antropométricas de los hijos de las adolescentes no se han detectado afecciones, ni alteraciones relacionadas al crecimiento y desarrollo del niño, además se observó el contraste entre el inicio temprano y tardío de la alimentación complementaria en el infante.
- Los niños objeto de este estudio cumplen el esquema de vacunación a pesar que luego de los 15 meses de edad sus

madres abandonan los controles del niño sano, dejando las revisiones médicas solo para cuando se encuentran aquejados.

5.2 RECOMENDACIONES

- La Unidad de Salud debe implementar programas de asesoría sexual, reproductiva y preventiva del embarazo en adolescentes de las poblaciones en riesgo, a su vez evitar la formación de hogares disfuncionales, mejorando la economía familiar, que proporcione elementos para crear un proyecto de vida y no sólo de información.
- Crear foros de discusión para embarazadas, concientizando en la necesidad de los controles prenatales, postnatales y la prevención de complicaciones en el embarazo, para reducir la morbilidad materna.
- Promover en las adolescentes la salud alimentaria, los cuidados integrales del niño, mejorando su salud y adoptando un estilo de vida sana, reflejándose en el crecimiento y desarrollo, advirtiendo los aspectos negativos de la alimentación sólida precoz, insistiendo en la importancia de la ingesta de leche materna, la necesidad de una variedad, y tipo de alimentación, y micronutrientes todo a su debida edad.
- Mantener un trabajo y continuo seguimiento a los niños para que cumplan los esquemas de vacunación, prolongando los controles del niño sano y así reducir la morbilidad infantil.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

6.1.- DATOS INFORMATIVOS.

1.1 Título

“Taller de educación alimentaria y cuidados generales, para la reducción las enfermedades en los niños hijos de la madres adolescentes de los sectores de influencia del Centro de Salud Simón Bolívar y Sub Centro de Salud Huachi Grande”.

1.2 Institución Ejecutora.

Universidad Técnica de Ambato

1.3. Beneficiarios

Madres adolescentes, y sus hijos y/o cuidadores.

1.4 Ubicación

Centro de Salud Simón Bolívar y Sub Centro de Salud Huachi Grande

1.5 Tiempo estimado para la ejecución.

Inicio Enero 2012

Finalización: Junio 2012

1.6 Equipo Técnico Responsable

Investigadora: Susana Elizabeth Valverde Solis

1.7 Costo

CUADRO Nº 12.

Presupuesto

Detalle	Costo
Trípticos	175,00
Internet, Infocus, amplificador	145,00
Material audio visual	20,00
Material de escritorio	23,50
Transporte	120,00
Material Didáctico	50,00
Refrigerios	200,00
Total	723,50

Elaborado por: Susana Valverde, Investigadora

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Esta investigación se desarrolló en las Parroquias de influencia del Centro de Salud Simón Bolívar y el Sub Centro de Salud de Huachi Grande perteneciente al área de salud # 2, así la investigación propone plasmar un estudio sobre la realidad de estas parroquias, ya que pese a las múltiples investigaciones sólo se han encontrado tesis e investigaciones a

nivel nacional, que se enfocan en la prevención de embarazos, métodos anticonceptivos, factores de riesgo, etc., pero no se ha realizado un seguimiento al hijo de la madre adolescente, buscando identificar alteraciones dentro de su crecimiento y desarrollo que permita crear propuestas de promoción e intervención directa tendientes a mejorar la calidad de vida de esta población.

Se observó que el total de madres adolescentes investigadas es de 128, que se encuentran repartidas de la siguiente manera el 19,4% adolescentes cuya edad comprende los 14 y 16 años y el 80,4% de mujeres de entre 17 y 19 años, de este porcentaje mayormente encontramos a las mujeres de 18 años; son madres adolescentes y se encuentran ocupándose de la crianza y cuidado sus de hijos, manejándose junto a las ocupaciones propias de su sexo, con 48,6% que se dedican a diversas tareas laborales, dejando a sus hijos al cuidado de terceras personas, ya que el 49,3% de ellas son cabezas de familia.

En este mismo análisis se pudo identificar que existe un alto índice de enfermedades de la infancia, el 68,7% corresponden a infecciones de tipo intestinal y 22,7% a infecciones de tipo respiratorio. Considerando la relevancia de este hallazgo, nos permitimos proponer un taller de educación alimentaria, cuidados generales del niño, buscando la reducción de estas enfermedades mediante acciones de prevención y cuidado, en los niños hijos de madres adolescentes.

6.3 JUSTIFICACIÓN

La presencia de enfermedades como Ira, Neumonía, Eda, entre las más notables que se presentan en los niños de estas comunidades, nos hace

ver que existe una necesidad de trabajar sobre el aspecto educativo hacia la madre y sus cuidadores, buscando reducir la frecuencia de estas enfermedades, y a su vez preparar a la madre a responder ante una señal de alarma en la salud de su hijo.

La propuesta que aquí se presenta es un Taller de educación alimentaria, cuidados generales, para reducir las enfermedades en los niños, se considera que es de suma importancia direccionar esta propuesta ya que al tratar el problema desde su origen, podemos darle una solución, y reducir las enfermedades en los niños lo que llevará a minimizar la morbimortalidad infantil.

Como la investigación que se presenta, es de orden social, educativo, preventivo y curativo, se busca apoyar a la comunidad por medio de la madre adolescente en la reducción de enfermedades en el niño, a su vez en la comunidad preparando a la adolescente en el manejo, alimentación y cuidados del niño.

6.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Disminuir la incidencia enfermedades como son: Ira, Eda, desnutrición, estreñimiento en los niños hijos de madres adolescentes del Centro de Salud Simón Bolívar y Sub Centro de Salud Huachi Grande

OBJETIVO ESPECIFICO

- Educar a las madres adolescentes en el manejo y cuidado de los niños, a través de un sistema de talleres teórico práctico.

- Incorporar aspectos de mejoramiento en la alimentación y nutrición de los niños hijos de adolescentes facilitándoles la oportunidad de aprender haciendo
- Promover en la madre adolescente el control del niño sano y la vacunación.
- Evaluar los conocimientos adquiridos a través del taller impartido.

6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

La disponibilidad de las madres y la comunidad en el acercamiento socio cultural de la investigación ofrece una factibilidad para la realización de esta propuesta.

La disposición de tecnología, propone llegar de una manera audio visual hacia las madres pensando en que el sistema visual es el que más impacta.

Organizacional ya que se ha trabajado con las organizaciones de la comunidad quienes apoyaran la puesta en marcha de esta propuesta, y además de ello el respaldo de la UTA, dentro de los programas de permisos en la dirección de salud y centros y sub centros del área.

Contamos con los recursos necesarios para poner en práctica la propuesta, porque los costos se encuentran dentro de un nivel de aceptabilidad.

Dentro de la factibilidad legal, nos podemos amparar en los derechos del niño, niña y adolescentes donde se garantiza la salud, cuidado y buen trato a los niños, niñas y adolescentes.

6.6. ANÁLISIS CIENTÍFICO TÉCNICO

“Aunque las vidas de millones de pequeños en todo el mundo podrían salvarse con medidas básicas como vacunación y una buena alimentación lo cierto es que cada año mueren 11 millones de niños menores de 5 años por enfermedades prevenibles como la diarrea, infecciones respiratorias agudas o sarampión”.

(UNICEF, Informe Ecuador [fecha de consulta: 16 de junio del 2012], disponible en www.unicef.org/ecuador)

Según la OMS, “la principal causa de la muerte de infantes son problemas perinatales (23%), seguida por infecciones respiratorias agudas (18%), diarrea (15%) y malaria (10%)”.

“La posibilidad de disminuir la mortalidad por enfermedades transmisibles se desprende de la observación del importante descenso que se registró en el número de defunciones por estas causas en muchos países del mundo en general y de la Región de las Américas en particular. En este impacto intervinieron numerosos factores asociados por un lado, al desarrollo general de las poblaciones y el mejoramiento en sus condiciones de vida y por otro lado, a la disponibilidad de intervenciones eficaces para la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento exitoso de las enfermedades transmisibles en la infancia.

Si se lograra incrementar el ritmo de descenso de la mortalidad por enfermedades transmisibles tomando como base los descensos observados, se lograría reducir aproximadamente 100,000 muertes de niños menores de 5 años sólo debidas a enfermedades transmisibles.

El acceso a medidas básicas de prevención de las enfermedades diarreicas, tales como la lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, el uso de agua segura, la mejor higiene alimentaria, puede contribuir a disminuir la incidencia de diarrea, así como la gravedad de los episodios, aún en los grupos de población que todavía no tengan acceso a redes de agua potable con el consiguiente impacto en la disminución de las muertes por esta causa.

El acceso y uso de la Terapia de Rehidratación Oral para el manejo de la diarrea en el hogar, así como el conocimiento de los signos de alarma para la consulta precoz, pueden reducir el número de casos de deshidratación grave y el número de muertes debidas a diarrea.

La detección precoz y el tratamiento adecuado de los episodios de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), particularmente de neumonía, también contribuye a disminuir la frecuencia de casos graves y a evitar un gran número de defunciones por esta causa.

La reducción en el número y gravedad de casos de diarrea e IRA, así como su detección precoz y tratamiento adecuado, contribuirán a disminuir la incidencia de septicemia y meningitis asociadas a estas causas, con el consiguiente impacto sobre la mortalidad por estas enfermedades. Las razones anteriores, referidas solamente a la prevención y manejo apropiado de la diarrea y las IRA, son de gran importancia, toda vez que estas enfermedades son la causa de entre el 80% y el 90% de las defunciones por enfermedades transmisibles en los niños menores de 5 años. El control de otras enfermedades y problemas de salud, incluyendo aquellas que son prevenibles por vacuna (sarampión, difteria, tos convulsa, meningitis tuberculosa) o la desnutrición, también contribuirá a disminuir el número de muertes en la infancia.

Poner al alcance de la población y particularmente de los grupos más vulnerables, la información y atención necesarias para la prevención,

diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de estos problemas de salud, tiene por lo tanto la mayor trascendencia para reducir la mortalidad, entre los niños menores de 5 años”.

(PAHO, Boletín Epidemiológico, “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia”, Niños Sanos: la Meta del 2002”, Vol. 20 No. 4, diciembre, 1999, 25p)

6.7 MODELO OPERATIVO

CUADRO N.- 13.

FASES	ETAPAS	META	ACTIVIDADES	PRESUPUESTOS	RESPONSABLES
PLANIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Recolección de información - Elaboración de materiales - Visitas personales a las madres adolescentes - Ubicar un local para la realización del taller 	Difundir las actividades las realizar en un 100%	Estudio del tema Preparación de material Búsqueda y dialogo con las madres adolescentes Solicitud de permiso para el uso del local	Hojas 3,50 - Impresión - Internet 15,00 - Transporte 25,00	Susana Valverde, Investigadora
EJECUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de las charlas - Dinámica de socialización - Ejecución de talleres 	Garantizar un aprendizaje en un 80% de las madres			Susana Valverde, Investigadora
EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el conocimiento adquirido por la madres adolescentes - Devolución de los contenidos explicados 	Seguimiento trimestral del niño y la adolescente Verificar en el control del niño sano			Susana Valverde, Investigadora

Elaborado por: Susana Valverde.

6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta será administrada por la Universidad Técnica de Ambato, especialmente por la estudiante del V seminario de Graduación de Enfermería en el sector, para efectos de evaluación se tomara en cuenta al Centro de Salud Simón Bolívar y Sub Centro de Salud de Huachi Grande, con el personal de salud que allí labora.

6.9 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

El monitoreo y evaluación se lo realizará según lo previsto en el modelo del plan operativo es decir a través de las evaluaciones trimestrales a las madres adolescentes y sus hijos.

6.8 CRONOGRAMA DEL PLAN OPERATIVO

CUADRO Nº 14.

CRONOGRAMA DEL PLAN OPERATIVO																									
		Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
Fases	Actividades /Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planificación	Recopilación de la Información																								
	Captación de las madres adolescentes y/o sus cuidadores																								
	Elaboración de la propuesta educativa																								
	Ubicación y concentración para las reuniones																								
Ejecución	Charla: Educación alimentaria y cuidados generales, de los niños																								
	Taller: Higiene, y alimentación en los niños hijos de madres adolescentes																								
Evaluación	Evaluación de los contenidos explicados																								
	Seguimiento de los niños y sus madres y/o cuidadores																								

Elaborado por: Susana Valverde, Investigadora

BIBLIOGRAFÍA

1. BARRERA M., Gabriel. Problemas sociales del adolescente. Caracas. Tomo II del Compendio de Puericultura y Pediatría. Universidad Central de Venezuela. Ediciones de la Biblioteca. Capítulo IV. Venezuela, 1996, 300 p.
2. BEJERANO G., Fátima. Características Generales del Niño y la Niña de 0 A 3 Años Cuadernos de Educación y Desarrollo, Vol. 1, Nº 5, Instituto de Enseñanza Secundaria El Greco de Toledo, España, 2009, 94 p.
3. BERGES, Virginia. “El embarazo en adolescentes, un problema social y familiar” Administración de Salud Familiar, E.E.U.U. 2007, 125 p.
4. BERRUEZO, Pedro Pablo. “El contenido de la psicomotricidad. Psicomotricidad: prácticas y conceptos”, 1ª ed. Madrid, 2000, 99 p.
5. BURROWS, Raquel. “Crecimiento y Desarrollo de hijos de adolescentes de clase media y baja”, II parte: 30 meses de vida, Revista Chilena de Pediatría, vol.57, Nº6, Chile, 1986, 496 p.
6. FARRIOL, María Rosa, Desarrollo Psicomotor del Niño Entre 0-3 Años, Principios del Desarrollo, I Jornadas de Salud Escolar y Universitaria Hospital San Pedro, Logroño, España, 2008, 65p.
7. GÓMEZ DE TERREROS I, Calidad de Vida y Educación para la Salud. La Educación para la Salud en el ámbito comunitario. Pediatría Integral y Psicología Pediátrica, Vol. 2. Sevilla, España, 1995, 553 p.

8. ISSLER, Juan R. “Embarazo en la Adolescencia”, Revista de Postgrado de la Cátedra, Via Medicina N° 107, Chile, 2001, 23 p.
9. INEC IV Censo de Población y V de Vivienda Noviembre 2001 Tomo I, Ecuador, 2001.
10. KIMMEL SR, y Ratliff Schaub K, “El crecimiento y Desarrollo”, Medicina de Familiar, 7^a ed, Filadelfia, Saunders, Elsevier; 2007, 1278p.
11. MARTÍN Delia Aurora (2009). Hacia la excelencia en los servicios de salud. Capacitación de los cuadros administrativos. Maestría en Desarrollo Social, FLACSO Programa Cuba. La Habana. 99 p.
12. MSP. Manual de Normas Técnico Administrativas, Métodos y Procedimientos de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica del (PAI), Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública, 2005 129 p.
13. MSP. “Manual de Normas para la Atención Materno Infantil”, Ecuador, 2000. 386p
14. PAHO, Boletín Epidemiológico, “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia”, Niños Sanos: la Meta del 2002”, Vol. 20 No. 4, diciembre, 1999, 25p.
15. RIVADENEIRA, Hernán “La Responsabilidad Moral y El Proyecto de vida”, Ética y Valores Humanos, 3^{era} ed., Colombia, 2010, 144p.
16. VILLADA Luis, y Hospital de la Misericordia, “Programa de Crecimiento y Desarrollo”, Colombia, 2010, 728p.

LINKOGRAFÍA

1. CAMEJO Reinerio Lluch, Dr., “La Adolescencia y sus etapas”, Las Tunas, 2004 [fecha de consulta: 18 de junio 2012], disponible en: <<http://www.ilustrados.com/tema/5912/adolescencia-etapas.html>>
2. CORONADO, Yelitza Riesgos del Embarazo Precoz, 2010. [Fecha de consulta: 3 julio 2012], disponible en: <<http://www.monografias.com/trabajos13/casclin/casclin.shtml>>
3. BELTRÁN M., Luz (2006), Investigación sobre Embarazo en Adolescentes, Fundación Escuela de Gerencia Social Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo Venezuela. [fecha de consulta: 12 de junio del 2012]. Disponible en: <<http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>>
4. BRAVO Natalia y otros. "Sexualidad Precoz", 2007. [fecha de consulta: 3 julio 2012] disponible en: <<http://elfindelainocencia.blogspot.com/2007/10/los-hermenuticos.html>>
5. DIARIO HOY. “Madres Adolescentes”, Quito, sábado 10 de septiembre de 2011, disponible en <<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/madres-adolescentes-60326.html>>
6. Ecuadorinmediato.com “Embarazos en adolescentes en el Ecuador”, Mayo 11 del 2011, disponible en <http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_list&date=2011,05,11>
7. EL UNIVERSO, “Una tasa de natalidad que rebasa los planes creados para frenarla”, Sábado 5 de Marzo 2011. disponible en

<<http://www.eluniverso.com/2011/03/06/1/1447/tasa-natalidad-rebasa-planes-creados-frenarla.html>>

8. EL DIARIO, 2011, "En Ecuador dos de cada tres adolescentes están embarazadas", 04 de Marzo de 2011 disponible en <solonline.com/noticias/view/90399/en-ecuador--dos-de-cada-tres-adolescentes-estan-embarazadas>.
9. KOHLBERG Lawrence, "Estadios Evolutivos del Razonamiento Moral", 1960. [fecha de consulta: 11 julio 2012] disponible en: <<http://www.xtec.cat/~lvallmaj/passeig/kohlber2.htm>>.
17. NAVARRO Vicente, Concepto actual de salud pública, Universidad Pompeu Fabraz, USA, 2009, [fecha de consulta: 12 de junio 2012] Disponible en: <<http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf>>
10. PAHO "Crecimiento y Desarrollo" Documento "Ayudando a Crecer" disponible en: <<http://www.paho.org/crecer-desarrollo.pdf>>
11. OMS. Definiciones. disponible en [fecha de consulta 16 de junio del 2012], disponible en: <<http://www.escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios1.htm>>
12. UNICEF, Informe Ecuador [fecha de consulta: 16 de junio del 2012], disponible en <<http://www.unicef.org/ecuador>>.
13. VÁSQUEZ Rafael; GÓMEZ Ana Isabel, Revista de Obstetricia y Ginecología Vol. 46, N°3, Maternidad Adolescente: Vínculo y Desarrollo, Jornadas de Pediatría Colombia, 1995. [fecha de consulta: julio 14 del 2012], disponible en: <<http://ebosque.unbosque.edu.co/moodle3/l/>>

14. VITERI Díaz Galo, Situación de la Salud en el Ecuador, Observatorio de la Economía Latinoamericana, Subsecretaría de Política Económica del Ministerio de Economía y Finanzas, Ecuador 2007 [fecha de consulta 3 julio 2012, disponible en: <<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm>>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

1. Proquest Cortez Vásquez Lorraine. Ayudando al Pueblo: Consecuencias y prevención del embarazo adolescente, El diario la Prensa, New York, 2000. <http://search.proquest.com/docview/368443846/13C887A35035AF90E90/24?accountid=36765>
2. Proquest Robledo, Juan Alberto. Su salud no es un juego, México, 2002
<http://search.proquest.com/docview/310761817/13C88A05F514E2F91B/16?accountid=36765>
3. Proquest Pérez, Sonia. Un problema de salud pública: Adolescentes embarazadas, México 1998.
<http://search.proquest.com/docview/376981207/13C88911AC82BDD4983/7?accountid=36765>
4. Proquest Rodríguez, Gabriel, “Adolescencia: este preparado”, México, 1999
<http://search.proquest.com/docview/3100225061/13C8885942C7683B246/5?accountid=36765>
5. Proquest Sánchez, Andrea Sanz ¿Cómo piensan y viven los adolescentes su sexualidad?
<http://search.proquest.com/docview/213907934/13C88A7155517B2E569/2?accountid=36765>

ANEXO N.- 1

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

Encuesta dirigida a las madres adolescentes que pertenecen a las áreas de influjo del Centro de Salud SIMÓN BOLÍVAR y Sub Centro de Salud HUACHI GRANDE, pertenecientes al Área de Salud # 2 de la Ciudad de Ambato Provincia del Tungurahua.

Instructivo: Marque con una X, la respuesta que considere correcta.

De la madre

1. Edad: _____ Estado civil: _____

2. Situación económica de la madre:

Alta Media Baja

3. Control prenatal:

Si No

4. Presencia de complicaciones en el embarazo:

Toxemias Diabetes
 Anemia Hemorragia
 DCP

Del Niño:

Edad: _____ Sexo: _____

5. Peso: _____

6. Talla: _____

7. Perímetro Cefálico: _____

8. Inicio de la alimentación complementaria

1 – 4 meses

5 - 8 meses

9 – 12 meses

9. Enfermedades importantes que ha tenido el niño

Enfermedades estomacales

Enfermedades respiratorias

Otras

10. Vacunas según esquema:

Si No

Completas Incompletas

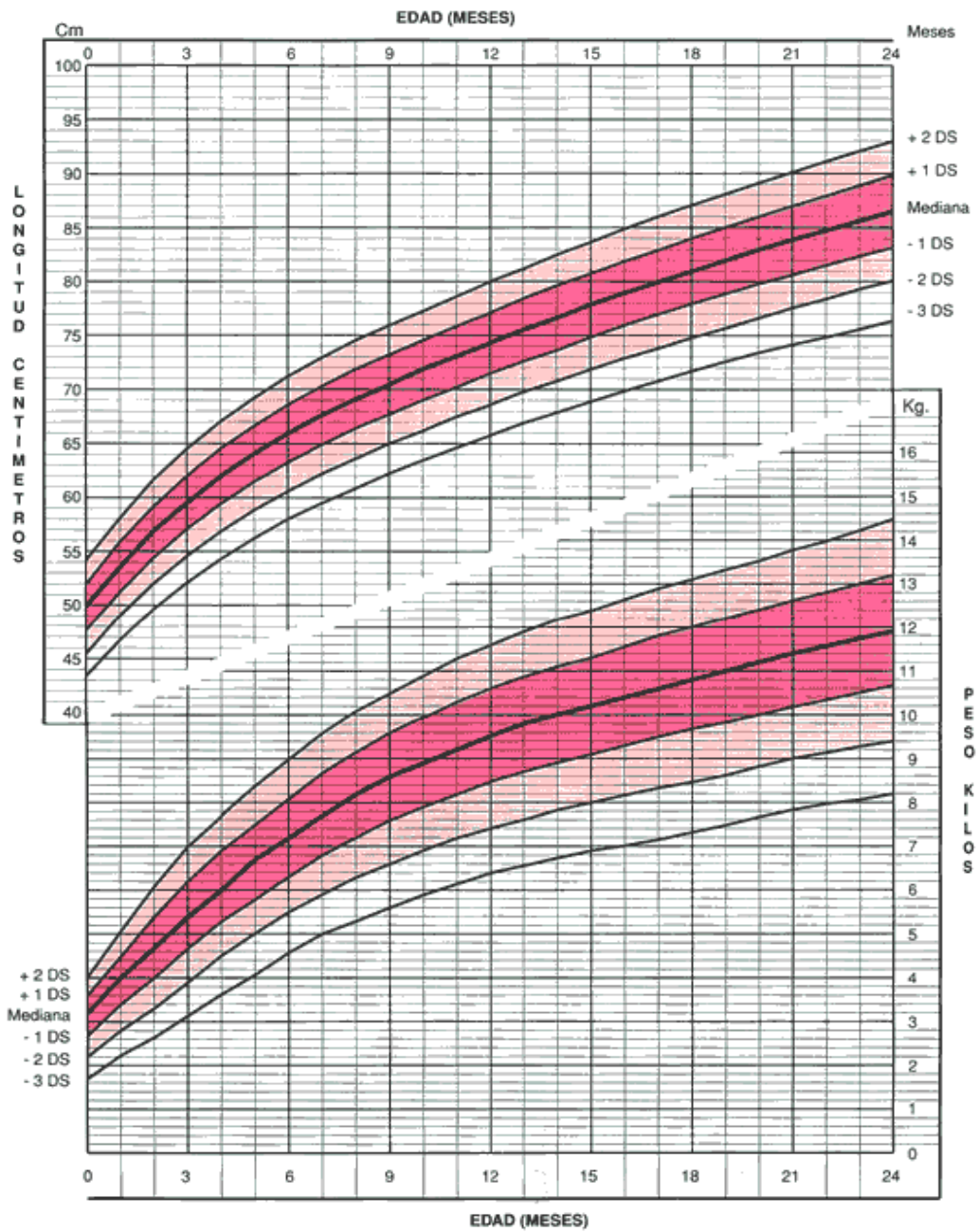
11. Número de controles de niño sano: _____

GRACIAS

ANEXO N.- 2

CURVA CRECIMIENTO NCHS

NIÑAS: del nacimiento a 24 meses (Mediana y desviación estándar)



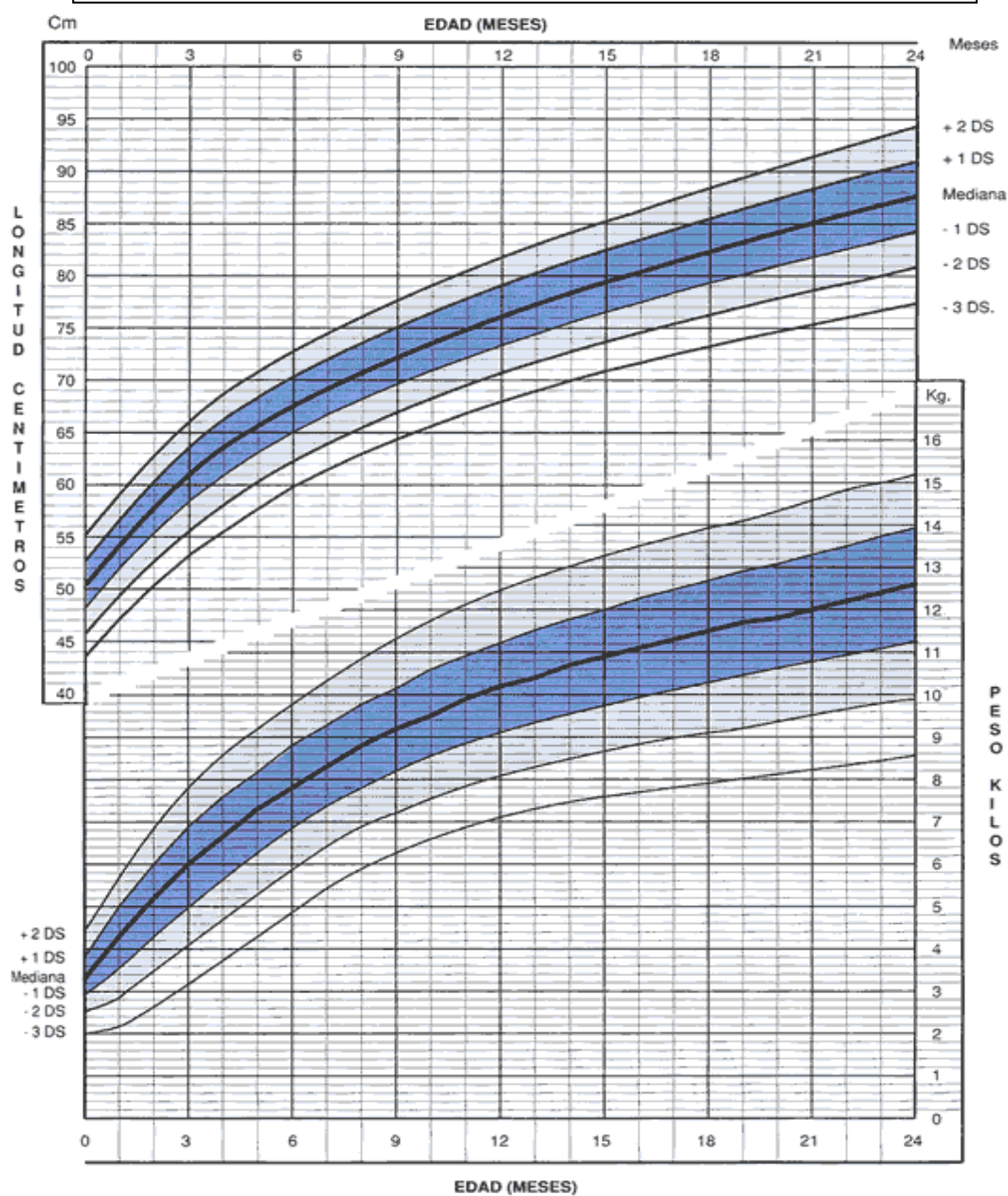
Fuente: M.S.P. HCU-Atención Infantil Preescolar y Escolar

ANEXO N.- 3

CURVA CRECIMIENTO NCHS

NIÑOS: del nacimiento a 24 meses (Mediana y desviación estándar)

Longitud/Edad y Peso/Edad



Fuente: M.S.P. HCU-Atención Infantil Preescolar y Escolar

ANEXO N.- 4

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

DATOS GENERALES

GRUPO:	Madres Adolescentes y/o Cuidadores
LUGAR:	Huachi Grande y Simón Bolívar
TEMA:	Importancia del cuidado de los niños, y el control del niño sano y la vacunación.
FECHA:	Julio 2012
Hora de inicio:	9H00
TÉCNICA DE ENSEÑANZA:	Expositiva, participativa.
RESPONSABLES	Investigadora. Susana Valverde Solis Equipo de Salud de los Sectores Huachi Grande y Simón Bolívar

ANEXO N.- 5

Taller educativo dirigido a las madres adolescentes y/o cuidadores del Centro de Salud Simón Bolívar y Sub Centro de Salud Huachi Grande.

Tema:	Taller de educación alimentaria y cuidados generales, para la reducción las enfermedades en los niños hijos de la madres adolescentes de los sectores de influencia del Centro de Salud Simón Bolívar y Sub Centro de Salud Huachi Grande
Objetivos	GENERAL: <ul style="list-style-type: none">- Disminuir la incidencia de enfermedades en los niños hijos de madres adolescentes. ESPECIFICO <ul style="list-style-type: none">- Educar a las madres adolescentes en el manejo y cuidado de los niños, a través de un sistema de talleres teórico práctico.- Promover en la madre adolescente el control del niño sano y la vacunación.- Evaluar los conocimientos adquiridos a través del taller impartido
Comunidad a la que va dirigida	<ul style="list-style-type: none">- Madres adolescentes y/o Cuidadores de los niños de 0 a 2 años 6 meses del Centro de Salud Simón Bolívar y Sub Centro de Salud Huachi Grande
Tiempo de	<ul style="list-style-type: none">- Agosto 2012

Ejecución	
Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de las charlas - Dinámicas de socialización - Ejecución de talleres
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento trimestral del niño y la adolescente - Verificar en el control del niño sano

Elaborado por: Susana Valverde. Investigadora

ANEXO N.- 6

Programación de las visitas domiciliarias			
	Responsable	Material de apoyo	Fechas
CAPTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Investigadora. Susana Valverde - Equipos de salud de los sectores 	Carteles informativos en los sectores. <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación por alto parlantes 	20 Julio
SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Investigadora. Susana Valverde - Equipos de salud de los sectores 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de la madres y/o cuidadores de los niños de los sectores 	18 Agosto
EVALUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Investigadora. Susana Valverde - Equipos de salud de los sectores 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el conocimiento adquirido por la madres adolescentes y/o cuidadores - Devolución de los contenidos explicados 	14 Diciembre

Elaborado por: Susana Valverde, Investigadora

ANEXO N.- 7

FICHA DE CONTROL Y REGISTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS						
HCL NIÑOS	MENSUAL	BIMENSUAL	TRIMESTRAL	SEMESTRAL	C/ EXTERNA	# CONTROLES

Elaborado por: Susana Valverde, Investigadora

ANEXO N.- 8

FICHA DE VISITA DOMICILIARIA Y CONTROLES				
DATOS GENERALES	# CONTROLES NIÑO SANO	VACUNAS	ENFERMEDADES	TOTAL CONTROLES
Hcl NIÑO				
EDAD DEL NIÑO				
DIRECCIÓN				
OBSERVACIONES				

Elaborado por: Susana Valverde, Investigadora

ANEXO N.- 9

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

**EVALUACIÓN A LAS MADRES Y/O CUIDADORES QUE ASISTIERON
AL PROGRAMA EDUCATIVO**

OBJETIVO: Recabar la información para la evaluación a las madres adolescentes y/o cuidadores de los niños, sobre las charlas y taller presentados

INDICACIONES: marque con una X según crea correcta la respuesta.

CUESTIONARIO

1.- ¿Cuál es la alimentación correcta para un niño menor de 6 meses?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lactancia materna | <input type="checkbox"/> Leche de vaca |
| <input type="checkbox"/> Leche de tarro | <input type="checkbox"/> Coladas |

2.- ¿Cree usted que al dar de lactar al niño, evita enfermedades?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

3.- ¿Cree que es importante la vacunación para los niños?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

4.- ¿Puede identificar en el carnet de salud del niño el progreso de desarrollo?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|