



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

VI SEMINARIO DE GRADUACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE CHIQUICHAPERTENECIENTE AL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012 ”

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Autora: Portero Arcos, Adriana Elizabeth
Tutora: Lic. Vasconez Espín, Valeria Fernanda

Ambato-Ecuador

Mayo, 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE CHIQUICHA PERTENECIENTE AL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012 ”de la señorita **Adriana Elizabeth Portero Arcos**, estudiante de la Carrera de Enfermería considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2013

EI TUTOR

.....
Lic. Vasconez Espín, Valeria Fernanda

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el informe de investigación **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE CHIQUICHA PERTENECIENTE AL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012 ”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora del trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2013

LA AUTORA

.....
Portero Arcos, Adriana Elizabeth

DERECHOS DE AUTOR

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

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

Ambato, Abril del 2013

LA AUTORA

.....
Adriana Elizabeth Portero Arcos

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE CHIQUICHA PERTENECIENTE AL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012 ”**de Adriana Elizabeth Portero Arcos, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Mayo 2013

Para constancia firman

.....

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mi hijo, Mateo Julian Velasteguí Portero, primero porque es la razón de mi vida y segundo porque él es mi motivación para luchar día a día y salir adelante.

A mis queridos padres, quienes a pesar de las adversidades han estado a mi lado apoyándome y gracias a ellos he podido dar este gran paso en mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado la vida y por llenarla de bendiciones, y a mis padres, quienes con su esfuerzo y sabiduría me han sabido sacar adelante.

A mis ilustres profesores que con sus conocimientos me han sabido guiar haciendo posible la elaboración de este proyecto investigativo.

Y a la ilustre Universidad Técnica De Ambato por permitirme crecer como persona y realizarme profesionalmente.

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Aprobación del Tutor	ii
Autoría.....	iii
Derechos del Autor.....	iv
Aprobación de los miembros del Tribunal de Grado.....	v
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	vii
Índice	viii
Resumen Ejecutivo	xv
Summary	xvii

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema	1
1.2. Planteamiento del problema	1
1.2.1. Conceptualización.....	1
1.2.2. Análisis Crítico.....	5
1.2.3. Prognosis.....	6
1.2.5 Formulación del problema.....	7
1.2.6 Preguntas directrices.....	7
1.2.7 Delimitación del problema.....	8
1.3. Justificación.....	8
1.4. Objetivos.....	10
1.4.1. Objetivo general.....	10
1.4.2. Objetivos Específicos.....	10

CAPITULO II
MARCO TEORICO

2.1.	Antecedentes Investigativos	11
2.2.	Fundamentación filosófica.....	15
2.3	Fundamentación Legal	15
2.4	Fundamentación Psicológica.....	20
2.5	Categorías Fundamentales	22
2.6	Fundamentación Teórica.....	23
2.6.1	Variable Independiente.....	23
2.6.1.1	Embarazo.....	23
2.6.1.1.1	Embarazo En La Adolescencia.....	23
2.6.1.1.1.1	Factores Predisponentes	25
2.6.1.1.1.2	Consecuencias	26
2.6.1.1.1.3	Posibles Complicaciones.....	29
2.6.1.1.2	Control Prenatal.....	40
2.6.1.2	Sexualidad	42
2.6.1.2.1	Educación Sexual	44
2.6.1.2.2	Elementos De La Sexualidad.....	44
2.6.1.2.3	Planificación Familiar.....	45
2.6.1.2.3.1	Métodos Anticonceptivos.....	45
2.6.1.3	Adolescencia.....	47
2.6.1.3.1	Etapas	48
2.6.1.3.2	Desarrollo Físico.....	49
2.6.1.3.3	Cambios Psicológicos	50
2.6.2	Variable Dependiente.....	52
2.6.2.1	Programa Integrado De Atención Al Niño.....	52

2.6.2.1.1	Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN).....	53
2.6.2.1.1.1	Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PANN).	54
2.6.2.1.1.2	Programa Integrado de Micronutrientes (PIM).....	55
2.6.2.1.1.3	Programa de Educación Alimentaria Nutricional (PEAN).....	56
2.6.2.2	Salud Infantil.....	57
2.6.2.2.1	Control Del Niño Sano	58
2.6.2.2.2	Alimentación Infantil	58
2.6.2.2.2.1	Alteraciones nutricionales	61
2.6.2.2.3	Enfermedades En La Infancia.....	65
2.6.2.2.3.1	Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS).....	65
2.6.2.2.3.2	Infección Respiratoria Aguda.....	66
2.6.2.2.4	Inmunizaciones.....	68
2.6.2.3	Crecimiento	71
2.6.2.3.1	Medidas Antropométricas.....	73
2.6.2.3.2	Tipos de Alteraciones	77
2.6.2.4	El Desarrollo.....	79
2.6.2.4.1	Características generales de los niños en el desarrollo.....	79
2.6.2.4.2	Evaluación del desarrollo.....	80
2.6.2.4.3	Tipos De Alteraciones	84
2.7	Hipótesis.....	91
2.8	Señalamiento de variables.....	91
2.8.1	Variable independiente.....	91
2.8.2	Variable Dependiente.....	91

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	Enfoque.....	92
3.2.	Modalidad Básica de la Investigación.....	92
3.3.	Nivel o tipo de investigación.....	93
3.4.	Población y Muestra.....	94
3.4.1.	Población.....	94
3.4.2.	Muestra.....	94
3.5.	Operacionalización de variables	95
3.5.1.	Variable independiente: madre adolescente.....	95
3.5.2.	Variable Dependiente: Crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses.....	96
3.6.	Técnicas e Instrumentos	97
3.7.	Plan de Recolección de Información.....	97
3.8.	Plan de Procesamiento de Información	97

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

4.1.	Datos recolectados de las Historias clínicas de las Madres Adolescentes.....	99
4.2.	Datos recolectados de las Historias clínicas de los hijos de Madres Adolescentes.....	109
4.3.	Comprobación de la Hipótesis	116

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	Conclusiones.....	119
5.2.	Recomendaciones.....	120

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1.	Datos informativos.....	122
6.2.	Antecedentes.....	122
6.3.	Justificación	123
6.4.	Objetivos.....	124
6.4.1.	Objetivo General.....	124
6.4.2.	Objetivos específicos.....	124
6.5.	Fundamentación Científica.....	125
6.6	Análisis De Factibilidad.....	126
6.7	Metodología.....	126
6.8	Administración.....	145
6.9	Previsión de la evaluación.....	145
	Bibliografía.....	146
	Anexos.....	150

ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
TablaN° 1	99
TablaN° 2	100
TablaN° 3	101
Tabla N° 4	102
Tabla N° 5	103
Tabla N° 6	104
Tabla N° 7	105
Tabla N° 8	106
Tabla N° 9	107
Tabla N° 10	108
Tabla N° 11	109
Tabla N° 12	110
Tabla N° 13	111
Tabla N° 14	112
Tabla N° 15	113
Tabla N° 16	114
Tabla N° 17	115

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pag.
Gráfico N° 1	99
Gráfico N° 2	100
Gráfico N° 3	101
Gráfico N° 4	102
Gráfico N° 5	103

Gráfico N° 6	.....	104
Gráfico N° 7	.....	105
Gráfico N° 8	.....	106
Gráfico N° 9	.....	107
Gráfico N° 10	.....	108
Gráfico N° 11	.....	109
Gráfico N° 12	.....	110
Gráfico N° 13	.....	111
Gráfico N° 14	.....	112
Gráfico N° 15	.....	113
Gráfico N° 16	.....	114
Gráfico N° 17	.....	115

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE CHIQUICHA, PERTENECIENTE AL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”

Autora: Portero Arcos, Adriana Elizabeth
Tutor: Lic. Vasconez Espín, Valeria Fernanda
Fecha: Abril, 2013

RESUMEN

La presente investigación científica nace de la pregunta ¿De qué manera influye el ser madre adolescente en el crecimiento y el desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses?

Tradicionalmente se había considerado que un embarazo en la adolescencia tenía para la chica sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo, sin embargo, hoy se sabe que, desde el momento en que la adolescente sabe que se ha quedado embarazada, y sin importar la decisión que tome, está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales. Los efectos de muchas de ellas pueden extenderse, incluso, hasta muchos años después del embarazo, lo que puede afectar en el correcto crecimiento y desarrollo del niño.

Este trabajo investigativo tiene un enfoque crítico-propositivo, porque propone analizar el problema desde una perspectiva objetiva, efectuada desde el lugar de los hechos ya que el investigador está en contacto con la realidad y propositiva porque se

plantea una solución al mismo, a través de esta investigación se plantea la elaboración de una cartilla de alimentación de niños de 0 a 2 años 6 meses para proporcionar una guía nutricional a las madres adolescentes, que acuden a consulta en el Subcentro de salud de Chiquicha, para de esta manera contribuir a mejorar el estado nutricional de sus hijos.

PALABRAS CLAVES:

MADRE_ADOLESCENTE, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

NURSING CAREER

"ADOLESCENT MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS IN HEALTH SUBCENTRE CHIQUICHÁ, BELONGING TO AREA ISSUE 5 THE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH TUNGURAHUA PROVINCE IN THE PERIOD JUNE 23 TO 23 OF NOVEMBER 2012 "

Author: Elizabeth Porter Adriana Arcos

Tutor: Degree Valeria Vasconez.

Date: April, 2013

SUMMARY

This scientific research stems from the question How does teenage pregnancy affect the growth and development of children from 0-2 years 6 months?

Traditionally been considered a teen pregnancy for the girl had only some functional consequences, with a limited effect in time, however, we now know that from the moment the teen knows that she has become pregnant, and no matter what decision you make, is subject to important consequences, not only functional, but also psychological, social, economic, educational and employment. The effects of many of them can be extended even until many years after pregnancy, which can affect proper growth and development of children.

This research work has a critical approach-purposing, because it proposes to analyze the problem from an objective perspective, made from the scene since the researcher is in touch with reality and purposeful because it presents a solution to it, through

This research proposes the development of a primer feed children 0-2 years 6 months to provide nutritional guidance to teenage mothers, who come to see in the health Subcentro chiquichá, and in this way help improve the nutritional status of their children.

KEYWORDS:

ADOLESCENT_ MOTHERS, GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación tiene como tema: “Madres Adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses en el Subcentro de Salud de Chiquicha, perteneciente al área número 5 del ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua en el periodo 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012”

De la información archivada en las historias clínicas se recopilaron datos que incluye: aspectos sociodemográficos, prenatales y pos natales, así mismo se obtuvo información de sobre el crecimiento y desarrollo de los hijos de madres adolescentes

Esta investigación se enfoca en tratar sobre la realidad de esta problemática en el Ecuador, en Tungurahua y finalmente en Chiquicha, dando a conocer este hecho en una forma tangible, además se plantean las interrogantes del motivo de la investigación delimitando el campo en donde surgió el problema, además se cita los objetivos de la investigación, también se enfocan los antecedentes investigativos los cuales nos van a proporcionar información sobre investigaciones pasadas sobre la madre adolescente y el crecimiento y desarrollo del niño, incluyendo las leyes en donde el estado garantiza una maternidad gratuita y los derechos del niño, además se describe a cada una de las variables, así como la hipótesis que se plantea en la investigación.

De igual manera se detalla la metodología que va a ser utilizada, y el enfoque que esta posee, además incluye la población sobre la que se está trabajando, se constituye conceptos básicos de cada una de las variables así también se ha destacado un plan de recolección de información, y se detalla el procesamiento y análisis de la información que se va a obtener en la investigación, también se detalla el análisis e interpretación de los resultados del cuestionario previamente elaborado

para recopilar información de las historias clínicas de las madres adolescentes y sus hijos y se procede a la comprobación de la hipótesis llegando a varias conclusiones y recomendaciones, de donde se sugiere que para próximas investigaciones se amplíe el rango de edad del grupo de estudio para de esta manera poder obtener mejores resultados además se detallan los datos del lugar que va a ser beneficiado con la propuesta, también se contempla el tema de la propuesta y la información sobre la justifica, también la factibilidad de la propuesta y los objetivos a los cuales se quiere llegar además se enuncian los pasos a seguir para la previsión de la evaluación de la propuesta.

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 SUBCENTRO DE SALUD DE CHIQUICHA, PERTENECIENTE AL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012 ”

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

La OMS ha definido la adolescencia como el "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica", fija sus límites entre los 10 y 20 años, además manifiesta que en los últimos años se ha presentado un incremento del número de jóvenes que son madres antes de cumplir los 18 años de edad.

En la actualidad el embarazo en la adolescencia ha sido calificado como un problema social, económico y de salud pública, tanto para los jóvenes como para sus

hijos, la pareja, la familia y la sociedad, ya que este problema constituye un obstáculo para lograr el desarrollo social, trayendo como consecuencia que un alto porcentaje de estas jóvenes tengan que abandonar o retrasar sus estudios, asumiendo responsabilidades impropias de esta etapa de la vida, responsabilidades para las que no están preparadas, siendo privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como hijas y a la vez como madres, cuando deberían asumir su propia identidad ya que esto incide a una limitación personal y a un incremento de la pobreza en el país.

En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales.

Según el Censo de población del 2010, la cifra de embarazos trepó en la última década, ya que los embarazos de niñas sube a un 74% en los 10 últimos años, en efecto, de 705 163 adolescentes censadas en el Ecuador, 121 288 jóvenes, es decir el 17,2%, han sido madres; estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes, además este censo señala que las provincias en donde este hecho ocurre con mayor frecuencia son: Esmeraldas, Los Ríos, Sucumbíos, Orellana, Morona Santiago y Zamora Chinchipe.

El riesgo de defunción materna es elevado en la adolescencia, debido a su edad gestacional, cuyas causas principales en 2009 fueron las hemorragias posparto 32%, los trastornos hipertensivos 30% y las sepsis 14%.

Las proporciones de maternidad en la juventud son hasta cuatro veces más altas en mujeres adolescentes que no tienen educación, estas cifras alcanzan un 43%, mientras que los embarazos en adolescentes con niveles educativos más altos y con secundaria completa representa un 11%.

Un embarazo en la adolescencia equivale a 2,5 años menos de escolaridad. A nivel general, 37 de cada 100 embarazos en Ecuador no son deseados, Doris Solís, ministra coordinadora de Desarrollo Social, atribuyó estos altos índices a la falta de información, al miedo y a la vergüenza para hablar abiertamente sobre la sexualidad con los adolescentes.

Debido al elevado número de casos, el Gobierno Ecuatoriano ha puesto en marcha la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enipla), en ella, los ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social (MIES) y la Secretaría del Migrante han formado un frente para trabajar sobre planificación familiar, acceso a información, educación en salud sexual y reproductiva y sexualidad en general.

"Habla serio, sexualidad sin misterios", es el eslogan de la campaña, que busca incentivar la conversación sobre sexualidad en el hogar, en los establecimientos educativos y otros espacios, dejando atrás miedos y tabúes que impiden tener un conocimiento claro, que podría evitar los embarazos a temprana edad y los no deseados así como los abortos y la muerte materna.

El embarazo en las adolescentes en la provincia de Tungurahua, permanece en un ocho por ciento de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de Salud, además se conoce que el embarazo

en adolescentes de 10 a 19 años, que aún no han dejado de depender de sus padres y tener trabajos que les permitan ser entes productivos para la sociedad, hace que sus hijos tengan poca preparación académica y los hace propensos a ser padres adolescentes. La mayoría de adolescentes no planean quedarse embarazadas, pero muchas lo hacen. Los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el bebé.

En la provincia de Tungurahua se ha implementado capacitaciones dirigidas a los Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil (DOBE) de los planteles secundarios existentes, donde se brinda atención social y psicológica a quien lo necesita, “Estamos trabajando con los jóvenes para que sepan que no es dable tener que cambiar una maleta llena de sueños por una pañalera llena de responsabilidades a tan temprana edad”, manifestó Lourdes Silva, médica y responsable del Programa de Adolescentes de la provincia de Tungurahua.

Chiquicha se encuentra ubicado al noreste del cantón Pelileo entre las faldas de cerro nitón y junto a las márgenes del río Pachanlica y Ambato, en esta parroquia se ha encontrado un número moderado de madres adolescentes por lo cual esta investigación va a ser de gran importancia para poder determinar las principales causas para que se presente esta problemática en estos sectores, para de esta manera poder ayudar a disminuir este número de embarazos en adolescentes, y en el caso de las existentes madres adolescentes ayudarles a tener una maternidad más responsable y llevadera sin descuidar su vida personal mediante la educación y orientación sexual para que estas madres puedan hacer planificación familiar, y no descuiden sus sueños y el deseo de superarse y llegar a cumplir sus metas; en el caso de sus hijos, se podrá realizar una valoración en el crecimiento y desarrollo de los mismos y en caso de presentarse alguna anomalía, con esta investigación se conseguirá detectarla a

tiempo para darle un tratamiento oportuno para de esta manera evitar consecuencias lamentables en estos niños.

1.2.2 Análisis Crítico

Los embarazos en la adolescencia en la actualidad van en aumento y es necesario no cerrar los ojos ante esta realidad, la falta de confianza con los padres es una de las razones fundamentales para que este problema exista, la misma que ocurre por una inadecuada comunicación ya que los adolescentes tienen miedo de formular preguntas referente a sexualidad a sus padres, tal vez por los tabúes aún existentes en nuestra sociedad, lo que hace que estos se refugien en personas inadecuadas que les proporcionan información errónea sobre sexualidad.

Existe un número muy alto de embarazos en los adolescentes, las condiciones actuales de vida favorecen las tempranas relaciones sexuales de los jóvenes, debido a una carencia de educación sexual y principalmente a la ausencia de criterio formado, que es propio en esta edad, provoca que los adolescentes lleguen sin preparación alguna a la maternidad debido a su falta de responsabilidad sexual y con una inmadurez emocional, psicológica y física, viven el drama de la maternidad no deseada, siendo expuestos en muchas ocasiones al escándalo en las instituciones educativas, al rechazo de los padres y al desprecio o a la indiferencia de los demás, produciéndose en ellos frustraciones sociales y personales.

Es muy importante tener en cuenta que cuando ya se ha producido un embarazo en la adolescencia, ya sea por a la falta de información, o por la poca accesibilidad a los servicios de salud debido a barreras socioculturales, económicos o por una comunicación inadecuada entre padres e hijos, o por cualquier otra razón, es

relevante investigar las afecciones subsiguientes después del nacimiento en los hijos de estos adolescentes.

Una de las principales afecciones en estos niños es producida por una mala alimentación, la que ocurre generalmente por un desconocimiento de las madres sobre la nutrición y sobre la forma adecuada para combinar los alimentos, además cabe recalcar que estas madres tienen poca accesibilidad a cierto tipo de alimentos debido a la carencia de recursos económicos, ya que en muchos casos los adolescentes tuvieron que dejar sus estudios y dedicarse a trabajar en donde la mayoría son mal remunerados, mientras que otras adolescentes se dedican a realizar labores domésticas, en cualquiera de los anteriores casos nos vamos a dar cuenta que los recursos económicos en estas familias van a ser limitados, lo que va a producir que las madres le den poca importancia a la alimentación de los niños, produciendo en ellos un deterioro alarmante de peso y talla para su edad, y un retraso en su estado psicomotriz.

Si hablamos de controles médicos de estos niños, la realidad es aún peor ya que a más de existir poco conocimiento materno sobre estos, algunas adolescentes consideran a los mismos como una pérdida de tiempo, debido a que en la mayoría de los casos son estas quienes sustentan económicamente a su familia, dando como resultado que ellas no les den a estos la importancia que merecen, produciendo en los niños daños irreversibles, dejándolos expuestos a enfermedades inmunoprevenibles y exponiéndolos a la morbilidad y mortalidad infantil.

1.2.3 Prognosis

De proseguir esta alarmante situación y de no hacer algo al respecto a más de tener un gran porcentaje de madres adolescentes se tendrá un gran número de niños

propensos a desarrollar diferentes tipos de morbilidades, que al no ser detectadas y tratadas a tiempo por la falta de controles médicos, a más de tener niños con peso y talla bajos en consideración a los normales para su edad, se tendrá niños con un deterioro intelectual y motriz que si no son tratados a tiempo les dejará secuelas irreversibles y en el peor de los casos les ocasionará la muerte.

1.2.4 Formulación del Problema

¿De qué manera influye el ser madre adolescente en el crecimiento y el desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses en el subcentros de salud de Chiquicha perteneciente al área número 5 del ministerio de salud pública de la provincia de Tungurahua?

1.2.5 Preguntas Directrices

- ¿Cuántas madres adolescentes de entre 11 y 19 años han sido atendidas en el subcentros de salud Chiquicha perteneciente al área número 5 del ministerio de salud pública de la provincia de Tungurahua?
- ¿Qué alteraciones son las más comunes encontrar en el hijo de una madre adolescente, en relación al crecimiento antropométrico, al test de Denver y el esquema de vacunación?
- ¿Qué actividades se pueden desarrollar en el área de trabajo 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 la presencia de alteraciones en el desarrollo psicomotriz y crecimiento antropométrico del niño.
- **Temporal:** 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012
- **Espacial:** subcentro de salud de Chiquicha perteneciente al área número 5 del cantón Pelileo de la provincia de Tungurahua

1.3 Justificación

La elaboración del presente trabajo de investigación es de gran importancia debido al aumento de embarazos en la adolescencia, teniendo en cuenta que la adolescencia es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, y que para muchos jóvenes es un período de incertidumbre, una etapa de amistades, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro, y tomando en cuenta que éste problema no es reciente pero que si ha ido aumentando a través de los años, es menester realizar un estudio profundo de las consecuencias de los mismos en el crecimiento antropológico y desarrollo psicomotriz de los niños de estas madres.

Por ser la juventud el grupo más vulnerable y donde se producen los mayores casos de embarazos y abortos, y además debido a la gran cantidad de morbilidad y mortalidad infantil en hijos de madres adolescentes, surge la inquietud de realizar este estudio analítico observacional, teniendo como objeto de estudio a los niños de entre 0 a 2 años 6 meses de edad que sean hijos de madres adolescentes con el objetivo de determinar de qué manera influye el ser madre adolescente con en

el crecimiento y el desarrollo del niño. El objetivo de la presente investigación no es resolver el problema, o si no dar una explicación clara sobre la interacción de las variables y proponer medidas para disminuir el problema en estudio.

Esta investigación es de orden social, educativo y preventivo y busca la interacción de todo el equipo de salud donde el papel que juega la enfermera es relevante debido a su acercamiento directo con la población y debido a su preparación ya que la misma está apta para llevar a cabo cualquier programa implementado por el gobierno y por el MSP, además está preparada para educar a las madres y para evaluar al niños mediante un examen físico, la toma de medidas antropométrica y la aplicación de test para valorar el desarrollo motriz e intelectual del niño y de esta manera poder detectar oportunamente cualquier anomalía y tomar acciones correctivas sobre la misma.

La investigación a desarrollarse es novedosa ya que la mayoría de trabajos investigativos se centran en la prevención de los embarazos en las adolescentes, mientras que este trabajo pretende determinar los efectos en el crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz en los hijos de madres adolescentes, para establecer propuestas de intervención directa para mejorar la calidad de vida de estos niños.

Este trabajo es factible a realizarse debido a que se tiene permiso para acceder y recoger información sobre la población en estudio del subcentro de salud de Chiquicha perteneciente al área número 5 del cantón Pelileo de la provincia de Tungurahua, además la persona responsable de la realización de la investigación está capacitada para la adecuada recolección de información, su correcta valoración y determinación de resultados para posteriormente determinar la forma en la que va ayudar a esta población vulnerable.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General:

Analizar la relación que existe entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de su hijo entre 0 a 2 años seis meses de edad que han sido atendidos en el subcentro de salud Chiquicha perteneciente al área número 5 del ministerio de salud pública de la provincia de Tungurahua

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar cuántas madres adolescentes de entre 11 y 19 años han sido atendidas en el subcentro de salud Chiquicha perteneciente al área número 5 del ministerio de salud pública de la provincia de Tungurahua
- Determinar qué alteraciones son las más comunes encontrar en el hijo de una madre adolescente, en relación al crecimiento antropométrico, el test de Denver y el esquema de vacunación.
- Elaborar charlas educativas para impartirlas en las instituciones educativas de Chiquicha con temas referentes a educación sexual donde se abarcarán temas referentes a planificación familiar, consecuencias del embarazo en la adolescencia, importancia de la lactancia materna en los niños menores de 1 año y sobre la alimentación complementaria.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes Investigativos

Revisada la información en las diferentes bibliotecas de la ciudad de Ambato se encontraron los siguientes trabajos relacionados con el tema de estudio, en la Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud:

Marizande Lozada, María Fernanda (2011), en su investigación titulada **“Factores de riesgo de apareamiento de complicaciones de las enfermedades hipertensivas en el embarazo en el Hospital General Latacunga de Madres Adolescentes comprendidas entre los 14 – 20 años durante el periodo Enero 2010 – Enero 2011”**., la misma que constituye una investigación cuali - cuantitativa, documental, descriptivo - retrospectivo, entre enero 2010 – enero 2011, recogiendo los datos de historias clínicas, cuyo objetivo es estudiar y determinar el número de pacientes que acudieron al Servicio de Ginecología del HPG “Latacunga” con diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Como conclusión se obtuvo: que la edad promedio de pacientes que desarrollaron enfermedades hipertensivas fue 17.5 años de un rango de edad de 15 – 20 años, esto toma valor clínico al investigar que las mujeres cerca de la edad de menarquía presentan mayor riesgo o sea madres adolescentes, de estas 17 se encuentran en unión libre, 10 eran solteras y 8 estaban casadas, sobre el nivel de escolaridad: 20 de las pacientes apenas habían terminado el nivel primario de instrucción.

De igual manera se encontró el siguiente trabajo investigativo de Valencia Guanoluisa, Carla Verónica, (2010), titulado: **“Relación entre el estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños de seis meses a un año de edad que asisten a consulta en el Centro de Salud No 1 de la ciudad de Ambato”**, tiene como objetivo general estudiar cómo influye el estado nutricional en el desarrollo psicomotor de los niños de seis meses de edad.

En esta investigación se llega a la conclusión que el ministerio de salud pública posee varios programas de prevención del desarrollo de los niños en sus diferentes etapas estos deberían ser aplicados en todos los niños que asisten a consulta Pediátrica al Centro de salud No1 poniendo énfasis en niños en riesgo tanto en nutrición como en su desarrollo así aplicando técnicas de Estimulación temprana enfocados adecuadamente en cada niño aplicando las planificaciones con amor y calidad siendo así eficientes para satisfacción tanto del niño y su familia obteniendo como resultado niños sanos e útiles para nuestra sociedad

Además se encontró en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los siguientes trabajos relacionados al tema investigativo:

De Andrade Valencia, María Italia, (2009), en su trabajo titulado **“Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S PUENGASÌ en el año 2009”**, este trabajo investigativo realizó un estudio cualitativo, descriptivo, correlacionado y no experimental, con pacientes adolescentes con embarazos subsecuentes, en edades de 15 a 19 años, que acudieron a control prenatal mensual al subcentro de salud Puengasí , ubicado en la segunda etapa de la Cooperativa Obrero Independiente,

sector urbano marginal de la ciudad de Quito, con el objetivo de Analizar las Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente, sus factores condicionantes y sus consecuencias, en el año 2009, la muestra fue de 10 adolescentes embarazadas por segunda y tercera vez captadas en la consulta médica diaria, a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada, las mismas que fueron categorizadas , analizadas e interpretadas para cumplir con el objetivo.

Se encontró adolescentes con embarazos subsecuentes en edades: 3 de 16 años, 1 de 17 años, 3 de 18 años y 3 de 19 años, el estado civil es en su mayoría unión libre, la escolaridad en su mayoría con secundaria incompleta, desempleadas, dedicadas a los quehaceres del hogar y dependientes económicamente de sus familiares, por ser su pareja también adolescente o por tener trabajos ocasionales. Se llega a la conclusión que muy pocas usaban métodos anticonceptivos por el temor a ser agredidas en su salud y las que lo utilizaban lo hacían en forma inadecuada teniendo como consecuencia el embarazo, la adolescente por no estar todavía preparada para asumir el rol de ser madre, al saber que se encuentra embarazada aparece sentimientos encontrados y no saben qué hacer y la primera opción que ellas tienen es la de abortar, pero en este estudio se analiza que prevalece el instinto maternal ya que ellas cambian de idea y aceptan su maternidad. Además sienten alegría, tristeza, frustración, desesperación, preocupación por el futuro que les espera a ellas y su bebé.

De igual manera se encuentra en la misma universidad el trabajo investigativo de López Jaramillo, Emilia, (2010), titulado **“Conocimientos de las madres púerperas en lactancia materna exclusiva en el Hospital Metropolitano de la ciudad de Quito, en el mes de junio del 2010: influencia del manejo hospitalario”**, en este trabajo la investigadora es humanística por tanto utilizará la

observación, la encuesta y el test todas con su respectivo instrumento para la utilización y valoración del niño se utilizara técnicas proporcionadas por el médico con las instrumentos adecuados para el niño, la encuesta va dirigida a las madres, utilizando para ello un cuestionario proporcionado por el médico o la estimuladora, en lo cual las preguntas serán enfocadas a los acontecimientos ocurridos entre la lactancia e introducción de alimentos como cuantos controles pediátricos le hace al niño al mes. El objetivo de esta investigación es evaluar el desarrollo del niño aplicando el test de Ortiz en el cual será fácil identificar el desarrollo psicomotor del niño, tomando en cuenta el peso/edad, para posteriormente ubicar estos datos en el percentil respectivo para poder identificar el estado nutricional del niño.

Estos resultados se mostraran mediante cuadros porcentuales y pasteles. En este estudio se llega a la conclusión que la lactancia materna es un proceso natural que brinda al recién nacido la oportunidad de recibir un conjunto de beneficios para su crecimiento y desarrollo tanto en el aspecto intelectual como nutricional y emocional; la madre también se ve beneficiada, de este proceso, sin embargo no todas lo saben, convirtiéndose en un factor de riesgo para la salud de ambos.

Los temas anteriormente enunciados tienen relación con mi tema investigativo ya que realizan un estudio de los embarazos en mujeres adolescentes, los trastornos que se pueden producir en el embarazo, las consecuencias en las adolescentes, la importancia de la lactancia materna y el crecimiento y desarrollo del niño; a pesar de realizar un estudio por separado de toda esta problemática, se analizaran las conclusiones a las que llegaron los diferentes autores para una vez concluido con este trabajo investigativo correlacionando todas estas problemáticas poder exponer nuestras propias conclusiones.

2.2. Fundamentación Filosófica

La investigación se enmarca dentro de un paradigma Critico-Propositivo, crítico porque los problemas parten de situaciones reales y tienen por objetivo mejorar esa realidad en pro del mejoramiento del grupo o individuos implicados en ella. Por tanto los problemas de investigación arrancan de la acción, en este caso se analizará la realidad de la madre adolescente y las relaciones del niño en proceso de crecimiento y desarrollo en su contexto; y propositivo porque busca plantear soluciones del problema planteado.

2.3. Legal

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

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

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

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Título II

Derechos

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

Sección Segunda

Jóvenes

Art. 14. .- Los hospitales y demás establecimientos de atención a la salud de la mujer y el niño estarán obligados a:

- a) Mantener registros en los que conste la atención y el seguimiento del desarrollo, parto y puerperio.
- b) Capacitar a las familias y a los grupos organizados para integrar los servicios de prevención, profilaxis y suministro de medicamentos básicos para el tratamiento y preservación de la salud del menor.

Art.15.- Son obligaciones del Ministerio de Salud

- a) Garantizar el acceso universal e igualitario a las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de las madres y los hijos.
- b) Organizar servicios de atención específica para menores que tengan deficiencia, sensoriales y mentales.

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

Sección Cuarta

Mujeres embarazadas

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

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

Sección quinta

Niñas, niños y adolescentes

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

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

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

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

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

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

LIBRO PRIMERO

LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE DERECHOS

TITULO I

DEFINICIONES

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

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

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

TITULO III

DERECHOS, GARANTÍAS Y DEBERES

Capítulo II: Derechos de supervivencia

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

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

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

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

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

PLAN DECENAL PARA EL DESARROLLO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA (2003)

Política 04.- Asegurar condiciones nutricionales adecuadas y oportunas a todos los niños y niñas.

Meta: Disminución en un sexto el nacimiento de niñas y niños con menos de 2.5 kg de peso.

2.4. Fundamentación Psicológica

Como factores de índole psicológica, hay que considerar que las adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, como una

manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas, "Se ha encontrado algunos factores de personalidad que facilitan el embarazo adolescente, como son la necesidad de establecer metas apropiadas y gratificarse a sí misma por sus propios logros; escasa tolerancia a la frustración; labilidad emocional; falta de control de los impulsos; afectividad empobrecida; y escaso nivel de madurez emocional". Otro factor de personalidad es la presencia de una autoestima disminuida, por lo que ellas buscarían en el sexo llenar una necesidad de autoafirmación.

Psicológicamente la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios en los planos intelectual, emocional y social, conjuntamente con las transformaciones propias de este periodo.

2.5 Categorías Fundamentales

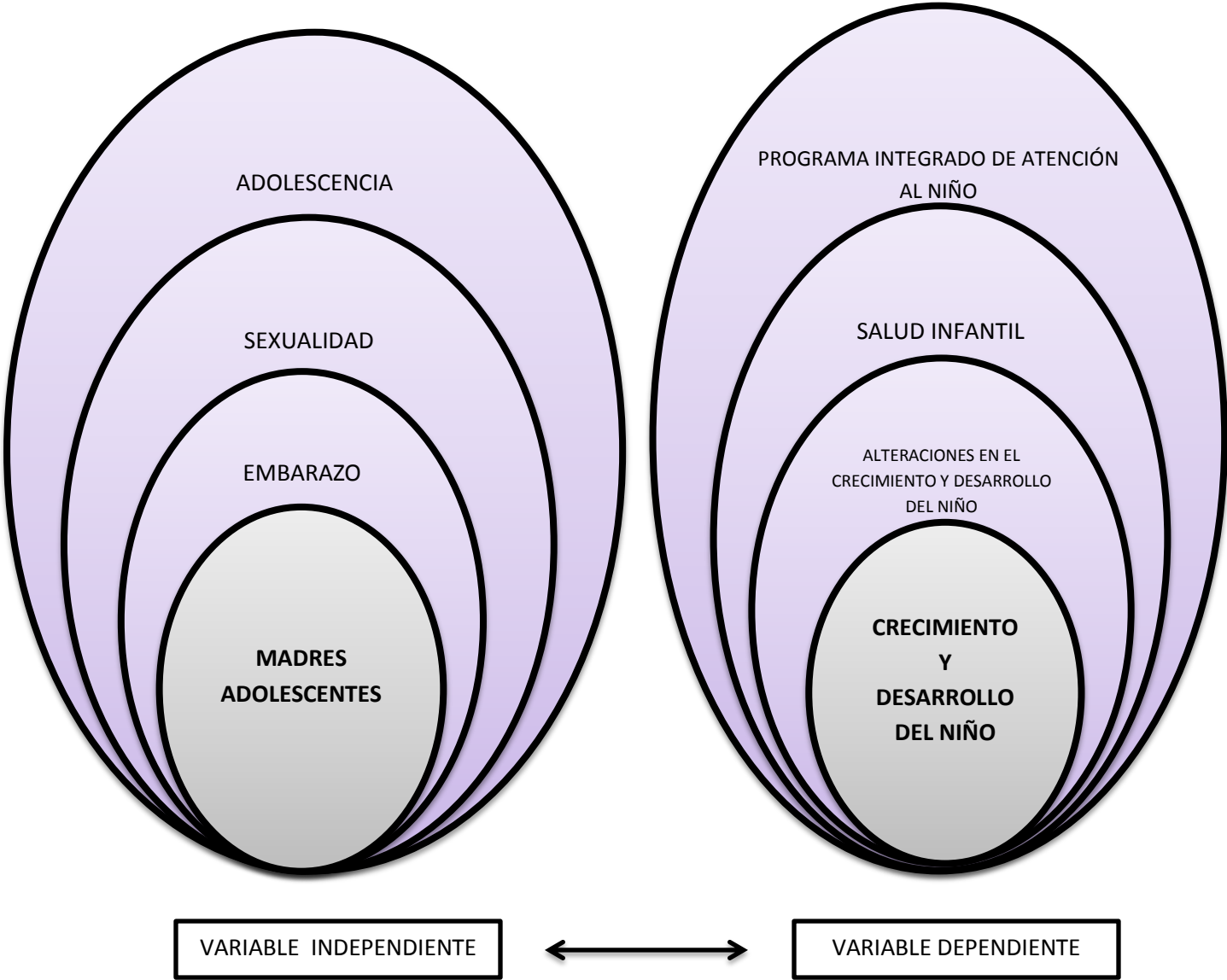


Gráfico #1
Red de inclusiones conceptuales

2.6 FUNDAMENTO TEÓRICO.

2.6.1. Variable Independiente

2.6.1.1 EMBARAZO

Según GOGNA, Mónica, en su libro titulado “Embarazo y maternidad en la adolescencia” pag145, El embarazo o gravidez (del latín gravitas) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto e incluyen los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno.

2.6.1.1.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El libro de Correia, Divanise Suruagy, y otros, titulado Adolescentes embarazadas: signos, síntomas, complicaciones y presencia de estrés, menciona que: “La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Por lo general las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales desprotegidos.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia, comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente el embarazo a esta edad no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su personalidad, del contexto

familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre”

Según Toro Merlo J., Velastegui Uzcátegui O, en su libro "Embarazo en la adolescente”, en el Vol. 1, Cap. 32, cita que la maternidad afecta a la adolescente según en la etapa en la que esta se encuentre así:

En la *adolescencia temprana*, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja, no identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la *adolescencia media*, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la *adolescencia tardía*, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

Se puede decir que la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

2.6.1.1.1 Factores Predisponentes

Según, • GOGNA, Mónica, en su libro titulado “Embarazo y maternidad en la adolescencia” señala que los factores predisponentes para un embarazo en la adolescencia son los siguientes:

1. – ***Menarquia Temprana***: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. – ***Inicio Precoz De Relaciones Sexuales***: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. – ***Familia Disfuncional***: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. – ***Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola***
5. – ***Bajo Nivel Educativo***: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

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

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

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

9. – Falta O Distorsión De La Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10. – Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. - Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. - Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

2.6.1.1.1.2 Consecuencias.

Según Martínez y Martínez, en su obra titulada La salud del niño y del adolescente, en la 4ta. Edición (2008), cita que una adolescente puede estar expuesta a diversas consecuencias, mismas que las separa en los siguientes grupos:

Consecuencias orgánicas:

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud. Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos.

Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada. Por encima de esta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social. Entre los factores psicológicos destaca el inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal que suelen tener estas madres. Este escaso cuidado prenatal parece estar motivado, entre otras cosas, por el hecho de que la mayoría de estos embarazos no son deseados, lo que favorece la tendencia a ocultarlos, y por los malos hábitos de salud que suelen tener estas madres. Respecto a los factores de tipo social, el fundamental es el bajo estatus socioeconómico y sociocultural que suelen tener estas futuras madres.

Consecuencias psicológicas:

En la obra de Suárez Linares, Judith, y su obra titulada: Otra mirada al embarazo en la adolescencia, cita que "La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello". Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro, incluso se llega a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.

Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso, de suicidios, todos ellos problemas muchos más frecuentes entre las adolescentes embarazadas que entre sus compañeras no embarazadas. No obstante, no podemos estar plenamente seguros de que estos problemas psicológicos sean consecuencias del embarazo.

Consecuencias educativas, socio-económicas y relacionales:

Estos embarazos, acarrearán gran cantidad de problemas escolares, dificultan la inserción en el mundo laboral e interfieren notablemente con la posibilidad de conseguir unos ingresos suficientes. Por otro lado, las relaciones sociales de la chica también pueden verse afectadas.

a) Consecuencias educativas: En las madres adolescentes las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación se ven claramente disminuidas, ya que son mucho más frecuentes los problemas escolares y el abandono de los estudios.

El menor rendimiento académico y las mayores probabilidades de abandono escolar interfieren seriamente en el proceso de formación. Todo ello puede acarrear importantes consecuencias sociales y económicas.

b) Consecuencias socio-económicas: Las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que no encuentre un trabajo. Como consecuencia de ello, muchas de estas chicas viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza. En algunos casos, la situación económica es tan precaria que pasan a depender de la asistencia social.

c) Consecuencias socio-relacionales: Ser madre puede ocasionar a la chica importantes problemas de rechazo social. La adolescente puede ser rechazada, además de por su pareja, por algunos de sus amigos, vecinos o familiares. En casos extremos puede llegar a ser rechazada incluso por sus propios padres. Este rechazo le

priva de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, también económico, precisamente en el momento en que más las necesita. Por otro lado, esto hace más difícil que la chica se implique en una relación de pareja estable.

2.6.1.1.1.3 Posibles Complicaciones.

En la obra titulada Embarazo en Adolescentes Saberes Significados y Consecuencias de PEREZ, Crisólogo, y SALEM, María Isabel, cita que en el embarazo de una adolescente se pueden presentar las siguientes complicaciones:

Complicaciones Prenatales

Anemia.

La anemia es una afección muy frecuente que se produce como consecuencia de bajos niveles de hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es una proteína que contiene hierro, y su función es transportar el oxígeno a través de la corriente sanguínea hacia los tejidos del cuerpo. Los órganos necesitan de este oxígeno para su correcto funcionamiento.

Al disminuir la cantidad de hierro en la sangre se limita la producción de hemoglobina y los tejidos corporales no reciben suficiente oxígeno, lo que puede afectar a sus funciones. Existen varios factores que influyen en la aparición de la anemia durante el embarazo, y que determinan el tipo y la gravedad de la anemia. Así tenemos: Anemia gravídica: Está asociada al propio embarazo, ya que el volumen de sangre en la mujer embarazada aumenta hasta en un 50%, mientras que los glóbulos rojos no se incrementan y su concentración en la sangre permanece disminuida hasta el final de la gestación.

- **Anemia ferropénica:** La anemia ferropénica, por deficiencia de hierro, es la más frecuente durante el embarazo (90%); seguir una dieta equilibrada y tomar suplementos de hierro antes, durante, y después del embarazo previene su aparición. Normalmente esta deficiencia no afecta al feto, pero si la anemia es grave (el valor de la hemoglobina desciende por debajo de 7g/dL) puede repercutir negativamente en la gestación, y está relacionada con nacimientos prematuros, riesgo de infecciones, e incluso abortos y mortalidad perinatal.

- **Anemia megaloblástica:** Generalmente se produce por un déficit de ácido fólico o de vitamina B12. El ácido fólico no se acumula en el cuerpo, ya que se trata de una vitamina hidrosoluble que se elimina a través de la orina, por lo que es preciso obtenerlo a través de la dieta o los suplementos de forma continuada. La deficiencia de ácido fólico en la madre puede originar defectos congénitos graves en el bebé como espina bífida, y se aconseja que las mujeres que tengan intención de quedarse embarazadas tomen suplementos de esta vitamina antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo. La vitamina B12 contribuye a la formación de los glóbulos rojos, y se encuentra en la carne de vaca y de aves, la leche y sus derivados, los huevos, etcétera. Las mujeres vegetarianas (al no ingerir alimentos de procedencia animal) tienen muchas posibilidades de padecer deficiencias de esta vitamina, y necesitar suplementos de la misma durante el embarazo

El mejor tratamiento de la anemia durante el embarazo es prevenir su aparición con una dieta variada y equilibrada, que incluya alimentos ricos en hierro y en vitaminas cuyas carencias provocan el desarrollo de la anemia. Una dieta vegetariana estricta no aporta las necesidades diarias de hierro y vitamina B12, por lo que se debe consultar con el médico la conveniencia de utilizar suplementos durante el embarazo.

Placenta previa

Se entiende por placenta previa al hecho de que la placenta esté insertada en la parte baja del útero, lejos de su lugar habitual, que es el fondo del útero. Según la relación entre la situación de la placenta y el cuello del útero podemos distinguir varios tipos de placenta previa:

- **Placenta previa oclusiva total:** si ocluye todo el orificio cervical interno.
- **Placenta previa oclusiva parcial:** el cuello está en parte cubierto por la placenta y en parte por las membranas amnióticas.
- **Placenta previa marginal:** la placenta llega a los márgenes del cuello pero no lo ocluye.
- **Placenta previa lateral:** la placenta está cercana al cuello, pero no llega a sus márgenes.

La placenta crece durante el embarazo y alimenta al feto. El cuello uterino es la abertura hacia la vía del parto. A comienzos de embarazo, es muy común que la placenta esté en la parte baja en el útero, pero a medida que el embarazo continúa, la placenta se desplaza hacia la parte superior de éste. Hacia el tercer trimestre, la placenta debe estar cerca de la parte superior del útero, de manera que el cuello uterino esté despejado para el parto.

El síntoma principal de la placenta previa es un sangrado vaginal súbito. Algunas mujeres presentan cólicos también. El sangrado a menudo comienza cerca del final del segundo trimestre o empezando el tercer trimestre. Los médicos medirán cuidadosamente el riesgo de sangrado contra el riesgo de un parto prematuro para el bebé. Después de las 36 semanas, dar a luz al bebé puede ser el mejor tratamiento.

Casi todas las mujeres con placenta previa necesitan una cesárea. Si la placenta cubre todo o parte del cuello uterino, un parto vaginal puede causar sangrado intenso, lo cual puede ser mortal para la madre y el bebé.

Preeclampsia.

Durante siglos la presión arterial alta durante el embarazo (preeclampsia) ha sido una de las causas de muerte de la madre, el feto o el recién nacido. Cuando viene acompañada de convulsiones ya se está en presencia de la eclampsia; en que el feto queda privado de oxígeno y la placenta se puede dañar o se separa.

Normalmente, la presión sanguínea de la mujer baja un poco a mitad del embarazo; en parte, por el aumento del volumen de sangre, y en parte, debido al relajamiento de los vasos sanguíneos. Con la eclampsia, la presión sanguínea no baja en esa época, y por el contrario, aumenta en las últimas semanas.

Los síntomas de preeclampsia grave abarcan:

- Dolores de cabeza que no desaparecen
- Dolor abdominal en el lado derecho, debajo de las costillas. El dolor también se puede sentir en el hombro derecho y se puede confundir con acidez gástrica, dolor en la vesícula biliar, un virus estomacal o el bebé pateando.
- Irritabilidad
- Disminución del gasto urinario, no orinar con mucha frecuencia
- Náuseas y vómitos (signo preocupante)
- Cambios en la visión, como: pérdida temporal de la visión, ver puntos o luces centelleantes, fotosensibilidad y visión borrosa

Las mujeres que corren mayor riesgo de padecerla son: primerizas menores de 20 años, o mayores de 35; mujeres que padecen de hipertensión crónica; o que han padecido de ella en un embarazo anterior que no fuera el primero; con diabetes; o en un embarazo múltiple.

Si el bebé está lo suficientemente desarrollado (por lo regular a las 37 semanas o después), es posible que el médico necesite hacerlo nacer para que la preeclampsia no empeore.

Diabetes gestacional

Otra de las complicaciones durante el embarazo es la diabetes gestacional (GDM); definida como una intolerancia a la glucosa durante esa etapa. Las madres que la padecen corren un alto riesgo de hipertensión, pre eclampsia, infecciones del tracto urinario, futura diabetes y parto por cesárea.

Básicamente, cuando una madre lleva demasiada azúcar en la sangre, ese azúcar pasa al feto. Algunos de estos fetos crecen muy grandes y gordos, causándole problemas a la madre durante el nacimiento. Los bebés se pueden lastimar, también algunas veces se les rompe la clavícula o se les dañan los nervios durante el nacimiento, o tienen que nacer por medio de una cesárea.

Complicaciones Durante el período del parto:

- Malas posiciones y presentaciones fetales por la desproporción cefalopélvica
- Distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas
- Otras complicaciones, desgarros, hemorragias e infecciones secundarias por la difícil manipulación, debido a la estrechez de su canal vaginal y de la pelvis.

Complicaciones Postparto

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a

tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte. Las principales complicaciones posparto son:

- **Las hemorragias graves** tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada. La inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia.
- **Las infecciones** tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección.
- **La preeclampsia** debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia.

Complicaciones Neonatales.

El libro de Urcros Rodríguez y Mejía Gaviria, titulado Guías de pediatría práctica basadas evidencia, cita que en el momento del nacimiento un bebé puede presentar las siguientes complicaciones:

Bajo Peso Al Nacer

El bajo peso de nacimiento ocurre cuando un bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2.500 gramos) en el momento de nacer. Un peso de nacimiento menos de 3 libras y 4 onzas (1.500 gramos) se considera extremadamente bajo. Los problemas médicos de la madre tienen influencia en el peso de nacimiento, especialmente si ésta sufre de alta presión arterial, diabetes, ciertas infecciones o problemas del corazón, los riñones o los pulmones o de igual manera si se trata de un embarazo en madre adolescente. Un útero o cuello de útero anormal pueden incrementar el riesgo de que la madre dé a luz a un bebé de peso bajo. Hay algunos bebés que son prematuros y también de crecimiento retrasado. Estos bebés corren el riesgo de experimentar muchos problemas vinculados a su bajo peso.

Hay dos categorías de recién nacidos de bajo peso:

- **Los bebés prematuros:** Los bebés pueden nacer antes de tiempo, o sea antes de la semana 37 de gestación o antes de los 8 meses de embarazo, que es el término para que un recién nacido desarrolle la suficiente madurez física y obtenga el peso adecuado para la supervivencia fuera del vientre materno. Sin embargo, la tecnología actual, los progresos en el conocimiento y la amplia experiencia que han logrado el personal de salud y los centros médicos especializados ha mejorado el pronóstico y la calidad de vida de los bebés prematuros.

El prematuro tiene un alto riesgo porque todos sus órganos -por ejemplo los pulmones, su sistema nervioso, el corazón, los riñones- son inmaduros, y no están preparados para asumir sus funciones normalmente. En general un bebé promedio pesa entre 2500 y 3500 gramos aproximadamente, los bebés prematuros se encuentran por debajo de estos pesos y se ha logrado sacar adelante bebés con pesos menores a 1000 gramos. Los bebés prematuros por su inmadurez, bajo peso y pobre depósito de grasa tienden a enfriarse fácilmente, lo cual empeora su déficit respiratorio y demás problemas de la prematurez. Por esta razón es muy importante mantenerlos con la temperatura adecuada por medio del uso de incubadoras que les asegura la temperatura y humedad adecuadas.

Los bebés prematuros podrán ir a casa cuando ganen el peso suficiente, coman de manera adecuada, regulen su temperatura sin enfriarse y puedan desarrollar casi dentro de total normalidad la vida de cualquier recién nacido. La adecuada comunicación de los padres con el personal de salud y la colaboración con las recomendaciones y normas del cuidado de estos bebés son piezas claves para la adecuada evolución de estos niños.

- **Los bebés con CIR:** El crecimiento intrauterino retardado o restringido (CIR) es un término que se utiliza para definir a un feto que es más pequeño de lo normal durante el embarazo debido a un problema con el funcionamiento de su placenta. No son fetos pequeños sin más, sino que disminuye la velocidad a la que deberían

crecer dentro del útero materno y por eso tienen bajo peso al nacer. La causa más frecuente es un problema en la placenta, que es el tejido que transporta el oxígeno y los nutrientes de la madre al bebé. El RCIU limita el crecimiento general del cuerpo y los órganos del bebé, y es posible que las células de los tejidos y los órganos no crezcan lo suficiente o no estén presentes en la cantidad adecuada. Cuando no hay suficiente flujo sanguíneo a través de la placenta, el feto sólo recibe bajas cantidades de oxígeno. Esto puede disminuir la frecuencia cardíaca del feto poniéndolo en una situación de alto riesgo.

Sin embargo hay otras causas que también pueden causar CIR son las alteraciones genéticas, las malformaciones fetales, infecciones de la madre durante el embarazo, la tensión arterial alta y el embarazo producido a temprana edad materna. También el tabaco, el alcohol y las drogas. Tanto la ecografía como el Doppler son pruebas inocuas y no presentan ningún riesgo ni para la madre ni para el bebé. Al mismo tiempo, con la ecografía también se puede estudiar la cantidad de líquido amniótico, ya que la mayoría de los bebés con CIR, tienen el líquido amniótico disminuido. Lo más frecuente es que no se tenga que adelantar el parto, ya que hay veces que, aunque el bebé sea pequeño sigue creciendo dentro del útero materno. Pero en los casos en los que el feto no está creciendo adecuadamente, se estanca su crecimiento o tiene problemas con el funcionamiento de la placenta, deberá finalizarse el parto antes de la fecha prevista.

Con el tiempo, el bebé crecerá adecuadamente y alcanzará el peso y la estatura normal sobre los dos años de edad, ya que, la causa que le impedía crecer correctamente era el mal funcionamiento de la placenta y ésta ya no existe fuera del útero.

Los bebés nacidos con peso bajo son más proclives que los bebés de peso normal a tener problemas médicos y complicaciones del desarrollo. Un bebé prematuro y de peso bajo corre un riesgo mayor de desarrollar problemas de respiración, una de las causas más importantes de muerte e incapacidad entre bebés prematuros

Estos bebés pueden presentar los siguientes problemas después de su nacimiento:

Disminución de los niveles de oxígeno: A estos bebés les falta una sustancia química llamada surfactante, por eso no consiguen acumular suficiente oxígeno en la sangre o despojarse del dióxido de carbono de manera adecuada lo que se conoce como enfermedad de membrana hialina. El uso extendido y reciente de surfactante artificial o de surfactante animal purificado está contribuyendo a salvar a muchos de estos bebés, el surfactante se administra a través de un tubo introducido en la tráquea, va a los pulmones y ayuda a los bebés a respirar con más facilidad.

Hipoglucemia (bajo nivel del azúcar en la sangre): Algunos bebés nacidos con peso bajo poseen un desequilibrio en la cantidad de sales o de agua, o insuficiente cantidad de azúcar en la sangre (hipoglicemia), que pueden causar daños cerebrales, estos reciben glucosa a través de un tubo intravenoso. A medida que se van recuperando, se les puede alimentar con leche materna por medio de un tubo estomacal

Dificultad para mantener una temperatura corporal normal: Los bebés de bajo peso al nacer pueden no poseer suficiente grasa como para mantener la temperatura normal del cuerpo. La baja temperatura del cuerpo puede a su vez causar cambios bioquímicos en la sangre y provocar crecimiento más lento, estos niños son mantenidos en camas abiertas con calefactores o en incubadoras cerradas para regular la temperatura del cuerpo.

Ictericia: son más proclives a desarrollar ictericia y a ponerse amarillos porque su hígado puede tardar en comenzar a funcionar independientemente. Si el problema es grave puede causar daños cerebrales a estos niños se les puede tratar con luces azules especiales mediante un proceso llamado fototerapia.

Anemia: Un bebé prematuro puede ser anémico (no tener suficientes glóbulos rojos). Lo normal es que un feto vaya almacenando hierro durante el embarazo y lo utilice después de nacer para producir glóbulos rojos. Los bebés que nacen antes de tiempo, pueden no haber tenido tiempo suficiente como para almacenar hierro, este problema puede tratarse con suplementos dietéticos de hierro o, en casos extremos, con una transfusión de sangre

Hemorragia Cerebral: Alrededor de un tercio de los bebés nacidos con un peso extremadamente bajo, experimentan hemorragias cerebrales que pueden conducir a daños cerebrales o a la muerte. Los niños que sobreviven suelen tener problemas de comportamiento y de aprendizaje más adelante. No es posible corregir la hemorragia cerebral que se suele producir en bebés extremadamente prematuros. Pero sí se pueden tratar algunos de sus efectos secundarios para reducir el riesgo y la medida del daño cerebral. Los doctores pueden examinar el cerebro mediante ultrasonidos, imágenes por resonancia magnética (MRI: magnetic resonance imaging) o tomografías computadas del cerebro ("CAT scan"). Si los espacios llenos de fluido (ventrículos) se expanden muy rápidamente, los doctores pueden insertar un tubo en el cerebro para drenar el líquido y reducir así el riesgo de daños cerebrales.

Otros: Los bebés prematuros pueden tener un problema cardíaco grave. Antes de nacer, el feto tiene una gran arteria llamada el ductus arteriosus que hace que la sangre no pase por los pulmones (que no funcionan). Esta arteria debe cerrarse cuando nace el bebé, pero esto a veces no ocurre en los bebés prematuros, provocando defectos cardíacos.

Algunos bebés prematuros tienen enterocolitis necrótica, una inflamación del intestino potencialmente fatal. La retinopatía propia de su condición prematura, que consiste en el crecimiento anormal de vasos sanguíneos del ojo, puede provocar defectos en la visión e inclusive la ceguera.

Malformaciones Congénitas

Las malformaciones congénitas son alteraciones de la anatomía humana o del funcionamiento del organismo que pueden ser de causa genética, ambiental, nutricional o tóxica. Estos factores actúan en el embrión durante su crecimiento en el vientre materno o incluso antes de la concepción del mismo. El término congénito quiere decir que la malformación se manifiesta desde el nacimiento, independientemente de si la lesión se produjo durante el desarrollo del embrión, el parto, o por un defecto genético.

Existen multitud de tipos de malformaciones congénitas que pueden afectar a cualquier parte de la anatomía humana. A continuación se citan las más importantes:

PARTE AFECTADA	POSIBLES MALFORMACIONES
Malformaciones congénitas del sistema nervioso	Anencefalia y encefalocele, Espina bífida, Microcefalia
Malformaciones congénitas del ojo, del oído, de la cara y el cuello	Entropión y entropión congénitos, Micro y macroftalmias, Catarata congénita, Coloboma de iris, Ausencia congénita de pabellón auditivo, Orejas supernumerarias
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	Transposición de los grandes vasos, Tetralogía de Fallot, Síndrome de Eisenmenger, Valvulopatías congénitas
Malformaciones congénitas del sistema respiratorio	Atresia de coanas, Laringomalacia congénita, Quiste pulmonar congénito, Secuestro de pulmón, Hipoplasia y displasia pulmonar
Malformaciones congénitas del sistema digestivo	Fisura del paladar y labio leporino, Macroglosia, Atresia de esófago, Hernia de hiato congénita, Divertículo de Meckel, Atresia de los conductos biliares, Enfermedad quística del hígado, Páncreas

	anular
Malformaciones congénitas de los órganos genitales	Ausencia, quiste o torsión de ovario, Útero unicorne y bicorne, Ausencia congénita de la vagina, Himen imperforado, Testículo no descendido, Hermafroditismo y pseudohermafroditismo
Malformaciones congénitas del sistema urinario	Agenesia renal y Síndrome de Potter, Enfermedad quística del riñón, Hidronefrosis congénita, Riñón supernumerario, Persistencia del uraco, Divertículo congénito de la vejiga
Malformaciones y deformidades congénitas del sistema Osteomuscular	Luxación congénita de la cadera, Pie plano congénito, Pie cavus, Dolicocefalia, Plagiocefalia, Escoliosis congénita, Tórax excavado, Polidactilia, Sindactilia
Ausencia congénita completa del (de los) miembro(s) superior(es) o inferior(es)	Focomelia, Craneosinostosis, Hipertelorismo, Acondroplasia, Síndrome de Ehlers–Danlos, Malformaciones congénitas de la piel

Elaborado por: Investigadora

Fuente: Urcros Rodríguez y Mejía Gaviria, Guías de pediatría práctica basadas evidencia

2.6.1.1.2 CONTROL PRENATAL

Según Mondragón Castro H (2009) en su libro de Gineco-obstetricia 4a, cita que el control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal.

Por lo general, la atención prenatal comprende un examen físico de la embarazada por un médico, examen ginecológico en la que incluye citología que descarte enfermedades del cuello uterino como el VPH, valoración cardiovascular, verificación de inmunizaciones (rubeola, hepatitis), verificación de infecciones como

el toxoplasma y VIH, y determinar cuándo un embarazo es de alto riesgo y cuando no.

Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL

Además, este libro enuncia que el Control Prenatal debe reunir obligatoriamente las siguientes características:

PREVIO: Debe iniciarse lo más pronto posible, tan pronto como la madre sabe que está gestando.

PERIÓDICO: Debe ser periódico y repetitivo. En un embarazo de bajo riesgo los controles deben ser:

- Hasta las 28 semanas de gestación: **mensuales**
- Desde las 28 semanas hasta las 36 semanas de gestación: **quincenales**
- A partir de las 36 semanas hasta el parto: **semanales**

En un embarazo de alto riesgo los controles deben ser con menos intervalo de tiempo entre cada control, siguiendo el criterio del médico.

COMPLETO: Debe ser completo, es decir debe tomar en cuenta a la salud integral de la mujer embarazada:

- Examen general de la gestante.
- Examen y evaluación del embarazo y crecimiento del producto.
- Atención nutricional: Aporte de Hierro, otros oligoelementos y vitaminas
- Atención odontológica.
- Atención sobre inmunizaciones: Rubéola, Tétanos, Varicela, etc.
- Atención en su salud mental.
- Atención social y visitas domiciliarias, si es que lo necesita.
- Educación para la salud, y sobre todo acerca de los factores relacionados con el embarazo.

2.6.1.2 SEXUALIDAD

La sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia humana, pero en la adolescencia se vive y manifiesta de manera un poco diferente a como se expresa en otras etapas de la vida. En este período surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todas y todos las adolescentes. Según Sáez, G. I. (2008) en su libro sexualidad en la adolescencia, menciona que es probable que el aspecto más importante del desarrollo durante la adolescencia sea la madurez sexual. Los adolescentes sexualmente maduros tienen el equipo necesario para las relaciones sexuales, sin embargo, en las culturas modernas, pasan por un largo período de educación o de entretenimiento antes de que la sociedad los considere preparados para el matrimonio. El efecto emocional de las experiencias sexuales durante este período puede tener repercusiones en la escuela, tanto en los estudiantes que intervienen, como en los compañeros que se enteran de sus experiencias.

Según TENORIO, Rodrigo, en su obra titulada “La cultura Sexual en los adolescentes”, conforme el cuerpo de los adolescentes maduran sexualmente, estos deben realizar algunos ajustes emocionales y psicológicos. Su posición respecto a lo

que significa ser hombre o mujer se ha desarrollado durante años, quizás desde su infancia. Ahora, deben empezar a consolidar su identidad sexual y sentirse a gusto con ella.

Además señala que: La relación sexual sobreentiende la plena asunción del cuerpo y sus responsabilidades. A menudo, los adolescentes no son los suficientemente maduros para emprender esta experiencia, conocen de una forma imperfecta el funcionamiento de su cuerpo y todavía no han adquirido el sentido de sus responsabilidades ni quieren conocer las consecuencias de sus actos. Muchas veces el "paso a la acción" da lugar a actos fallidos, desencantadores, a veces dramáticos por ser prematuros.

Algunos jóvenes tienen tendencia a creer que hace falta haber tenido la experiencia de una relación sexual para "ser normales" y situarse en relación a los demás, para darse importancia a los ojos de los demás y para ser aceptado por los demás. Si bien no hay edad para tener la primera relación sexual, los jóvenes no sacarán nada satisfactorio, nada realmente positivo de una relación sexual que se vive precipitadamente para ser como los demás o para saber cómo es.

Según Lee, E. y Made, P. (2009), en su libro "Las relaciones sexuales y las adolescentes" expone que: En esta etapa el enamoramiento es parte de un proceso de exploración y definición de la identidad de los adolescentes, los chicos y chicas empiezan a verse de una forma distinta, esta atracción puede tener en algunos casos alguna manifestación de rechazo, las relaciones entre los y las adolescentes varían a lo largo de esta etapa y de acuerdo al género. Es muy fácil darse cuenta de cuando un adolescente está enamorado, ya que este pasa pensativo, melancólico, a veces retraído, nervioso cuando la razón de este efecto esta frente a ellos, es muy frecuente

el descuido en las labores escolares. El enamoramiento trata en sí que el adolescente sienta deseos de proyectar su propio yo hacia otra persona, los jóvenes buscan en el enamoramiento la oportunidad de mostrar amor, de ser libres de hacerlo y de expresar su capacidad para comunicarse con el sexo opuesto.

2.6.1.2.1 Educación Sexual

Según GARCIA, Julio, y FIGUEROA Juan, en su libro titulado “ Práctica Anticonceptiva en adolescentes y jóvenes”, el término educación sexual se usa para describir el conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva.

2.6.1.2.2 Elementos De La Sexualidad

Además en este libro se menciona que se puede destacar algunos elementos que se engloban dentro del concepto de sexualidad así tenemos:

El impulso sexual

- El impulso sexual que va dirigido tanto al placer sexual inmediato, como a la procreación.

Identidad sexual y orientación sexual

- La identidad sexual y orientación sexual se entienden como tendencias sexuales en cuanto a aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo

(sentirse hombre, mujer o ambos a la vez) y en cuanto a atracción sexual hacia un sexo, otro o ambos (heterosexualidad, homosexualidad o bisexualidad).

2.6.1.2.3 Planificación Familiar

Según González Labrador, Ignacio, y otros en su obra titulada: Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos, cita que todos los organismos al alcanzar su madurez se reproducen, por eso la población crece. Entre los humanos, el crecimiento de la población es muy elevado. El avance de la medicina y de la tecnología ha aumentado y por eso ha disminuido la mortalidad, y se trata de controlar la natalidad.

La planificación familiar es una decisión de pareja sobre el número de hijos que quieren tener y que les pueden ofrecer. Las parejas tienen el derecho de usar el método anticonceptivo que mejor les convenga usar.

2.6.1.2.3.1 Métodos Anticonceptivos.

MÉTODO	EFFECTIVIDAD EN LA PRACTICA	VENTAJAS	DESVENTAJAS
NATURAL			
Interrupción del coito (marcha atrás)	75% - 80%	No necesita preparación previa ni adicional; sin efectos secundarios	Interfiere en el coito, puede ser difícil de emplear con efectividad
Lactancia Materna Prolongada	Su efectividad es del 95% si se mantiene la lactancia constante	No tiene costo, Sin riesgos para la salud	después del sexto mes de vida del bebe o cuándo este mama menos de 6 veces al día, el método no es seguro ya que puede regresar la ovulación al cuerpo femenino
Método del calendario	75% - 80%	No necesita nada más, sin efectos secundarios	Difícil de usar, sobre todo si los ciclos menstruales son irregulares, como sucede en las mujeres jóvenes;

			abstinencia durante largos periodos
DE BARRERA			
Condón preservativo	80 - 90% su efectividad es mucho mayor cuando se utiliza con espermicidas	Fácil uso, barato, sin riesgos para la salud, protección muy efectiva contra algunas ETS, pueden proteger del cáncer cervical	Se coloca antes del coito, algunos hombres y mujeres se quejan de perder sensibilidad, necesidad de retirar el pene de la vagina cuando aquel todavía está en erección
Anillo Vaginal	Efectividad 92% al 99.7%	Fácil de usar, da una liberación lenta de hormonas, provoca menos efectos secundarios que las pastillas anticonceptivas	No protege contra ETS, este tipo de métodos anticonceptivos pueden provocar irritación vaginal, aumento de peso, náuseas, sangrados irregulares, sensibilidad mamaria, cambios de humor, dolor de cabeza.
Diafragma con espermicida	80% - 90%	Sin riesgos para la salud, protege contra algunas ETS y cáncer de cuello	Se introduce con espuma o alguna gelatina antes del coito y no se puede retirar hasta 6 h. Después, debe adaptarlo un especialista, son incómodos de limpiar, llevar y conservar
Esponja anticonceptiva	75% - 90%	Efectiva durante 24h. E inmediatamente después de su inserción, puede proteger contra algunas ETS	Deben humedecerse antes de su inserción, pueden causar irritación vaginal a algunas mujeres, resulta a veces difícil de introducir o extraer
QUÍMICOS			
Espermicidas	80% - 90%	Sin riesgos para la salud; protege contra algunas ETS	Se aplica de 5 a 30 minutos antes del coito, sólo son efectivos por un tiempo de 30 a 60 minutos, algunas mujeres pueden encontrar su uso incómodo
HORMONAL			
Diu	95% - 98%	Muy efectiva en la prevención del embarazo, no interfiere en el coito, es necesaria la visita periódica al especialista	No está recomendado en las mujeres que no han tenido hijos, debe introducirlo el especialista, puede causar hemorragias, infecciones, dolores y trastornos de la regla, validez limitada
Parche Contraceptivo	Es mayor al 99%.	Es fácilmente reversible, en caso de decidir concebir un hijo, provee los mismos beneficios que la píldora, como la	no protegen contra las Enfermedades de Transmisión Sexual, Podría experimentar irritación leve en la piel, El parche se puede desprender

		regulación del ciclo, reducción del sangrado y del dolor, prevención de la anemia, etc.	
Inyección Anticonceptiva	Efectividad 99.7% al 99.9%	Altamente efectiva, La progesterona inyectable es la opción anticonceptiva más cómoda para mujeres que no pueden tomar estrógenos	No protegen contra las Enfermedades de Transmisión Sexual, Posible aumento de peso. Posible sangrado irregular dentro del periodo de adaptación
Píldora	97% - 98%	Muy efectiva en la prevención del embarazo, no interfiere en el coito, regula ciclos menstruales, reduce las hemorragias y dolores de la menstruación, protege contra el cáncer de ovarios y endometrio	Debe tomarse todos los días, necesita un control periódico, puede tener efectos secundarios, como náuseas o posibles problemas circulatorios, hipertensión en un porcentaje bajo de mujeres
PERMANENTES			
Ligadura De Trompas	99,96%	Permanente, elimina el miedo a quedar embarazada, no hay riesgos o efectos secundarios en la salud	Posible irreversibilidad; es decir, después de ser intervenidas existe la posibilidad de no poder tener hijos
Vasectomía	99,85%	Permanente, elimina miedos a dejar embarazada a la mujer, no hay efectos secundarios en la salud	Posible irreversibilidad; es decir, después de ser intervenidos existe la posibilidad de no poder tener hijos

Elaborado por: Investigadora

Fuente: González Labrador, Ignacio, y otros. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos.

2.6.1.3 ADOLESCENCIA

Según Mondragón Castro H (2009) en su libro Gineco-obstetricia 4ta. Edición enuncia que la adolescencia es un período en el cual los niños y niñas dejan la infancia, para comenzar el proceso de cambios quienes conducirán a la fase adulta del ciclo vital y se caracterizan por un desarrollo biológico, emocional, mental, social de la personalidad.

2.6.1.3.1 Etapas

- **La adolescencia temprana: que comprende entre de los 10 a 13 años:**

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

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

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

- **La adolescencia media: que comprende entre los 14 a 16 años:**

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

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

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

- **La adolescencia tardía: que comprende entre los 17 a 19 años.**

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

2.6.1.3.2 Desarrollo Físico

La adolescencia es una época de transición en la vida de la mujer, durante la cual deja de ser niña para alcanzar su madurez. En esta época ocurren importantes cambios anatómicos, funcionales, psicológicos y ambientales que le imprimen características especiales .

Según James Leslie, (2008) en su libro *Sexualidad Humana* , 5ta Edición, indica que : Los cambios físicos que se producen en los adolescentes tienen su origen en la producción de hormonas que se encuentran en el cuerpo de toda persona desde que nace. Estas hacen posible el crecimiento y el desarrollo sexual del adolescente, tanto la testosterona como el estrógeno son parte fundamental de este proceso, los cambios corporales varían, pueden anticiparse o retardarse dependiendo de la herencia, alimentación y el ambiente en donde se desarrolla el adolescente, además podemos distinguir que en los varones los cambios más comunes son: se hacen más altos tanto el desarrollo de los brazos, piernas y tronco, aparición del vello púbico y axilar y en los cambios específicos la voz en los hombres es grave, los músculos se robustecen, aparición de las segregaciones seminales o espermitas y la aparición de la barba y el bigote.

En las mujeres los cambios específicos son: la voz es aguda, desarrollo de las mamas, las caderas, aparición de la menarquia o la primera menstruación y el aumento del tamaño de la vagina y el útero. Estos cambios físicos pueden estar relacionados con las modificaciones psicológicas ya que los individuos que maduran antes están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran más tarde.

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En esta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como a la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Por otro lado, algunos adolescentes no están interesados o no tienen información acerca de los métodos de control de natalidad o los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual. Como consecuencia de esto, el número de muchachas que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas están aumentando.

2.6.1.3.3 Cambios Psicológicos

IZQUIERDO, C, en su obra titulada El mundo de los Adolescentes, cita que: Como factores de índole psicológica, hay que considerar que las adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, como una manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas. "Se ha encontrado algunos factores de personalidad que facilitan el embarazo adolescente, como lo son la dificultad de establecer metas apropiadas y gratificarse a sí misma por sus propios logros; escasa tolerancia a la frustración; labilidad emocional; falla en el control de los impulsos; afectividad empobrecida; y escaso nivel de madurez emocional." Otro factor de personalidad es la presencia de una autoestima disminuida, por lo que ellas buscarían en el sexo llenar una necesidad de autoafirmación, en el libro de SILVA, Mónica (2009), titulado Sexualidad y Adolescencia, señalan que en el adolescente se presentan distintos cambios psicológicos, así:

Crisis de oposición, surge como consecuencia de la necesidad que tienen de autoafirmarse, de formar un yo diferente al de sus padres a los que han estado unidos hasta ahora, con la necesidad de autonomía, de independencia intelectual y emocional el adolescente deja de ser de los padres para ser de los demás, especialmente de los amigos. El adolescente por la edad en la que se encuentra, quiere pasar más tiempo con sus amigos, ya que con ellos puede encontrar un mejor ambiente ya sea para divertirse, para estudiar o simplemente sentirse bien.

Desarreglo emotivo, con la sensibilidad a flor de piel y otras en las que parece carecer de sentimientos, es por eso que muchas veces los adolescentes sorprenden con un abrazo a sus padres y otras lo rechazan, esto es la consecuencia de las hormonas que posiblemente le estén jugando una mala pasada. Es por la acción de estas hormonas, que el adolescente cambia continuamente y sin razón su estado de ánimo, puede que en un momento se sienta triste, y de pronto cambia y esté feliz.

Imaginación desbordada, sueñan, y esto no es más que un mecanismo de defensa ante un mundo para el que no están preparados. Es un medio para transformar la realidad. El mundo que rodea al adolescente es muy complejo, y cuando se les presenta un problema, tratan de escapar de él, ocupando su pensamiento en otras cosas, como imaginando un porvenir. Es por esto que ellos pueden cambiar el mundo y hacerlo mejor.

Narcisismo, se reconoce cuando comienza a mirarse en el espejo, le concede una importancia extrema a su físico, puede lamentarse por un granito en la nariz, obsesionarse por la ropa, o por el hecho de estar gordo o delgado. Es decir que el adolescente quiere verse bien para los demás a toda costa, especialmente si se siente atraído por alguien. Muchas veces esto trae consecuencias negativas, algunos adolescentes que se sienten gordos, caen en las manos de la bulimia o la anorexia.

Crisis de originalidad, el adolescente empieza con el gusto por la sociedad en su forma de hablar o de pensar es decir que en esta etapa el adolescente empieza a copiar el comportamiento que observa en las demás personas, además se hace presente la contradicción en cuanto a los sistemas de valores de los adultos y las ideas recibidas.

Sentimiento de inseguridad, el adolescente sufre a causa de los cambios físicos que no van parejos con su crecimiento emocional es decir a veces el adolescente se encuentra con un cuerpo adulto, que no corresponde a su mente por lo tanto no se reconocen, desarrollando una fuerte falta de confianza en sí mismos.

Sentimiento de angustia, es decir, que los padres le piden que se comporte como un adulto y otras veces como un niño se le prohíbe vestir de una u otra forma, se reglamentan sus salidas nocturnas. Esta angustia es la manifestación de la tensión que la persona soporta y que la manifiesta con agresividad, la cólera en el adolescente ante la negativa de sus exigencias esto produce que el adolescente este en continuas peleas con los hermanos. Otra manifestación es el miedo al ridículo como por ejemplo atravesar un sitio con mucha gente y con ropa poco apropiada para el grupo. Además de los sentimientos de depresión, por la necesidad de estar solo, de melancolía.

2.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE

2.6.2.1 PROGRAMA INTEGRADO DE ATENCIÓN AL NIÑO

El Ing. Eduardo Cañar Cruz; Responsable de Nutrición – Dirección Provincial de Salud de Pichincha cita que:

El Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Nutrición implementa el Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN), el que abarca:

- Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PANN),
- Programa Integrado de Micronutrientes (PIM), y
- Programa de Educación Alimentaria Nutricional (PEAN)

Su objetivo es orientar a la población a la adopción de hábitos alimentarios saludables. Las estrategias utilizadas para el logro del objetivo, se traducen en la organización y ejecución de charlas grupales en pre y pos consulta, utilizando material educativo diseñado para el abordaje de hábitos alimentarios por ciclo de vida; demostraciones y degustaciones de producto de alimentación complementaria y recetas caseras que potencializan el valor biológico de los alimentos; a cargo principalmente del personal de enfermería.

2.6.2.1.1 Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN)

El Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional tiene como objetivo prioritario la vigilancia del estado nutricional de las embarazadas, madres en período de lactancia y los menores de 5 años que acuden a las unidades operativas del MSP, a través de indicadores antropométricos (peso, talla, edad). Esta valoración se la realiza una vez por mes, sin tomar en cuenta que el usuario/a acuda a la unidad operativa 2 o más veces en el mismo mes por control o morbilidad.

Los datos son convertidos después en indicadores del estado nutricional. En el caso de los niños la relación peso/edad se utiliza como un indicador, ya que dada la variabilidad del peso en términos de salud pública es más fácil de registrarlo. Por otra parte, el peso es recuperable de modo más factible que la talla. Otros indicadores utilizados son talla/edad, desnutrición crónica y el peso/talla, desnutrición actual o aguda.

Metodología

Antropometría en: unidad operativa, visita domiciliaria o unidad educativa.

Instrumentos

Balanza, tallímetro y curva de relación de incremento de peso/talla (Curva de Rosso Mardones). Balanza pesa bebé, de reloj, romanilla, ficha de crecimiento .Balanza, tallímetro y ficha de crecimiento de niños y niñas.

2.6.2.1.1 Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PANN)

El objetivo del PANN es contribuir a mejorar el estado nutricional de las embarazadas, madres en período de lactancia y de las niñas y niños menores de 3 años (36 meses) del país, priorizando las áreas de pobreza crítica.

El PANN se apoya en el Programa de Educación Alimentaria Nutricional, cuya orientación está dirigida al cambio de hábitos alimentarios. La norma del PANN consiste en la prescripción y entrega de 2 Kg mensuales de producto de alimentación complementaria: Mi Bebida a toda embarazada y madre en período de lactancia, después de que ha recibido control médico y consejería por parte del profesional. De igual manera, prescripción y entrega de 2 Kg mensuales de producto de alimentación complementaria: Mi Papilla a todos los niños y niñas de 6 a 36 meses, después de que ha recibido control médico por parte del profesional. Mi Papilla y Mi Bebida, son mezclas alimentarias pre cocidas elaboradas a base de harina de cereales (arroz y quinua), leguminosas (soya), leche en polvo, grasa (aceite vegetal de soya); a las que se añaden vitaminas y minerales .La dosis diaria recomendada es de 65 g por día, se recomienda dos tomas de 32,5 g cada una; una en la media mañana y otra en la media tarde.

La preparación se la realiza de acuerdo a las especificaciones y recomendaciones anotadas en cada funda que contiene 1 Kg de producto. Los productos: Mi Papilla destinado para los niños y niñas de 6 a 36 meses, y Mi Bebida para embarazadas y madres en período de lactancia, aportan con un porcentaje importante de los macro y micro nutrientes que estos grupos poblacionales necesitan diariamente. Se llevará un registro del control médico y de entrega de producto, que

estará a cargo del personal de salud de la Unidad Operativa. La atención brindada por el profesional se registra en el formulario: MSP-SCI-SIVAN-FORM 568.

Debe hacerlo el profesional que presta la atención (Médico, Obstetra). El producto entregado se registra en formulario: MSP-SCI-SIVAN-FORM 570. Debe hacerlo la Lic. Enfermera.

2.6.2.1.1.2 Programa Integrado de Micronutrientes (PIM)

El programa fue creado con el objetivo de contribuir a la reducción y prevención de los problemas nutricionales causados por deficiencias de micronutrientes (Fe, Zn, vitamina A, ácido fólico) en la población ecuatoriana de mayor riesgo social y biológico. Para el cumplimiento de sus objetivos el PIM tiene los siguientes componentes de suplementación a través de: tabletas de hierro y ácido fólico para embarazadas; jarabe de hierro para menores de 2 años; y cápsulas de vitamina A para niños de 6 a 36 meses. El PIM también se apoya en el PEAN. La diversificación de la dieta, es un componente que contribuye a la promoción de una dieta saludable, a través de información, educación y comunicación.

Suplementos entregados:

Hierro al 100% de embarazadas y niños menores de 2 años que acuden a las unidades operativas del MSP. Vitamina A al 100% de los niños de 6 a 36 meses de edad que acuden a las unidades operativas del MSP.

Hierro Embarazadas:

Desde la primera consulta en cualquier momento del embarazo, se les entrega 10 tabletas mensuales, 1 tableta por toma, miércoles y domingo. Contenido: hierro elemental: 100 mg más ácido fólico: 500 ug.

Niños menores de 2 años:

De bajo peso al nacer y prematuros: a partir del segundo mes de vida se entrega 1frasco (gotero) de hierro polimaltosado de 30 ml, se administra 10 gotas miércoles y domingo hasta los 6 meses de edad

A partir del sexto mes, 15 gotas miércoles y domingo hasta el año de edad. A partir del año de edad, 20 gotas miércoles y domingo hasta los 23 meses de edad

Contenido: cada ml contiene Complejo de Hidróxido de Hierro (III) Polimaltosado equivalente a 50 mg de hierro elemental.

Vitamina A

- 100.000 U.I. a niños de 6 a 12 meses de edad, independiente de su estado nutricional, cada 4 meses.
- 200.000 U.I. a niños de 12 a 36 meses de edad con bajo peso, cada 4 meses.
- 100.000 U.I. a niños de 12 a 36 meses de edad con peso normal, cada 4 meses. En el siguiente cuadro se presenta un resumen del esquema de suplementación con hierro y vitamina A.

2.6.2.1.1.2 Programa de Educación Alimentaria Nutricional (PEAN)

El objetivo del PEAN es orientar a la población a la adopción de hábitos alimentarios saludables .Las estrategias utilizadas para el logro del objetivo, se traducen en la organización y ejecución de charlas grupales en pre y pos consulta, utilizando material educativo diseñado para el abordaje de hábitos alimentarios por ciclo de vida; demostraciones y degustaciones de producto de alimentación complementaria y recetas caseras que potencializan el valor biológico de los alimentos; a cargo principalmente del personal de enfermería .Para el efecto se cuenta

con una amplia variedad de material educativo que se dispone en cada unidad operativa:

- Manual de Normas Técnicas y Procedimientos del Sistema Integrado de Vigilancia Alimentaria Nutricional – SIVAN (SISVAN-PIM-PEAN-PANN), (2006).
- Manual Creciendo Sano (2009).
- Guías alimentarias para escolares y adolescentes (2008).
- Manual y recetas de “La Mejor Compra” (2004).
- Guía de bares escolares (2009).
- Rota folios con diversas temáticas.
- Manual de capacitación sobre Nuevos Patrones de Crecimiento de la OMS (2008).
- Manual de Capacitación en Alimentación y Nutrición del MSP para el personal de salud (2006),
- Instructivo para el manejo de “Registro diario de atenciones en Nutrición SISVAN – PIM – PEAN – PANN 2000”. Consolidado mensual de la unidad operativa, 2007.

2.6.2.2 SALUD INFANTIL

Según Urcros Rodríguez y Mejía Gaviria, en su obra Guías de pediatría practica basadas en evidencia manifiesta que la salud infantil es un conjunto de actividades destinadas a fomentar la adquisición de hábitos de salud e higiene durante el embarazo, la preparación del parto y el puerperio, así como el cuidado del recién nacido y la promoción de la lactancia materna, aportando consejos de educación sanitaria a través de soportes didácticos.

Los objetivos son:

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

El crecimiento de los menores de 5 años se sustenta en un apropiado estado nutricional, el mismo que está dado por el equilibrio entre el estado de salud (o la presencia de enfermedades) y la ingestión alimentaria (o la disponibilidad de alimentos).

2.6.2.2.1 Control Del Niño Sano

Según MENEGHELLO R.; en su obra titulada “PEDIATRÍA”, explica que se llama control del niño sano al control regular de un paciente desde el momento mismo del nacimiento hasta el término de la adolescencia, se establece que durante el primer año, un niño (a) debe revisarse clínicamente en el momento del nacimiento, a la semana de vida, al mes de edad y posteriormente, a los 2, 4, 6,9 y 12 meses. Durante el segundo año de vida, debe ser evaluado cada 3 meses; de los 2 a los 5 años por lo menos de 2 a 3 veces al año y a partir de entonces, de 1 a 2 veces al año. Esta revisión clínica debe ser ajustada a cada paciente ya que si éste es portador de algún problema especial (por ejemplo una enfermedad del corazón) evidentemente las necesidades de las revisiones son diferentes.

En cada visita médica se hace una evaluación integral del paciente: Peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla y perímetro cefálico. Estas medidas son las más importantes para darnos una idea de si el crecimiento del individuo es armónico o no

2.6.2.2.2 Alimentación Infantil

Según Urcros Rodríguez y Mejía Gaviria, en su obra Guías de pediatría practica basadas en evidencia, cita que el primer año de vida es el periodo de crecimiento y desarrollo más rápido en el niño ya que éste es más inmaduro y vulnerable. Por ello, es especialmente importante asegurarle una alimentación

suficiente y adecuada, con el triple objetivo de satisfacer sus necesidades nutritivas, prevenir y /o tratar diversas situaciones patológicas y crear unos buenos hábitos alimentarios.

Además cita que el niño se adapta a tres etapas bien diferenciadas antes de alcanzar una maduración digestiva, así:

Periodo lácteo.

La leche materna es el alimento natural cuyo propósito primordial es su uso para la alimentación o para amamantar al recién nacido. La leche materna se considera generalmente la mejor fuente de nutrición para los niños, ya que contiene nutrientes necesarios para su desarrollo, es limpia y genera el vínculo madre-hijo.

La lactancia materna es, o debe ser, la principal fuente de alimento a esta edad, exclusiva en los primeros meses, ya que la leche de mujer se adapta perfectamente a las necesidades nutricionales y las características digestivas de los lactantes hasta la introducción de la alimentación complementaria. La leche es su único alimento, sea leche humana o artificial. Desde el nacimiento hasta los 4-6 meses aproximadamente. Durante este período, el lactante es capaz de succionar y deglutir, pero aún no ha desarrollado la capacidad de digerir ciertas proteínas y sus riñones no son capaces de soportar cargas osmolares excesivas (líquidos muy concentrados en partículas: sales minerales, glucosa). El recién nacido no nace sabiendo mamar pero desarrolla esa capacidad en las primeras 48 horas de vida. El reflejo de succión tiene la máxima respuesta a los 20-30 minutos después del parto y debería ser aprovechado.

Periodo de transición, destete o BEIKOST.

La leche como alimento único a partir de los seis meses no proporciona la energía y nutrientes que precisa el lactante a partir de esta edad, y además, como sus funciones digestivas han madurado, se deben incluir nuevos alimentos en su dieta, siguiendo unas normas regladas. No está justificado introducir nuevos alimentos antes de los tres meses, aunque tampoco es aconsejable hacerlo más allá de los seis, porque la falta de diversificación es motivo frecuente de pérdida de apetito, a la vez que se desaprovecha una época muy válida para la educación del gusto y el conocimiento de los alimentos básicos que permitirán al bebé adaptarse a una alimentación equilibrada, variada y suficiente.

A partir del cuarto mes de vida. En este periodo se van introduciendo con prudencia alimentos no lácteos, preparados de forma adecuada en consistencia y cantidad, para no alterar el ritmo de maduración digestiva y renal, así como el progresivo desarrollo neuromuscular. Esta etapa debe favorecer el desarrollo de los sentidos de modo que se puede pasar de succión a cuchara, lo que permitirá paladear mejor, y cambiar la textura, de líquido a triturado, y cuando ya tenga dientes a troceado

Periodo de maduración digestiva.

La alimentación se debe de adaptar a la capacidad digestiva y al estado de desarrollo fisiológico y neuromotor, haciendo paulatina la introducción de alimentos. La capacidad gástrica del recién nacido es de 10 a 20 mililitros (ml) y aumenta durante el transcurso de su primer año hasta los 200 ml, lo que va a permitir que el niño haga comidas más abundantes y menos frecuentes.

EDAD DE INTRODUCCIÓN DE LOS DISTINTOS ALIMENTOS EN LA DIETA DEL LACTANTE.

ALIMENTOS	EDAD EN MESES																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Leche materna	■	■	■	■	■	■	■	■	■									
Fórmula adaptada	■	■	■	■	■	■												
Formula continuación				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Yogur								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Queso blando									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Harinas sin gluten				■	■	■	■	■										
Harinas con gluten								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Pollo						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Carne							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Pescado									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Yema									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Huevo completo												■	■	■	■	■	■	■
Mezcladas en purés																		■
Frutas																		
Zumos				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Papilla				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

FUENTE: Según Urcros Rodríguez y Mejía Gaviria, Guías de pediatría práctica basadas en evidencia

2.6.2.2.1 Alteraciones nutricionales

Errores alimenticios de la infancia

Según Tomas J., y Bielsa A. en su obra titulada “Trastornos del comportamiento alimentario”, manifiesta que los errores alimenticios pueden

aparecer en el embarazo, perjudicando el desarrollo neurológico y la inteligencia, la obesidad en los niños da lugar a riesgos de morbilidad y mortalidad. Ya después del nacimiento el sobrepeso es un signo de peligro de obesidad ulterior, un error cometido por las madres en interpretar el llanto como petición de alimento, lo que puede crear en el niño una confusión de sus estados internos.

- **Errores biológicos:** exceso/defecto de alimentación, cambios injustificados en las dietas, excesivo consumo de los derivados de la harina,
- **Errores influidos por valores culturales:** hábitos alimenticios socio-familiares, nivel de recursos económicos,
- **Errores psicológicos-sociales:** lactancia materna prolongada, no regulación ni habituación de un horario para las comidas,...

Lo conveniente, en cualquier caso, seguir el método del auto demanda, proporcionar alimentos al niño cada vez que lo solicite. Paulatinamente irá estructurándose esta regulación de horarios. Lo importante es establecer un clima positivo y cálido, que facilite el bienestar y la seguridad del niño en todos los temas referidos a la alimentación

Trastornos comunes

Según Urcros Rodríguez y Mejía Gaviria, en su obra Guías de pediatría práctica basadas en evidencia menciona que: además de contemplar los aspectos de cantidad y calidad de la alimentación, la edad infantil debe asumir la relación afectiva que la rodea, lo cual es una variable importante y origen, en algunos casos, de conflictos y trastornos

Trastornos	Descripción
Anorexia	Desgana por la comida o falta anormal de apetito. Puede aparecer entre los 5 y 8 meses). Debido en algunos casos por cambios en la dieta
Vómitos:	frecuentes, es posible un retroceso somático, pero sin desarrollar enfermedad específica
Bulimia	Grave trastorno. Apetito desmesurado. Gran cantidad de alimentos en poco tiempo
Caries	en su aparición inciden: ingestión de alimentos azucarados y falta de cuidado dental
Obesidad:	Actitud madre que impone ritmo de alimentación sin tener en cuenta los deseos del niño.
Enflaquecimiento	Ausencia de alimentación, inadecuado balance entre ingesta y gasto de alimentos.
Picar	Ingesta persistente de sustancias no nutritivas. Los niños/as con este trastorno pueden comer pintura, yeso, cuerdas, papel... No hay aversión para comer cualquier cosa. Suele aparecer entre 1 y 2 años
Rumiación	Regurgitación repetida de comida, con pérdida de peso o falta de aumento adecuado. Este trastorno suele asociarse a estados de irritabilidad y hambre entre los episodios de regurgitación.

Elaborado por: Investgadora

Fuente: Según Urcros Rodríguez y Mejía Gaviria, Guías de pediatría practica

Amás de las alteraciones antes mencionadas menciona que se puede producir una desnutrición en los niños la misma que puede ocurrir debido a factores individuales y ambientales como son:

- Bajo peso al nacer
- Privación de amamantamiento a seno materno
- Hijo de madre adolescente
- Aglactación y destete mal dirigidos
- Bajos ingresos económicos
- Malos hábitos alimentarios
- Higiene y saneamiento deficientes.

Desnutrición

Es un estado patológico inespecífico potencialmente reversible, que se origina como resultado de un deficiente aporte calórico al organismo, el mismo es acompañado por manifestaciones clínicas diversas de acuerdo a factores ecológicos e individuales.

Tipos de Desnutrición por su intensidad:

Leve:

Es cuando la cantidad y variedad de nutrimentos que el niño recibe son menores a sus requerimientos. Al inicio se caracteriza por la pérdida o no ganancia de peso.

Moderada:Cuando la falta de nutrimentos se prolonga y acentúa, la desnutrición se agudiza y fácilmente se asocia a procesos infecciosos, se manifiesta con mayor déficit de peso, detención del crecimiento, anorexia y mayor facilidad para contraer infecciones.

Severa:Cuando la carencia acentuada de alimentos continua asociada a padecimientos infecciosos frecuentes, la anorexia se intensifica y la descompensación fisiológica del organismo llega a tal grado, que pone al niño en grave peligro de muerte se manifiesta en dos formas:

- **Marasmo (desnutrición seca):** existe una deficiencia proteica-calórica, el cual se puede presentar en un organismo en fase de crecimiento debido al destete temprano, infecciones repetitivas, alimentación inadecuada, enfermedades metabólicas y mala absorción de los nutrientes

1. Delgadez excesiva
2. Cara de viejito
3. Llanto exagerado
4. Pelo ralo

Kwashiorkor (desnutrición con edema modificando el peso del niño): se presenta por un deficiente aporte de proteínas, aún y cuando se reciba un aporte adecuado de calorías. En este tipo de desnutrición el afectado posee un tejido adiposo escaso, se atrofia la masa muscular, existe edema, hepatomegalias, retraimiento y carencia de apetito.

1. Hinchazón sobre todo en pies, piernas, manos y cara.
2. Triste
3. Pelo ralo
4. Lesiones en la piel.

2.6.2.2.3 Enfermedades En La Infancia

El MSP en la pág.

<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/verano/archivos/EDAS.pdf>

2.6.2.2.3.1 Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS)

La diarrea es una enfermedad infecciosa producida por virus, bacterias, hongos o parásitos, que afecta principalmente a niños menores de cinco años. Mundialmente causa 4.6 millones de muertes infantiles anuales, de los cuales el 70% ocurre por deshidratación, complicación más frecuente y grave de la enfermedad. Los cuadros diarreicos suelen presentarse frecuentemente en la temporada de verano.

Cómo prevenirlas:

Toda la familia debe lavarse las manos al regresar de la calle, después de ir al baño, antes de cocinar, después de cambiar los pañales al bebé.

Tomar abundante agua, previamente hervida, para evitar la deshidratación.

Cubrir los alimentos para evitar el contacto con las moscas.

Botar diariamente la basura para evitar los vectores como moscas y cucarachas.

Ser cuidadosos con la higiene de los alimentos que se consuman, por ejemplo lavar las frutas y verduras.

Cómo afrontarlas:

El 50% de las EDAS son producidas por virus. Para la recuperación no se necesitan antibióticos, sino sales rehidratantes.

La madre debe conocer y vigilar los síntomas y signos de deshidratación, tales como boca y lengua secas, ojos hundidos, gran avidez por los líquidos, llorar sin lágrimas y orinar poco.

Tipos de EDAS:

- **Acuosa:** Es la más frecuente, contiene deposiciones líquidas, sin sangre, Puede acompañarse de vómitos, fiebre, pérdida del apetito; generalmente termina en una semana. Produce deshidratación. Usualmente no requiere antibiótico.
- **Cólera:** Es una enfermedad diarreica aguda severa. Causa deshidratación grave y shock, requiere tratamiento rápido en el servicio de salud con hidratación y antibióticos. Aunque no se vienen notificando casos confirmados, es necesario fortalecer las acciones preventivas para evitar las diarreas severas producidas por el cólera.
- **EDA Disentérica:** Es una diarrea con sangre, menos frecuente y puede acompañarse de fiebre y malestar general. La atención debe realizarla el médico en un establecimiento de salud.

2.6.2.2.3.2 INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Según BEHRMAN, Richard y otros , en su obra titulada “TRATADO DE PEDIATRÍA” (2009) define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más

síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre.

El niño desarrolla entre tres a siete infecciones del aparato respiratorio superior cada año, que, dependiendo de la intensidad y el compromiso del estado general, pueden ser leves, moderados o graves, siendo estas últimas responsables de una mortalidad importante en lactantes y menores de cinco años.

Factores relacionados con la infección respiratoria aguda

- Variación climática: con aparición epidémica en las épocas de mayor
- humedad ambiental.
- Hacinamiento.
- Desnutrición.
- Contaminación del medio ambiente.
- Uso inadecuado de antibióticos y auto formulación.
- Factores intrínsecos del huésped.
- Sexo y edad: parecen ser más frecuentes en los varones.
- Falta de alimentación materna.

El sistema respiratorio está expuesto a la acción de numerosos agentes infecciosos que pueden ingresar por vía aérea (inhalación o aspiración) o por vía hematógena.

De igual manera cita que se considera como infección respiratoria aguda las siguientes afecciones:

- 1. Resfriado común.** El resfriado común es una enfermedad viral aguda, auto limitada, de carácter benigno, transmisible llamado también «catarro común», «resfrío», no siempre el resfriado común compromete la faringe; constituye 50% de las infecciones de las vías respiratorias superiores
- 2. Faringoamigdalitis.** Es una inflamación de las estructuras mucosas y submucosas de la garganta.
- 3. Otitis media.**

4. Crup. Síndrome infeccioso caracterizado por tos laríngea (más comúnmente referida como «perruna»), estridor inspiratorio y diversos grados de dificultad respiratoria

5. Neumonía.

Esta última es la infección aguda que con más frecuencia amenaza la Vida,

Las IRA se clasifican en:

Clasificación	Signos y Síntomas
IRA sin neumonía	Tos, rinorrea, exudado purulento en faringe, fiebre, Otagia, otorrea, disfonía y odinofagia.
IRA con neumonía leve	Se agrega: taquipnea (menores de 2 meses más de 60X', de 2 a 11 meses más de 50x' y de 1 a 4 años más de 40 x')
IRA con neumonía grave	Se agrega: Aumento de la dificultad respiratoria, tiraje, cianosis y en los menores de 2 meses hipotermia.

Fuente: BEHRMAN, Richard y otros “TRATADO DE PEDIATRÍA”

2.6.2.2.4 Inmunizaciones.

A la inmunización se le define como un proceso por el cual se administra protección frente a una enfermedad infecciosa, VERNE, Eduardo (2010) define a la inmunización como “la acción por medio de la cual se induce o aumenta la resistencia frente a una enfermedad infecciosa, habitualmente mediante la vacunación”.

LOPEZ, L Quevedo, en su obra: Vacunas en pediatría expresa que la vacuna está “constituida por microorganismos vivos atenuados que han perdido la virulencia mediante el paso seriado por medios de cultivo u otros procedimientos”, esta estrategia, induce una respuesta de protección en forma intensa de tipo humoral y

celular, de larga duración, parecida a la originada por la infección natural, lo que genera inmunización.

Inmunización Pasiva

Es una forma de protección rápida, pero de corta duración, que se adquiere durante el embarazo y se refuerza a través de la lactancia materna.

Inmunización Activa

La inmunización activa es el proceso de estimular al organismo a producir anticuerpos y otras respuestas inmunes a través de la administración de una vacuna o toxoide, este tipo de vacunación se adquiere por medio de las vacunas y la protección puede durar toda la vida.

Vacunación

La vacunación es el proceso por medio del cual una persona se hace inmune o resistente a una enfermedad específica, la vacunación es un método aplicado con la finalidad de preservar la salud, este procedimiento es aplicado mediante el suministro de los agentes infecciosos muertos o debilitados. La vacunación activa las respuestas del sistema inmune, incluyendo la producción de anticuerpos, exactamente como si tuviéramos la enfermedad pero sin los síntomas, gravedad o riesgos asociados con la enfermedad; por ejemplo si una persona ha sufrido de sarampión, en la sangre se podrá observar que anticuerpos frente a esa enfermedad, incluso muchos años más tarde; pero también, si una persona es vacunada contra el sarampión, el organismo fabrica los mismos anticuerpos, pero habiendo evitado el riesgo de padecer la enfermedad.

Tipos de Vacunas.

Las vacunas contienen antígenos capaces de sensibilizar el sistema inmune, con el fin de provocar una memoria inmune que determine que, cuando la persona se

exponga a la infección verdadera, se active rápidamente una respuesta defensiva específica a través de los linfocitos T y B.

La inmunidad puede ser activada a través de antígenos provenientes de microorganismos vivos atenuados, muertos, o de sub unidades de gérmenes muertos. En función de este concepto las vacunas se clasifican en:

- ❖ Vacunas de microorganismos vivos (vacuna viva)._ contiene virus bacteria vivas atenuadas (que han perdido virulencia).
- ❖ Vacunas de microorganismos muertos o inactivos (vacuna muerta)._ contiene virus o bacterias inactivadas por procesos físicos o químicos.
- ❖ Toxoide o anatoxina._ toxina bacteriana modificada por calor o formol para que pierda su toxicidad pero que retenga la capacidad de producir respuesta inmune.
- ❖ Antitoxina. son anticuerpos capaces de neutralizar la acción toxica de un antígeno.

Vacunas Bacterianas.

- Vivas atenuadas: BCG
- Vacunas muertas: tifoidea, cólera toxoide y tétanos (D.T)
- Vacunas por polisacáridos: meningococo A-C, neumococo.
- Vacuna por polisacárido más carrier (transportador proteico): hemophilus.

Vacunas Virales.

- Vivas Atenuadas: Poliomieltis oral (OPV).
- Inactivadas Completas: poliomieltis inyectable de salk.

Vacunas con fracción antigéna: hepatitis Ay B

OMS (2008) Sistemas de Inmunización, en <http://www.who.int/mediacentre//index.html>

Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Según el Manual de enfermería océano (pág. 293,294), el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud para el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas. Se aplican el siguiente esquema

Cuadro N° 9 Programa Ampliado de inmunizaciones

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

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

Según ARREGUI, Kléver, en su libro titulado “MANUAL DE PEDIATRÍA”, señala que:

2.6.2.3 Crecimiento: Es el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por dos fenómenos biológicos.

- Hiperplasia.- incrementó en el número de células.
- Hipertrofia.- aumento del tamaño de las células.

Por otra parte en el texto de Crecimiento y desarrollo, encontrado en la biblioteca virtual de la Universidad Técnica de Ambato cita que: el crecimiento no se realiza de un modo uniforme, existen períodos de actividad marcada y otros de calma, y no corren paralelos el desarrollo ponderal y el de la talla. Tampoco está uniformidad rige todos los tejidos y órganos de la economía; pues mientras unos alcanzan el grado mayor de perfección en su estructura morfológica rápidamente, otros realizan este desenvolvimiento de un modo lento. En algunos tejidos el proceso formador impera hasta alcanzar el tipo de la especie animal correspondiente; mientras otros sufren regresiones atróficas en relación con la entrada en acción de la actividad de los órganos, o con modificaciones especiales del medio interno (humores).

Factores que Regulan el Crecimiento.

- **Factores Nutricionales.-** Disponibilidad y utilización de los nutrientes.
- **Factores Socioeconómicos.-** Disponibilidad de recursos, accesos a servicios básicos y de salud, escolaridad adecuada de los padres.
- **Factores Genéticos.-** Potencial de crecimiento.
- **Factores Neuroendocrinos.-** Funcionamiento adecuado de glándulas y hormonas que intervienen en el crecimiento.

Periodos de Crecimiento

- Intrauterino.

- **Embrionario:** Desde la fecundación hasta las doce semanas de edad gestacional.
- **Fetal:** desde las trece semanas de gestación hasta las cuarenta semanas de edad gestacional.

- **Extrauterino.**

- **Primera infancia:** del nacimiento a los tres años.
- **Segunda infancia o infancia intermedia:** desde los tres años hasta el empuje puberal.
- **Empuje puberal:** aproximadamente doce años en las mujeres, catorce años en los varones.
- **Fase final de Crecimiento:** diecisiete a los diecinueve años en mujeres y hombres respectivamente.

2.6.2.3.1 Medidas Antropométricas

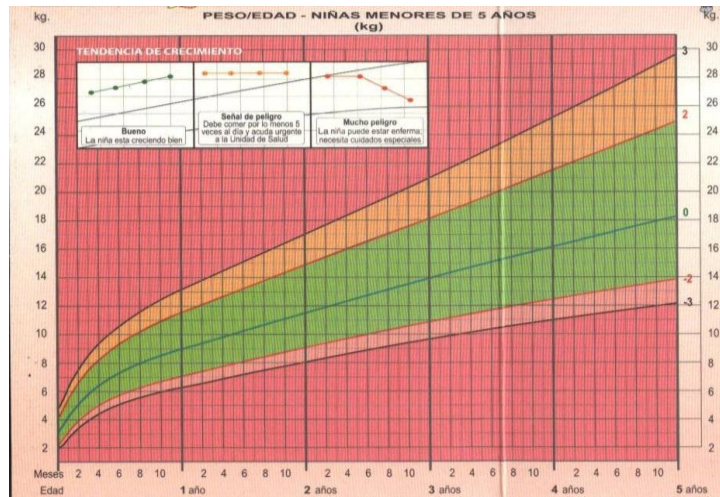
Según la OPS (1995), la antropometría es el conjunto de procedimientos utilizados para determinar las dimensiones o medidas de los seres humanos, la antropometría es el método más utilizado para evaluar el estado nutricional de las personas durante todo el ciclo de vida, desde el nacimiento hasta la vejez, las medidas antropométricas permiten estimar la composición corporal, inferir acerca de la ingestión de alimentos, el ejercicio o la presencia de enfermedad. Múltiples estudios han demostrado la importancia de la antropometría como método válido para estimar los riesgos nutricionales individuales y poblacionales.

Según BEHRMAN, Richard, en su obra titulada “TRATADO DE PEDIATRÍA” (2007) cita que el crecimiento es un proceso continuo desde la concepción hasta la edad adulta, determinado por la carga genética de cada individuo y dependiente, tanto de factores ambientales como de un correcto funcionamiento del sistema neuroendocrino. Del conocimiento del mismo y de su vigilancia depende en gran medida el futuro, no sólo del ser humano sino de la población a la cual pertenece. La forma más fácil, económica y universalmente aplicable para observar el crecimiento físico es la antropometría, uno de los pilares de la ciencia que estudia el crecimiento y desarrollo, la Auxología.

Cruz, Manuel, en el “Tratado De Pediatría” 2007, dice que la antropometría permite conocer el patrón de crecimiento propio de cada individuo, evaluar su estado de salud y nutrición, detectar alteraciones, predecir su desempeño, salud y posibilidades de supervivencia, además menciona que son diversas las medidas que son posibles obtener para evaluar el tamaño, proporciones y composición corporal: peso, longitud, circunferencias, pliegues cutáneos y diámetros. La precisión es muy importante por lo que se debe contar con los instrumentos adecuados así como reconocer las inconsistencias entre las mediciones de uno o diferentes examinadores. Así tenemos:

PESO: Esta medida, sin lugar a dudas la más empleada, refleja la acumulación o aumento de los diferentes tejidos del organismo; es un parámetro muy importante y de gran utilidad especialmente en lactantes para estimar el estado nutricional y de la salud en general, pero el significado de sus variaciones puede ser confuso en pacientes con edema, deshidratación u otras manifestaciones de cambios en el agua corporal ya que representa una mezcla de varios componentes del cuerpo.

Gráfico de la Tendencia del Peso



Bajo peso ■ **Normal** ■ **Sobrepeso** ■

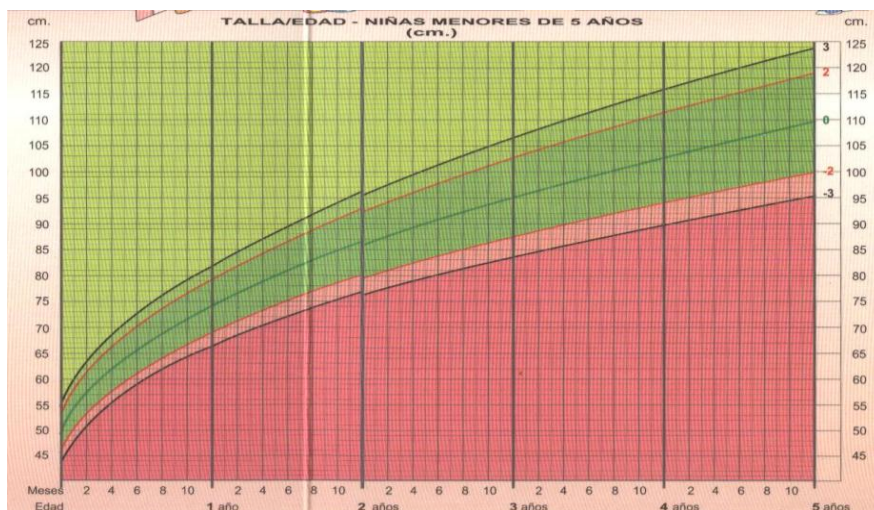
Fuente: Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

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

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

TALLA: La estatura mide casi exclusivamente el tejido óseo, es un excelente reflejo del crecimiento global del niño, la estatura presenta variaciones diurnas de hasta 0.31 cm en las primeras horas de la mañana luego de levantarse, por lo que puede ser preferible realizar los controles en horario vespertino. Se ha demostrado que la técnica de estirar ligeramente el cuello del individuo examinado para eliminar estas diferencias no tiene trascendencia y, por el contrario, podría aumentarlas cuando hay diferentes observadores

Gráfico de la tendencia de la talla

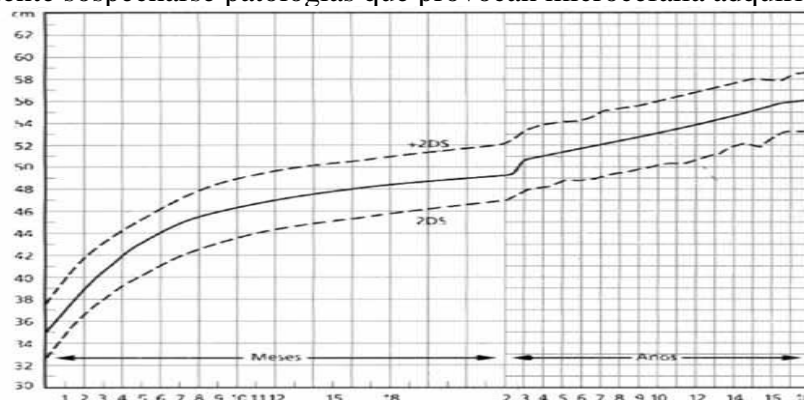


Fuente: Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

La longitud-talla/edad indica retardo del crecimiento o desnutrición crónica. La falta de crecimiento afecta la desnutrición crónica. En las líneas verticales izquierdas de la gráfica se encuentra la longitud-talla en centímetros; en las líneas horizontales se encuentra la edad en meses y años cumplidos. La gráfica contiene 5 espacios separados por líneas curvas que señalan la clasificación de la longitud-talla en: talla alta, normal, desnutrición crónica leve, desnutrición crónica moderada y desnutrición crónica grave. Después de tomar la longitud-talla en centímetros a la niña o al niño, marque de inmediato un punto donde se cruzan los datos de longitud o talla en relación con la edad (años y meses cumplidos).

PERÍMETRO CEFÁLICO: El PC es sumamente importante en los dos primeros años de vida en que su crecimiento es sumamente rápido y puede poner inmediatamente en evidencia trastornos por retardo del crecimiento cefálico como microcefalia por falta de crecimiento cerebral o de los huesos craneales. O a la inversa el excesivo crecimiento macrocefalia que puede deberse a problemas de hidrocefalia, megaencefalia entre otros.

Curva seguimiento: la medición periódica del perímetro cefálico determina una tendencia que si corre paralela a lo normal carece de significado patológico. Si la misma es ascendente, debe sospecharse las posibles causas de macrocefalia y si es descendente sospecharse patologías que provocan microcefalia adquirida.



“Figueiras A, Neves de Souza I, Ríos V, Benguigui Y, Manual para la vigilancia de desarrollo infantil Capítulo II. En el contexto AIEPI OPS II edición”

2.6.2.3.2 Tipos de Alteraciones

Según SILVER, Henry, y otros en su obra titulada "MANUAL DE PEDIATRÍA" (2008), menciona que las alteraciones en el crecimiento pueden ser:

- **Según el momento de comienzo:** prenatales y postnatales.
- **Según el sentido de la desviación del crecimiento:** déficit de crecimiento y excesos de crecimiento.

SEGÚN EL MOMENTO DE COMIENZO:

Déficit de crecimiento prenatal (RCIU): Se considera que el límite inferior se corresponde con el percentil 10 de la curva de peso neonatal.

Entre estos tenemos:

- **Armónicos:** Afectados peso, talla.
- **Disarmónicos:** Afectado solo el peso.

Exceso de crecimiento prenatal: El peso del nacimiento por encima del percentil 90 para la edad gestacional, responde a dos tipos de causas: hijos de madres diabéticas y síndromes malformativos congénitos.

Déficit de crecimiento postnatal: Constituyen la gran mayoría de los problemas de salud del niño, inicialmente, se afecta el peso, y si la causa persiste se afecta también la talla.

Retardo del crecimiento: Una talla para la edad inferior a menos dos desviaciones estándar o menor que el percentil 3 de las normas de referencia.

El proceso clave tiene lugar entre 6 a 12 meses de edad como resultado de condiciones sanitarias y nutricionales no óptimas durante un período prolongado, se asocia a deterioro del desarrollo intelectual, a disminución de la capacidad de aprendizaje y a una mayor morbilidad.

Exceso de crecimiento postnatal: Se encuentran las entidades que cursan con un síndrome de alta talla, también el sobrepeso y la obesidad clasifican en esta categoría siendo, a la vez, una de las causas más frecuentes de talla elevada.

SEGÚN EL SENTIDO DE LA DESVIACIÓN DEL CRECIMIENTO:

Baja talla familiar: La estatura es inferior al tercer percentil o menor que menos dos desviaciones estándar para su edad y sexo pero no existen antecedentes de trastornos nutricionales, afectivos o de salud y sí de baja talla en los padres.

La talla del niño está acorde con lo esperado para la estatura de sus progenitores, la velocidad de crecimiento es normal, la edad ósea es similar a la edad cronológica, el momento de la pubertad es normal y la talla adulta será similar a la de los padres.

Retardo constitucional del crecimiento: El crecimiento al nacer y en los primeros 4 a 12 meses es normal, después ocurre una desaceleración hasta ubicarse en una posición cercana o inferior al tercer percentil de talla.

No existen antecedentes de trastornos nutricionales, afectivos o de salud pero en muchas ocasiones se recoge una historia familiar similar a la del niño, la velocidad de crecimiento continúa siendo lenta, sobre todo en el período puberal, la edad ósea está retrasada y es más similar a la edad-talla que a la cronológica, la pubertad es tardía.

Delgadez: Cuando no es secundaria a patologías específicas pueden clasificarse en tres grandes grupos:

- Los constitucionalmente delgados, en los que existen antecedentes familiares de situaciones similares en sus progenitores.
- Los que la delgadez es secundaria a factores familiares que llevan a un mal manejo de los alimentos

- Los “falsos” delgados, que lo son para el concepto familiar pero que, realmente, son niños normales.

Alta talla: Poco frecuente y habitualmente responde a una característica familiar, puede ser de causa nutricional como en la obesidad exógena y, con menos frecuencia, responde a enfermedades de carácter endocrino, hipotalámico, genético u otros.

Sobrepeso y obesidad: Constituye la enfermedad nutricional de mayor prevalencia en los países desarrollados pero en la actualidad afecta también al mundo en desarrollo. Existen periodos críticos, entre los que se señalan la etapa prenatal, el período de rebote adiposo entre 5 y 7 años y la adolescencia.

De igual manera este manual en su pág. 385 cita que:

2.6.2.4 EL DESARROLLO

Es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones.

2.6.24.1 Características generales de los niños en el desarrollo:

Recién nacido:	Tono muscular y postura flexora, reflejos arcaicos presentes y simétricos, levanta la mejilla en posición prona
1 mes:	Fija la mirada en el examinador y sigue a 90 grados, alerta al sonido, se sobresalta, vocaliza en suspensión ventral y mantiene cabeza a nivel del tronco
2 meses:	Sonríe en respuesta al examinador, vocaliza levanta cabeza por varios segundos en posición prona, mantiene manos empuñadas gran parte del tiempo, se sobresalta con sonidos fuertes
3 meses:	Abre sus manos y las observa con atención, mantiene levantada la cabeza en prono, sigue objetos en plano vertical y horizontal, observa los rostros, afirma por segundos un objeto puesto en su mano, incorpora sonido de consonante "G" (agú)
4 meses:	Se ríe fuerte, a carcajadas mantiene la cabeza firme al mantenerlo sentado, alcanza un objeto, lo coge con la palma y lo lleva a la boca, gira la cabeza en busca del sonido, se sonríe espontáneamente

5-6 meses:	En supino levanta la cabeza e intenta sentarse en prono, levanta cabeza y tronco y se gira a supino, manotea objetos, los agarra y transfiere de una mano a la otra, balbucea y localiza el origen del sonido, se sienta con apoyo y mantiene el tronco firme
7-8 meses:	Se mantiene sentado solo, apoyando sus manos adelante (trípode) apoya su peso en los pies y flexiona sus piernas con energía golpea fuertemente objetos contra la mesa, los lleva a la boca se gira de supino a prono e intenta gatear, dice disílabos (da-da, ba-ba), estira los brazos para ser tomado
9-10 meses:	Se sienta solo por largo rato, sin ningún apoyo, se pone de pie afirmado de muebles, hace adiós con la mano, aplaude, como con los dedos, desconoce a extraños, dice "papa" o "mama", busca el objeto caído (permanencia del objeto)
11-12 meses:	Camina con poco apoyo, usa pinza fina índice pulgar, dice 3-4 palabras con significado, gatea bien, ayuda al vestirse, comprende ordenes simples
13-15 meses:	Camina sin apoyo, se agacha en cuclillas, dice varias palabras (mucha jergonza), hace rayas con un lápiz, apunta con el índice para pedir lo que necesita
18 meses	Sube las escaleras gateando con ayuda, se sube a una silla, ayuda a desvestirse, comienza a comer solo, hace torre de 4 cubos, tira una pelota, apunta a 3 partes de su cuerpo, pide cosas por el nombre, dice varias palabras en forma incorrecta
24 meses:	Sube y baja escaleras de pie solo (ambos pies en un peldaño), corre e intenta saltar con los dos pies juntos, se comunica diciendo dos o tres palabras formando frases simples hace torre de 6 cubos, patear una pelota, dice su nombre
36 meses	Saltar en el mismo lugar, patear una pelota, balancearse y mantenerse firmemente en un pie. Conducir un triciclo. Subir escaleras con pasos alternados. Abrir puertas. Construir una torre de 9 cubos. Su lenguaje es 50% entendible (el niño con dificultades para construir frases o cuyo lenguaje es ininteligible debe ser referido para una evaluación fonoaudiológica). Decir su nombre completo, saber su edad y su sexo. Contar hasta 3

*Dr. Guillermo Firman
06-AGO-2009*

<http://www.intermedicina.com/Avances/Pediatria/APE33.htm>

2.6.2.4.2 Evaluación del desarrollo

Es el conjunto de actividades que se aplica de manera individual, periódica y secuencial, tiene como finalidad, promover un desarrollo favorable, a través de la detección oportuna de alteraciones en el desarrollo.

El “Manual práctico de pediatría en atención primaria. “de GARCÍA, J, cita que en la vida del niño confluyen muchos factores preexistentes que van a condicionar en gran parte su futuro, el desarrollo de las habilidades motrices no puede separarse de la evolución psicológica del niño la cual es causa y efecto

simultáneamente de psicomotricidad, además manifiesta que la valoración del desarrollo psicomotor es una actividad básica en la aplicación de un Programa de Salud Infantil, pues la detección precoz de cualquier disfunción contribuye a un tratamiento temprano, minimizándolas posibles secuelas, ya que este autor cita que se estima que de todas las causas de retraso mental en torno a un 20% son evitables, y que , menos de un 50% de los niños con trastornos del desarrollo psicomotor se identifican antes de ingresar en la educación infantil, este desarrollo se valora a través de:

Test de Denver

Según el Dr. Jaime Alberto Bueso Lara, para constatar que el desarrollo del niño vaya acorde con su edad deberá evaluarse periódicamente el desarrollo psicomotor del menor de 5 años, en las áreas del lenguaje, social, coordinación y motora, paralelamente a la valoración de crecimiento físico.

La prueba de tamizaje del desarrollo de Denver (DDST) es el instrumento más utilizado para examinar los progresos en desarrollo de niños del nacimiento a los 6 años de edad. El nombre “Denver” refleja el hecho que fue creado en el Centro Médico de la Universidad de Colorado en Denver. Desde su diseño y publicación en 1967 ha sido utilizado en varios países del mundo lo que indujo a que la prueba fuera revisada, surgiendo la versión DDST-II, que es la que actualmente se utiliza

La prueba Denver II está diseñada para probar al niño en veinte tareas simples que se ubican en cuatro sectores:

1. **Personal – social:** Estas tareas identificará la capacidad del niño para relacionarse con su entorno.
2. **El motor fino adaptativo:** Estas tareas identificará la capacidad del niño de ver y de utilizar sus manos para tomar objetos y para dibujar.

3. **El lenguaje:** Estas tareas indicará la capacidad del niño de oír, seguir órdenes y de hablar.
4. **El motor grueso:** Estas tareas indicará la capacidad del niño de sentarse, caminar y de saltar (movimientos corporales globales).

Son cinco las causas por las que se puede fallar en cualquier proceso de tamizaje:

1. **Esperar hasta que el problema sea evidente:** Los clínicos tienden a utilizar una herramienta de tamizaje ante la noticia de que algo no anda bien. Si el problema es obvio, la referencia es la mejor conducta, pero se ha perdido un tiempo precioso.
2. **Ignorar los resultados de tamizaje.** Muchas veces los resultados no son tomados en serio y los niños que fallan no son referidos. Las buenas herramientas hacen tomar decisiones correctas en el 70 a 80% de las veces. Los niños sobre-referidos por estos tamizajes tienden a tener factores de riesgo psico-social y hacen que los niños tengan una sobre atención por proveedores no médicos invaluable. Los niños no detectados son fácilmente identificados en visitas posteriores.
3. **Utilización de herramientas informales.** Herramientas informales como las listas de comprobación que contienen tareas que seguramente serán falladas por niños con problemas, tal el caso del mismo Denver original, en el cual no se detectaba a 50% de retrasos mentales y hasta 70% de defectos del habla, y que no proveen criterios para referencia y tienen una confiabilidad incierta. Es importante recordar que mucho de los problemas de desarrollo y conductuales no son obvios. Los niños caminan, pero algunos no lo hacen bien, hablan pero no del todo bien y leen, pero tampoco bien. Discriminar entre un desarrollo adecuado y niveles de habilidad problemático requiere de

mediciones cuidadosas. La validación y estandarización es algo que las pruebas informales no poseen.

4. **Utilizando medidas no recomendables para el cuidado primario:** Muchos practicantes conservan copias de Denver I o Gessell, existe preocupación sobre la exactitud de la aplicación de ambas pruebas, ya que su aplicación sobrepasa el tiempo promedio de una buena visita. Esto conlleva a dos cosas, 1) utilizar la prueba únicamente en aquellos niños con problemas observables y 2) corromper la administración, como es el aplicar los ítems dominantes de la prueba de Denver, ignorando a los asintomático, quienes son los que más necesitan de la aplicación de una prueba de tamizaje.

5. **Los servicios prestados son limitados o inexistentes:** Aunque los proveedores de salud no siempre están al alcance de las poblaciones infantiles, los buenos servicios de salud contemplan la atención para niños con problemas de inhabilidades

Al realizar el test puede existir:

- **Fallo:** ítem no realizado a la edad en la que lo hace el 90% de los niños de la muestra de referencia
- **Test anormal:** Dos o más fallos en dos o más áreas
- **Test dudoso:** Un fallo en varias área o dos en una sola
- **Test irrealizable:** frecuentes rechazos

<http://www.uvm.edu/~cdci/pedilinks/pediatric/tools/pdqII.htm> WK Frankenburg & JB Dobbs *Denver II Prescreening Developmental Questionnaire (PDQ-II)*,

2.6.2.4.3 Tipos De Alteraciones

ICETA A. y YOLDI M.E. *en su obra titulada*"Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención primaria" cita que:

Hipotonía muscular:

Se denomina así a la disminución del tono muscular, disminución o falta de movimiento, debilidad muscular y disminución del tono.

Los bebés hipotónicos parecen flácidos y se siente como si fueran "muñecos de trapo" al cargarlos. Ellos descansan con los codos y las rodillas extendidos de manera suelta, mientras que los bebés con tono normal tienden a tener los codos y las rodillas flexionados. Pueden tener un deficiente control de la cabeza o no tenerlo en absoluto. La cabeza puede caer hacia un lado, hacia atrás o hacia adelante.

Los padres de los bebés con tono normal pueden alzarlos colocando las manos bajo las axilas del bebé, mientras que los bebés hipotónicos tienden a deslizarse entre las manos de sus padres a medida que los brazos del bebé se levantan sin ninguna resistencia.

Debilidad Motora:

Este trastorno afecta a diferentes áreas del niño: al afectivo, sensorial, psíquico y motor. Básicamente estos niños siempre presentan tres características:

a) Torpeza en movimientos: dificultad en la realización de movimientos.

b) Paratonía: es cuando el niño no puede relajar el tono de sus músculos de forma voluntaria; incluso en vez de relajarlos los contrae exageradamente.

Este rasgo es el más característico de este trastorno.

Inestabilidad Motriz:

El niño es incapaz de inhibir sus movimientos, suele predominar la hiperactividad y las alteraciones en los movimientos de coordinación motriz. Presenta problemas de atención, de memoria y comprensión, el propio fracaso escolar aumenta su desinterés por los aprendizajes desencadenando toda una secuencia de alteraciones que recaen a su vez sobre otras.

Es incapaz de mantener un esfuerzo de forma constante; se muestra muy disperso, suele predominar la hiperactividad y las alteraciones en los movimientos de coordinación motriz. Hay una constante agitación motriz.

Suele tratarse de un niño problemático y mal adaptado escolarmente; presenta problemas de atención, de memoria y comprensión, así como trastornos perceptivos y de lenguaje, esto desencadena toda una secuencia de alteraciones que recaen a su vez sobre otras

Inhibición Motriz:

El niño inhibido motrizmente suele mostrarse tenso y pasivo, muestra como un temor a la relación con el otro, a la desaprobación, y ello le hace "no hacer", "inhibir" lo que serían los amplios movimientos corporales que le harían demasiado "visible".

Retrasos de Maduración:

Inmadurez de la motricidad con respecto a la normalidad del niño inciden en este retraso una inmadurez afectiva, una actitud regresiva, dependencia y pasividad.

Apraxias Infantiles:

El niño que presenta una apraxia conoce el movimiento que ha de hacer, pero no es capaz de realizarlo correctamente. Se trata de un trastorno psicomotor y neurológico.

Existen muchos tipos de apraxias, y reciben nombre en función de la localización de su incapacidad:

- **Apraxia Ideatoria:** en este caso, para el niño resulta imposible "conceptualizar" ese movimiento.

- **Apraxia De Realizaciones Motoras:** al niño le resulta imposible ejecutar determinado movimiento, previamente elaborado. No hay trastorno del esquema corporal. Se observan movimientos lentos, falta de coordinación.

- **Apraxia Constructiva:** incapacidad de copiar imágenes o figuras geométricas. Suele haber una mala lateralidad de fondo.

- **Apraxia Especializada:** sólo afecta al movimiento realizado con determinada parte del cuerpo:

- **Apraxia Facial:** referente a la musculatura de la cara.

- **Apraxia Postural:** referente a la incapacidad de realizar ciertas coordinaciones motrices.

- **Apraxia Verbal:** el sujeto comprende la orden que se le da, pero motrizmente es incapaz de realizarla.

- **Planotopocinesias Y Cinesias Espaciales:** el niño muestra gran dificultad en imitar gestos, por muy simples que éstos sean, ya que ha perdido los puntos de referencia fundamentales (de arriba-abajo, derecha-izquierda,...). El esquema corporal está muy desorganizado

-Dispraxias Infantiles:

Se trata de apraxias leves, el niño presenta una falta de organización del movimiento, dentro de las dispraxias hay también diversos grados de afectación, el niño "dispráxico" tiene una falta de organización del movimiento, suele confundirse, a veces, con la "debilidad motriz"; de ello depende un buen diagnóstico.

No hay lesión neurológica, las áreas que sufren más alteraciones son la del esquema corporal y la orientación témporo-espacial, aunque el lenguaje suele no estar afectado, el niño con dispraxia presenta fracaso escolar, pues la escritura es de las áreas más afectadas

Dislexia

En los niños con dislexia hay una gran dificultad por distinguir las letras o grupos de letras, así como su orden y ritmo dentro de una palabra y/o una frase, muestran gran dificultad para realizar con éxito el aprendizaje de la lectura, presentando un nivel de lectura significativamente inferior al esperado por la edad o el curso escolar.

La dislexia afecta al resto de aprendizajes. Todo el comportamiento del niño disléxico se verá afectado por su problema de comunicación. Realizar cualquier tarea, le supone un "derroche de energía". Se mueve con inseguridad, le cuesta coger un lápiz, situarse frente a un papel en blanco.

Básicamente, las causas giran alrededor de:

- una mala lateralización
- desorientación espacio-temporal
- problemas de percepción
- alteraciones en su psicomotricidad (esquema corporal, equilibrio.)
- trastornos de tipo afectivo

No se deberá, a ningún defecto visual, auditivo o neurológico.

La mala lateralización le dificultará emplazar y orientar las letras correctamente; ello provocará la realización de inversiones, omisiones, confusiones de éstas que le impedirán alcanzar el nivel de lectura deseable.

El método elegido para el aprendizaje de la lectura influirá en la aparición de este trastorno. Lo ideal y más completo será utilizar un método mixto. No hay métodos buenos ni malos, cualquier método es bueno si se aplica adecuadamente.

Generalmente, va asociado a la disgrafía.

Es muy importante detectar dicho trastorno precozmente (entre la Educación Infantil y los dos primeros cursos del Ciclo Inicial) e intervenir a través de un psicólogo infantil, intensificando de forma individual dicho aprendizaje. Lo más importante será establecer la causa para poder intervenir de la forma más adecuada y rápida para que no se complique el problema con los siguientes aprendizajes escolares.

Disgrafía

Es un trastorno específico de la escritura: el niño presenta un nivel de escritura significativamente inferior al esperado por su edad y curso escolar, y ello influye negativamente en sus aprendizajes escolares

Las problemas más frecuentes que se suelen observar son:

- inversión de sílabas
- omisión de letras
- escribir letras en espejo
- escritura continuada o con separaciones incorrectas

Va íntimamente relacionado con la lectura, le supone un sobreesfuerzo de atención y muy pocos resultados exitosos.

El tratamiento consistiría en detectar la causa lo antes posible, y realizar una atención individualizada y específica sobre cada caso en cuestión, por parte de un especialista en Psicología infantil. Es conveniente intervenir cuanto antes para que no aumente el problema con los siguientes aprendizajes.

Hiperactividad o hipercinesia:

Movimientos de manos, pies, frecuentes, que denotan inquietud, dificultad por permanecer sentado, así como por esperar turno, dificultad por mantener la atención centrada en actividades, bien sean o no de juego se distrae con facilidad ante cualquier estímulo responde precipitadamente, suele hablar en exceso, interrumpe actividades de otros, no escucha lo que se le dice, muestra dificultad en seguir las instrucciones que se le dan (pero no porque no las comprenda ni porque no quiera seguirlas), cambia con facilidad y frecuencia de actividad, sin acabar ninguna suele perder objetos necesarios para la realización de las tareas y suele realizar actividades físicas peligrosas.

DISARMONIAS TONICO-MOTORAS

Hace referencia a las alteraciones en el tono: hay una mala regularización del mismo.

Puede darse en individuos con un buen nivel motor. Tienen que ver con las variaciones afectivas, con las emociones.

Algunas de ellas son:

- PARATONIA: el individuo no puede relajarse y el pretenderlo aumenta más su rigidez.

- SINCINESIAS: son movimientos que se realizan de forma involuntaria, al contraerse un grupo de músculos, al realizar otro movimiento sobre el que centramos nuestra atención. Por ejemplo: mientras el niño escribe saca la punta de la lengua. Tiene que ver con cierta inmadurez sobre el control del tono. Suele ser algo normal

hasta los 10-12 años, edad en la que van desapareciendo. Por sí mismas no son un trastorno, sino que suelen formar parte de algún otro problema

TRASTORNOS DEL ESQUEMA CORPORAL

En estos trastornos se diferencian dos grupos:

- los trastornos referentes al "conocimiento y representación mental del propio cuerpo"

- los trastornos referidos a la "utilización del cuerpo" (de la orientación en el propio cuerpo y, desde éste, del espacio exterior; y de una inadecuada utilización del mismo en su relación con el entorno). Es donde se encuentran la mayoría de los problemas. Los orígenes de éstos pueden encontrarse en esas primeras relaciones afectivas del niño con su entorno; ello demuestra, una vez más, la estrecha relación entre la afectividad y la construcción del esquema corporal.

Dentro de este grupo de trastornos, encontramos:

- ASOMATOGNOSIA: el sujeto es incapaz de reconocer y nombrar en su cuerpo algunas de sus partes. Suele esconder alguna lesión neurológica. La Agnosia digital es la más frecuente en los niños: éste no es capaz de reconocer, mostrar ni nombrar los distintos dedos de la mano propia o de otra persona. Suelen haber otras alteraciones motrices acompañando a ésta.

TRASTORNOS DE LA LATERALIDAD

Estos trastornos son, a su vez, causa de alteraciones en la estructuración espacial y, por tanto, en la lectoescritura (y, de ahí, al fracaso escolar). Los más frecuentes son:

- Zurdaría contrariada, aquellos niños que siendo su lado izquierdo el dominante, por influencias sociales pasa a encubrirse con una falsa dominancia

diestra. La zurdería en sí no es un trastorno; sí el imponer al niño la lateralidad no dominante para él.

- Ambidextrismo: el niño utiliza indistintamente los dos lados de su cuerpo para realizar cosas; también origina serios trastornos espaciales en el niño y en sus aprendizajes.

- Lateralidad cruzada: también origina problemas de organización corporal. Cuando el niño no tiene una lateralidad claramente definida, hay que ayudar a resolverlo en algún sentido.

2.7 Hipótesis:

“Ser madre adolescente tiene relación con la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de niño de 0 a 2 años seis meses en el subcentro de salud de Chiquicha pertenecientes al área número 5 del cantón Pelileo de la provincia de Tungurahua”

2.8 Señalamiento de Variables

2.8.1 Variable Independiente

- Madres Adolescentes

2.8.2 Variable dependiente

- Crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años seis meses

Término de nexos:

- Relación con

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Enfoque

Al tratarse de una investigación enmarcada dentro del paradigma critico-propositivo, porque propone analizar el problema desde una perspectiva objetiva, efectuada desde el lugar de los hechos ya que el investigador está en contacto con la realidad y propositiva porque se plantea una solución al mismo, los resultados estadísticos pasaran a la crítica con soporte de Marco Teórico, se busca comprender los problemas buscando soluciones acertadas, en una acción conjunta participativa interactuando con la madre adolescente y su hijo dentro del contexto en el que se desenvuelven, y cuantitativo porque se recabó información que fue sometida a análisis estadístico.

3.2 Modalidad básica de la investigación

Se trabajará con una modalidad mixta tanto de campo como bibliográfica pues se investigaran a los hijos de las madres adolescentes en su entorno, pudiendo observar la realidad de su situación, sus condiciones de vida y de manera especial se identificarán las alteraciones que pudieran estar presentándose en cuanto a su crecimiento y desarrollo durante los primeros 2 años 6 meses de vida.

Al mismo tiempo se profundizará sobre el aspecto teórico de esta problemática, basándose en criterios científicos de varios autores al igual que se revisaran estándares utilizados por el MSP para valorar a los niños.

Para la realización de esta investigación se revisarán los programas y políticas de salud dirigidos hacia esta población y que están siendo utilizadas en las áreas de trabajo.

3.3 Nivel o Tipo de Investigación

La investigación partirá de un nivel explorativo ya que nos permita ubicar de manera correcta la situación objeto para familiarizarse con el problema, ver cuál es el comportamiento en su contexto y recopilar la información inicial para articular y formular las variables, esta observación fue recopilada a través de la observación y el dialogo, además está dentro del nivel descriptivo en el que se comparara las diferentes problemáticas que se presentan en el estudio y finalmente se utilizará la asociación de variables a fin de identificar si la presencia de alteraciones patológicas en el desarrollo y crecimiento tienen relación con el embarazo ocurrido en la adolescencia.

Se aplicara el nivel correlacional porque tiende a investigar si existe relación entre dos variables. La variable independiente es Madre Adolescente y la variable dependiente Crecimiento y Desarrollo del Niño. Además la investigación será transversal en cuanto se realizará en un espacio de tiempo limitado.

3.4 Población y Muestra

3.4.1 Población

El presente trabajo investigativo se va a realizar en el subcentro de salud de Chiquicha, pertenecientes al área número 5 del Ministerio de Salud Pública de la

Provincia de Tungurahua, el universo de la población en estudio está constituida por: el médico general de contrato, el médico rural, la doctora Odontóloga, las licenciadas en enfermería una de contrato y una rural y la señorita auxiliar de enfermería, que en equipo son responsables del manejo de esta unidad de salud, en este subcentro de salud existen en total de 4037 historias clínicas, de estas 54 pertenecen adolescentes , de las mismas 18 corresponden a madres adolescentes.

En total se cuenta con 18 madres adolescentes que serán el objeto de estudio de esta investigación.

3.4.2 Muestra

Debido a que los casos dentro de la población son pocos se ha escogido el muestreo no probabilístico, dentro de este la muestra será intencional ya que se trabajará con toda la población debido a que la misma es limitada, por lo tanto toda la población pasa a ser el universo de estudio, por lo cual los resultados de la investigación serán confiables.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1 Variable Independiente: Madre Adolescente

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Se llama madre adolescente a quien ha tenido un hijo entre los 10 a 19 años de edad	-Madre	Maternidad	-¿A qué edad empezó la vida sexual activa de las madres adolescentes?	Observación y recolección de información	Historia clínica de la madre adolescente
	-Adolescente	Necesidades Fisiológicas	-¿Qué complicación tubo durante su embarazola adolescente?		
	-Embarazo	10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años	-¿A qué edad se convirtió en madre la adolescente?		

Elaborado por: Adriana Portero

Fuente: Investigadora

3.5.2 Variable Dependiente: Crecimiento Y Desarrollo Del Niño De 0 A 2 Años 6Meses

Cuadro #3

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Proceso continuo que incluye cambios físicos, emocionales, de personalidad, de lenguaje y del desarrollo psicomotriz del niño.	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso continuo - cambios físicos - desarrollo psicomotriz 	<ul style="list-style-type: none"> Controles médicos Esquema de vacunación Peso Talla Perímetro cefálico Desarrollo en los 12 primeros meses Desarrollo desde 13 a 60 meses 	<ul style="list-style-type: none"> -¿De acuerdo a su edad cuantos niños tienen el esquema de vacunación completo? -¿El niñ@ presenta alteraciones en el peso, talla o perímetro cefálico? -¿En qué parámetros del Test de Denver estos niños presentan alguna alteración? 	Observación y recolección de información	Historia clínica de los hijos de madres adolescentes

Elaborado por: Adriana Portero

Fuente: Investigadora

3.6 Técnicas e Instrumentos

La observación permitirá identificar el aspecto de salud general del infante, al igual las condiciones generales ambientales que rodean al niño y a la madre. Como instrumento se utilizarán registros específicos como son la ficha médica y el carnet de salud de los infantes a fin de obtener información sobre las medidas antropométricas y evolución de su crecimiento y desarrollo, de igual manera las historias clínicas se analizarán con un cuestionario que permitirá recolectar información sobre el embarazo, factores predeterminantes, factores agravantes, y patologías pre y post natales. Para valorar el desarrollo se utilizarán los test de: Aldrich y Norval, Barrera Moncada y el test de Denver.

3.7 Plan de Recolección de Información

El proceso de recolección tendrá las siguientes etapas:

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

PREGUNTAS BÁSICAS	INFORMACIÓN
¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar la hipótesis
¿De qué persona u objeto?	Madres adolescentes y sus hijos
¿Sobre qué aspectos?	Embarazo en la adolescencia y el crecimiento y desarrollo del niño
¿Quién, quienes?	La investigadora, Adriana Portero
¿Cuándo?	Del 23 de junio al 23 de Diciembre del 2012
¿Dónde?	
¿Cuántas veces?	Las veces necesarias para poder obtener una información verídica
¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta y observación

¿Con qué?	Cuestionarios pre formulados y material de escritorio
¿En qué situación?	En un ambiente accesible para la investigadora

3.8 Plan de Procesamiento de Información

Se tabularan los datos obtenidos mediante las historias clínicas tanto de las madres adolescentes como de sus hijos, se realizara cuadros y gráficos para analizar los diferentes aspectos que se investigaran, para de este modo inferir las conclusiones que llevan a verificar las hipótesis planteadas.

CAPITULO IV

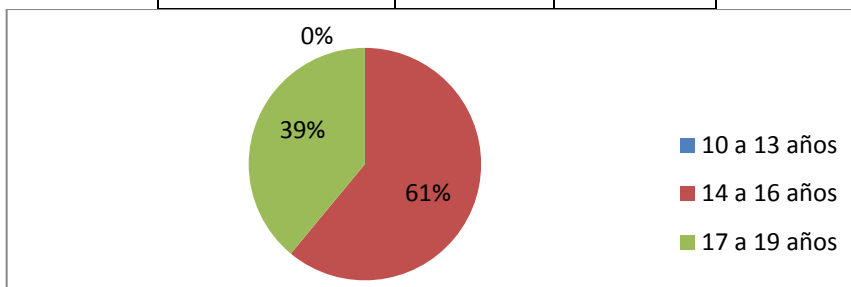
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Datos recolectados de las Historias clínicas de las Madres Adolescentes

Pregunta 1.- ¿A qué edad empezó la vida sexual activa de las madres adolescentes?

Tabla 1

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 a 13 años	0	0 %
14 a 16 años	11	61 %
17 a 19 años	7	39 %
TOTAL	18	100 %



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

En la tabla y gráfico 1 se puede observar que de las 18 madres adolescentes, 11 que representan un 61% empezaron su vida sexual activa entre los 14-16 años, y 7 que representan un 39% la empezaron entre los 17-19 años.

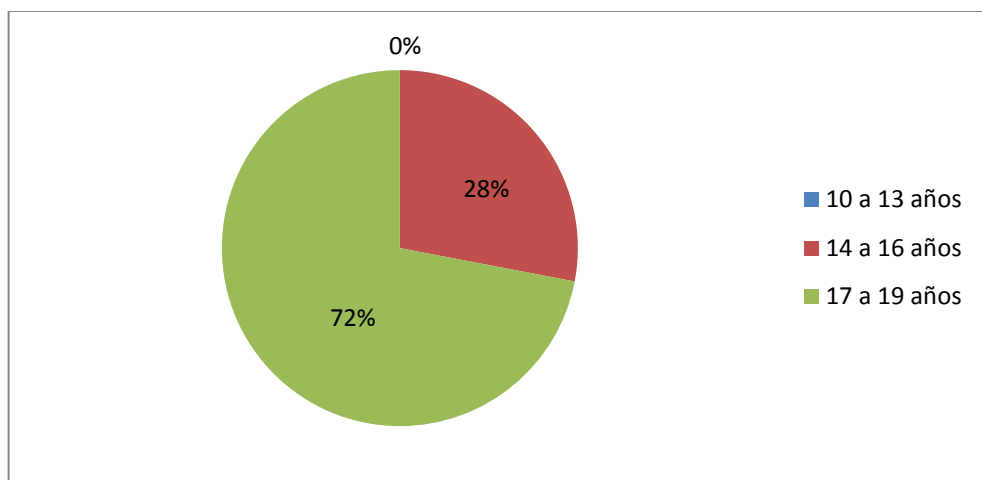
Interpretación:

De los datos obtenidos se puede concluir que la mayor parte de madres adolescentes empezaron su vida sexual activa entre los 14-16 años, cifras que son alarmantes ya que a esta edad una adolescente no se encuentra preparada física ni psicológicamente para poder tener una vida sexual activa responsable.

Pregunta 2.- ¿A qué edad se convirtió en madre la adolescente?

Tabla 2

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 a 13 años	0	0 %
14 a 16 años	5	28 %
17 a 19 años	13	72 %
TOTAL	18	100 %



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

En la tabla y gráfico 2 se puede observar que de las 18 madres adolescentes, 5 que corresponden a un 28% tuvieron su primer hijo a una edad comprendida entre los 14-16 años, mientras que 13 madres que corresponden a un 72% tuvieron su primer hijo entre los 17-19 años.

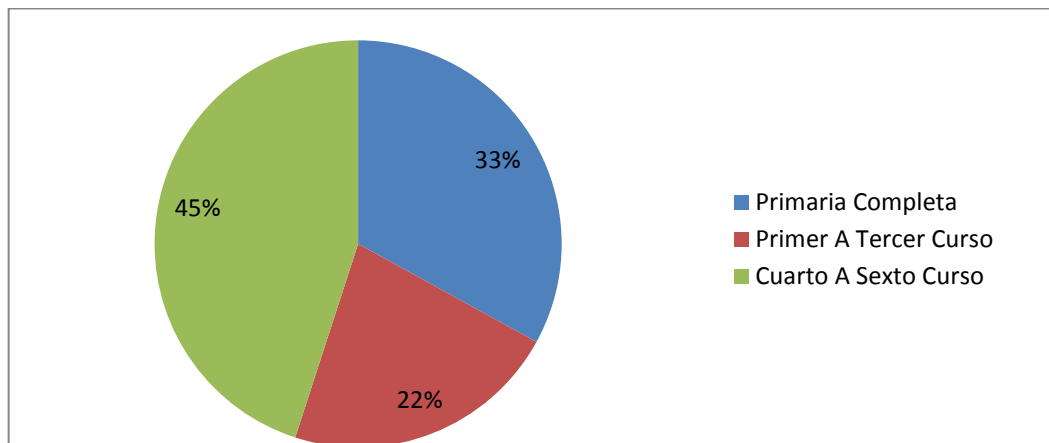
Interpretación:

Se puede concluir que en la mayor parte de madres tuvieron su primer hijo entre los 17-19 años, lo que es alarmante ya que al no estar preparadas física ni psicológicamente para ser madres estos embarazos pueden traer consigo complicaciones maternas y fetales que si no son tratadas a tiempo pueden causar la muerte, dependiendo del tipo de patología que se presente.

Pregunta 3.- ¿Qué nivel de escolaridad tuvo la adolescente cuando fue madre?

Tabla 3

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria Completa	6	33%
Primer A Tercer Curso	4	22%
Cuarto A Sexto Curso	8	45%
TOTAL	18	100%



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

Según el cuadro de la pregunta 3 se puede observar que al momento de convertirse en madres, 6 adolescentes que corresponden a un 33% tenían solo la primaria acabada, mientras que 4 adolescentes que corresponden a un 22% cursaban de primero a tercer curso y 8 adolescentes que corresponden a un 45% se hallaba entre cuarto a sexto curso.

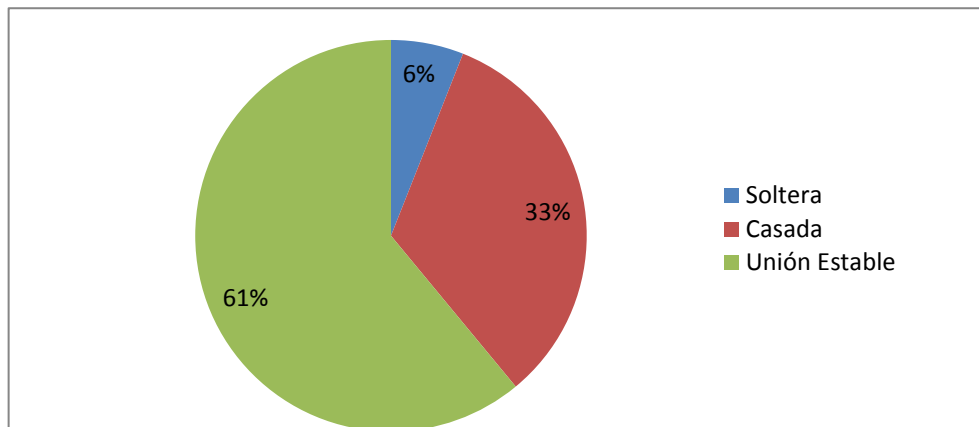
Interpretación:

Se puede concluir que la mayoría de adolescentes se quedaron embarazadas cuando se encontraban cursando de cuarto a sexto curso, lo que es alarmante ya que a más de no estar preparadas física ni psicológicamente para ser madres su nivel de escolaridad es pobre, y tomando en cuenta el factor socio-económico de este sector, se puede deducir que la mayoría de estas adolescentes no terminarán sus estudios contribuyendo de esta manera a la pobreza de nuestra sociedad.

Pregunta 4.- ¿Qué estado civil tiene la madre adolescente?

Tabla 4

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	1	6%
Casada	6	33%
Unión Estable	11	61%
TOTAL	18	100%



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

En la tabla y el gráfico con respecto a la pregunta 4 se puede observar que 1 adolescente que corresponde al 6% permanece soltera, 6 adolescentes que corresponden a un 33% se casaron mientras que la mayoría permanece en unión estable lo que corresponde a 11 adolescentes, o sea un 61%.

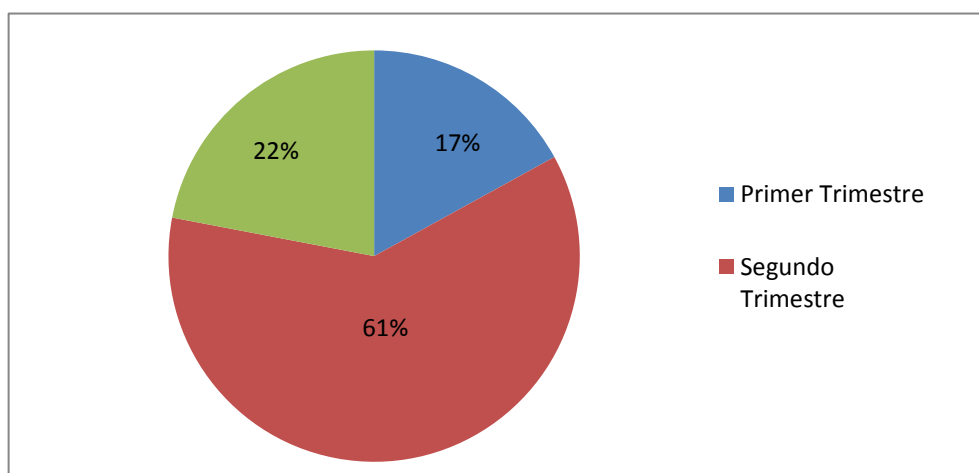
Interpretación:

La mayor parte de madres adolescentes permanece en unión estable, lo que puede suceder debido a la edad de las adolescentes, algunas porque necesitan la autorización de sus padres para contraer matrimonio y otras por evadir responsabilidades que inconscientemente las tienen ya sea dentro o fuera del matrimonio, ya con o sin este no se puede ocultar el hecho de que se han convertido en madres y deben asumir todas las responsabilidades que esto conlleva y de igual manera ahora serán esposas y conjuntamente con su pareja deberán tratar de sacar adelante su hogar.

Pregunta 5.- ¿En qué trimestre del embarazo se encontraba la adolescente cuando asistió al primer control prenatal en el subcentro de salud de Chiquicha?

Tabla 5

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primer Trimestre	3	17%
Segundo Trimestre	11	61%
Tercer Trimestre	4	22%
TOTAL	18	100%



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

De las 18 madre adolescentes tan solo 3 que corresponden a un 17 % asistieron a un control prenatal en el primer trimestre del embarazo, 11 que corresponden a un 61% asistieron a su primer control prenatal en el segundo trimestre del embarazo y 4 adolescentes que corresponde a un 22% asistieron a su primer control prenatal en el tercer trimestre del embarazo.

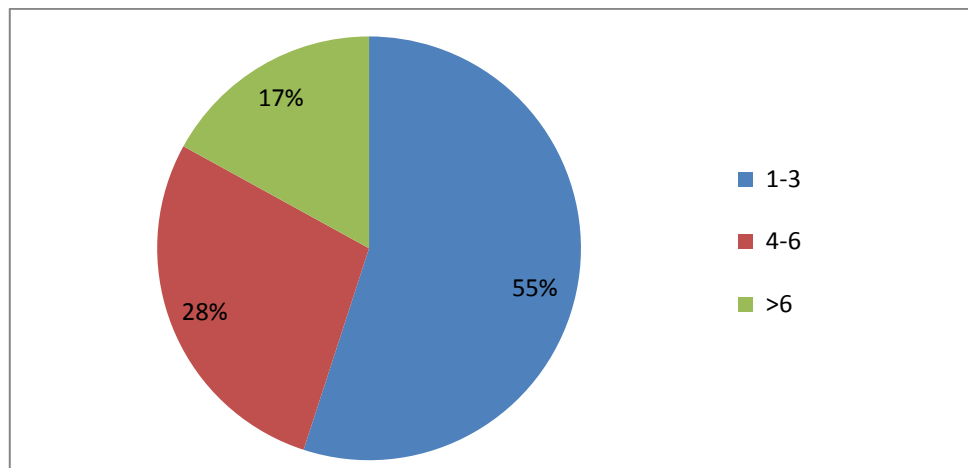
Interpretación:

Es alarmante la cantidad de adolescentes que asistieron a su primer control prenatal en el primer trimestre del embarazo, ya que de 18 madres adolescentes solo asistieron 3 lo que es preocupante debido a la importancia de este trimestre en el desarrollo del feto, que al no ser tratado con responsabilidad puede desencadenar en la madre y en el ni@ consecuencias lamentables.

Pregunta 6.- ¿Cuántos controles prenatales tuvo durante su embarazo la adolescente?

Tabla 6

# DE CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-3	10	55%
4-6	5	28%
>6	3	17%
TOTAL	18	100%



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

De las 18 madres adolescentes 10 que corresponden a un 55% tuvieron durante su embarazo de 1 a 3 controles prenatales, 5 que corresponden a un 28% tuvieron de 4 a 6 controles prenatales, mientras que tan solo 3 que corresponden a un 17% tuvieron más de 6 controles prenatales.

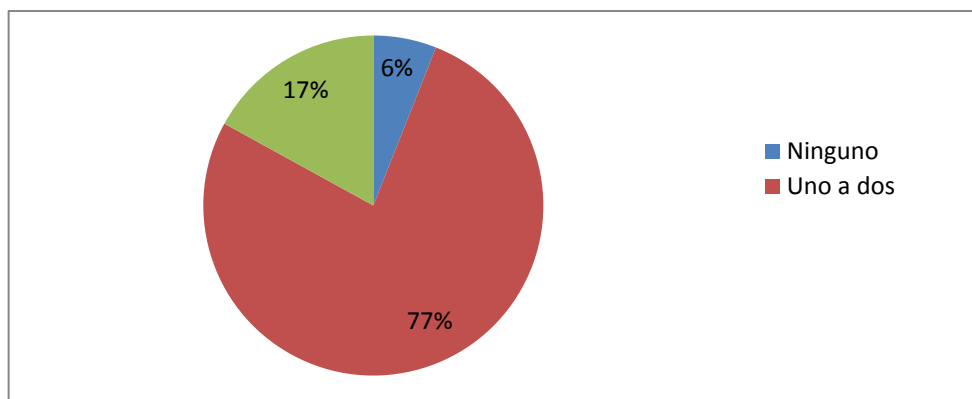
Interpretación:

Es alarmante que el 55% de madres adolescentes se haya realizado solo de uno a 3 controles prenatales durante todo su embarazo, tomando en cuenta que al ser adolescentes su embarazo se considera de alto riesgo, es importante fomentar la importancia de los mismos en las adolescentes.

Pregunta 7.- ¿Cuántos ecos se realizó en su embarazo la adolescente?

Tabla 7

# De Ecos	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	1	6%
Uno a dos	14	77%
Tres a cuatro	3	17%
TOTAL	18	100%



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

En la tabla y gráfico de la pregunta 7 se deduce que una madre adolescente, que corresponde al 6% no se realizó ningún eco obstétrico durante todo su embarazo, mientras que 14 adolescentes que corresponden a un 77% se realizaron de 1 a 2 ecos obstétricos durante su embarazo y 3 adolescentes que corresponden a un 17% se realizaron de 3 a 4 ecos obstétricos durante su embarazo.

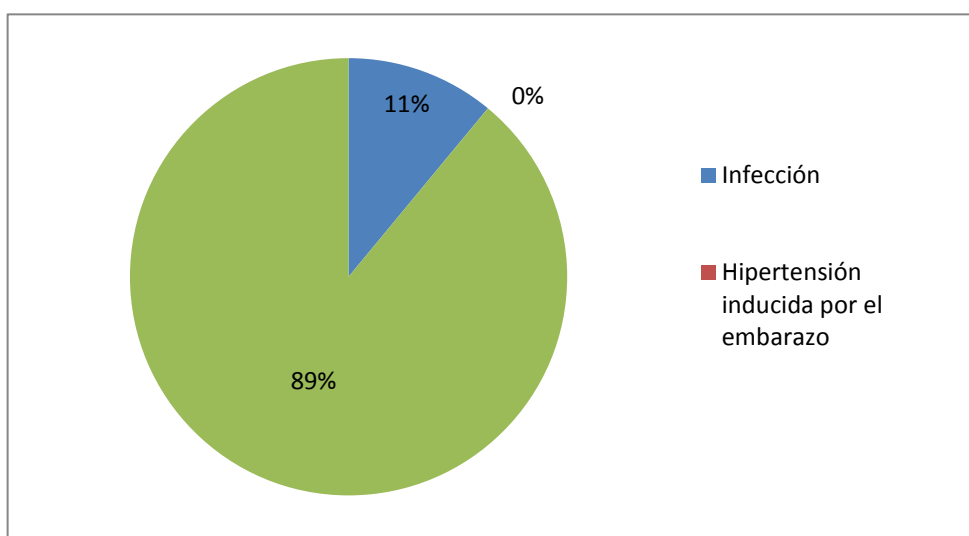
Interpretación:

De la información anterior podemos concluir que la mayor parte de adolescentes se realizó de 1 a 2 ecos obstétricos durante todo su embarazo, lo cual es algo positivo ya que este ayuda a detectar a tiempo muchas patologías que al ser descubiertas a tiempo pueden prevenir futuras complicaciones tanto para la madre como para el niño.

Pregunta 8.- ¿Qué complicación tubo durante su embarazola adolescente?

Tabla 8

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección	2	11%
Hipertensión inducida por el embarazo	0	0%
Anemia	16	89%
TOTAL	18	100%



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

La mayor parte de adolescentes durante su embarazo desarrollo anemia, que corresponden a un 89%, mientras que 2 adolescentes que corresponden a un 11% presento algún tipo de infección durante su embarazo.

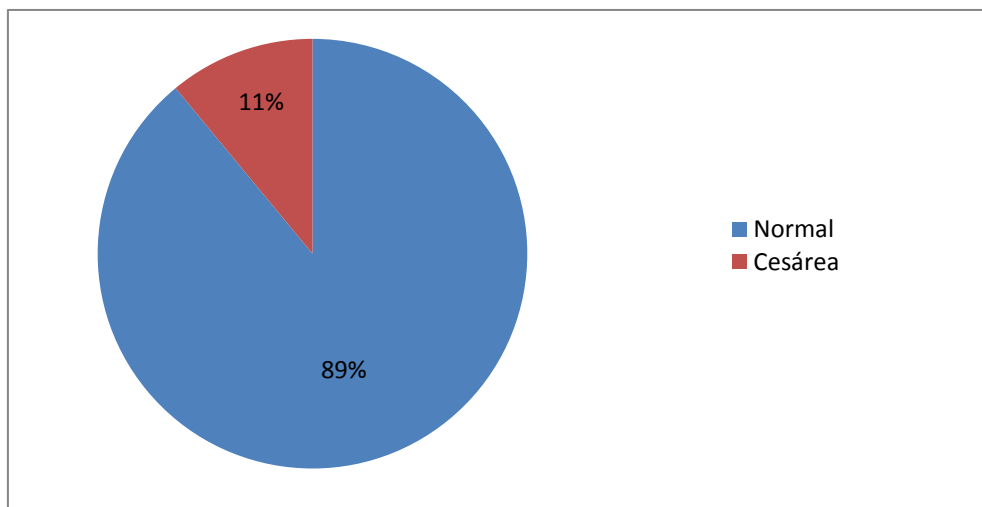
Interpretación:

La mayor parte de madres adolescentes ha presentado anemia durante su embarazo, lo cual es explicable debido a las necesidades nutricionales que tiene una embarazo y que en la mayoría de estos casos no es satisfecha, en estos casos debido a que las necesidades fisiológicas de la madre adolescente y del niño en proceso de formación son muchas.

Pregunta 9.- ¿El parto de la adolescente fue por vía vaginal o cesárea?

Tabla 9

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	16	89%
Cesárea	2	11%
TOTAL	18	100%



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

Al analizar la tabla correspondiente a la pregunta 9 se puede determinar que 16 madres adolescentes que corresponden a un 89% han tenido un parto por vía vaginal, mientras que 2 madres adolescentes que corresponden a un 11% han sido intervenidas a una cesárea.

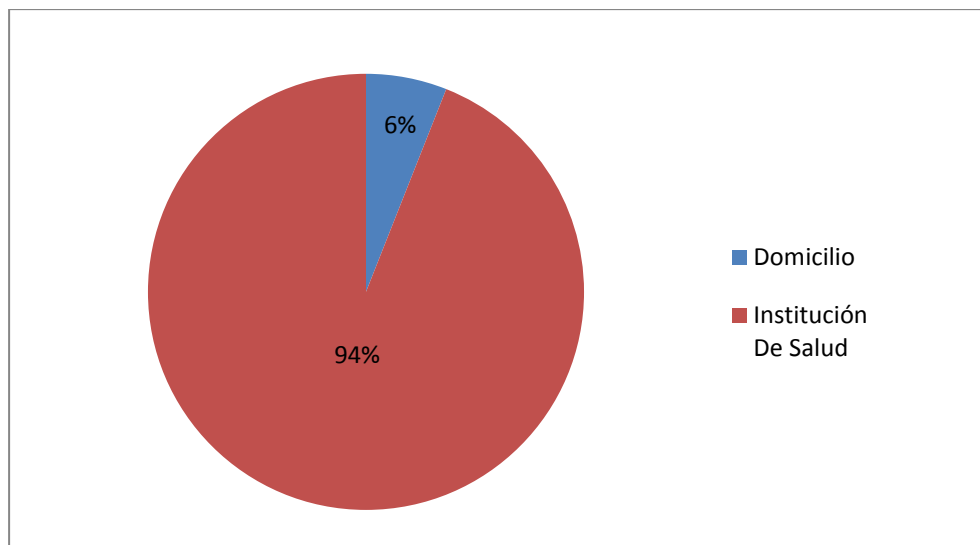
Interpretación:

En la mayor parte de madres adolescentes se ha presentado un parto vaginal lo cual es positivo debido a que con este tipo de parto la adolescente se recupera con mayor facilidad y puede brindarle a su hijo los cuidados necesarios sin necesitar de otras personas.

Pregunta 10.- ¿El parto se dio en una institución de salud o en el domicilio?

Tabla 10

LUGAR DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Domicilio	1	6%
Institución De Salud	17	94%
TOTAL	18	100%



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

Según el cuadro estadístico la mayor parte de madres adolescente tubo un parto en una institución de salud, esto son 17 adolescentes que corresponde a un 94%, mientras que solo una adolescente tubo el parto en su domicilio, esto corresponde a un 6%.

Interpretación:

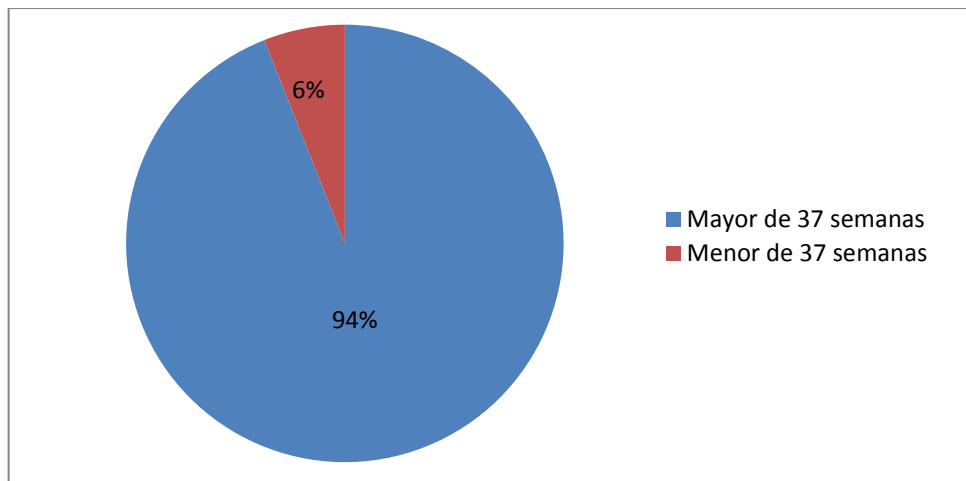
La mayor parte de adolescentes acudió a una institución de salud para dar a luz a sus hijos lo que es algo positivo ya que esto ayuda a disminuir los riesgos de infección tanto maternos como neonatales, además permite tener una pronta asistencia en caso de presentarse alguna complicación en el niño o en la madre.

4.2 Datos recolectados de las Historias clínicas de los hijos de Madres Adolescentes

Pregunta 1.- ¿Qué edad gestacional tenía el niño en el momento del parto?

Tabla 1

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mayor de 37 semanas	17	94 %
Menor de 37 semanas	1	6 %
TOTAL	18	100 %



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

En la tabla y gráfico 1 se puede observar que 17 partos que corresponden al 94% se produjeron después de la semana 37 de gestación y solo uno que corresponde al 6% se produjo antes de la semana 37 de gestación.

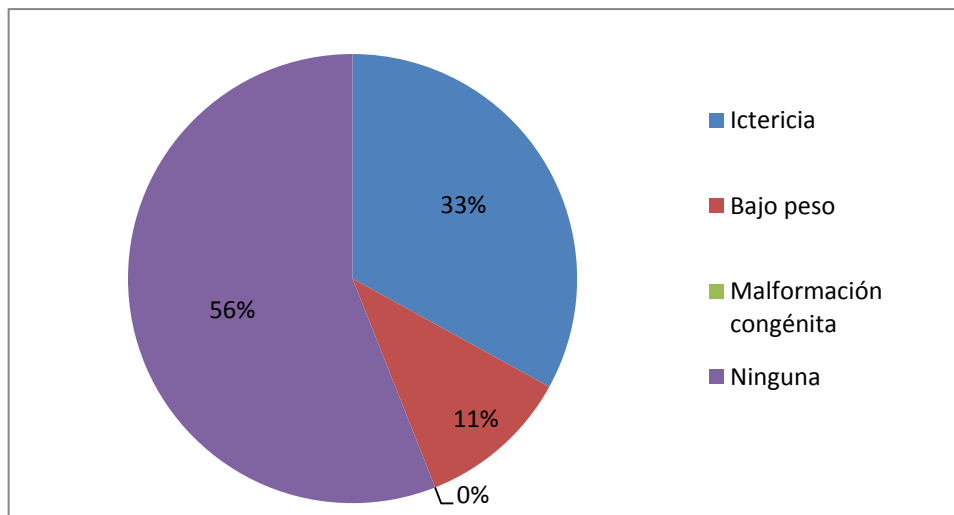
Interpretación:

De los datos obtenidos se puede concluir que la mayor parte de madres adolescentes concluyó con las semanas de gestación antes de producirse el parto, lo cual es positivo ya que esto disminuye las probabilidades de morbilidad en el niño al alcanzar una madurez de sus órganos antes del nacimiento.

Pregunta 2.- ¿El niñ@ presentó alguna complicación neonatal?

Tabla 2

COMPLICACIONES NEONATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ictericia	6	33%
Bajo peso	2	11%
Malformación congénita	0	0%
Ninguna	10	56%
TOTAL	18	100%



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

En la tabla y gráfico de la pregunta 2 se deduce que 6 niños que corresponden al 33% presentaron ictericia cuando fueron neonatos, 2 niños que corresponden al 11% presentaron bajo peso al nacer, ninguno presentó alguna malformación congénita y 10 niños que corresponden al 56 % no presentaron ninguna alteración neonatal.

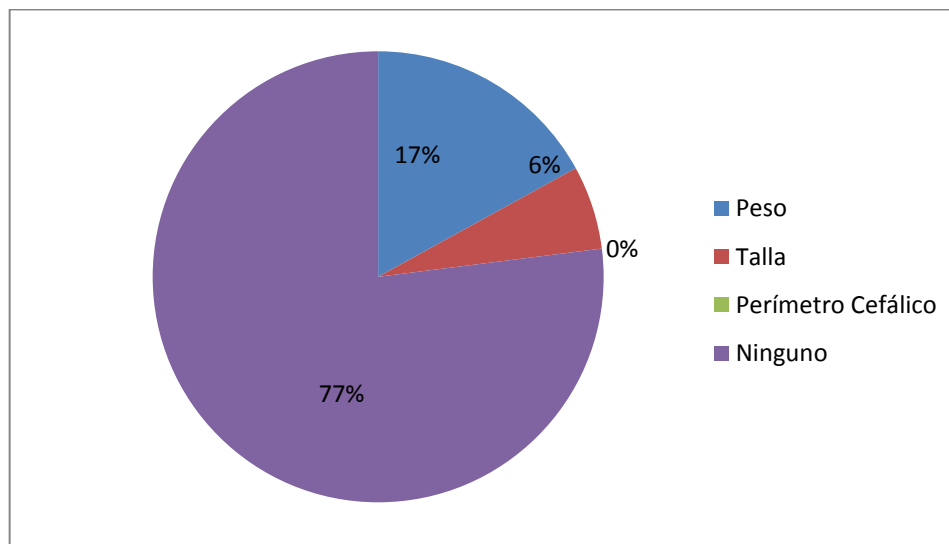
Interpretación:

De la información anterior podemos concluir que la mayor parte de los niños no presentaron ninguna complicación neonatal y que los 6 niños que presentaron ictericia neonatal, cuadro que fue superado pocos días después de su nacimiento.

Pregunta 3.- ¿El niñ@ presenta alteraciones en el peso o talla o perímetro cefálico?

Tabla 3

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Peso	3	17 %
Talla	1	6 %
Perímetro Cefálico	0	0%
Ninguno	14	77%
TOTAL	18	100 %



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

En la tabla y gráfico 3 se puede observar que 14 de los niños que corresponden a un 77% no presenta ninguna alteración en su peso, talla, ni perímetro cefálico, 3 que corresponden a un 17% presentan una ligera alteración en su peso, mientras que 1 niños que corresponde al 6% presenta alteraciones en su talla.

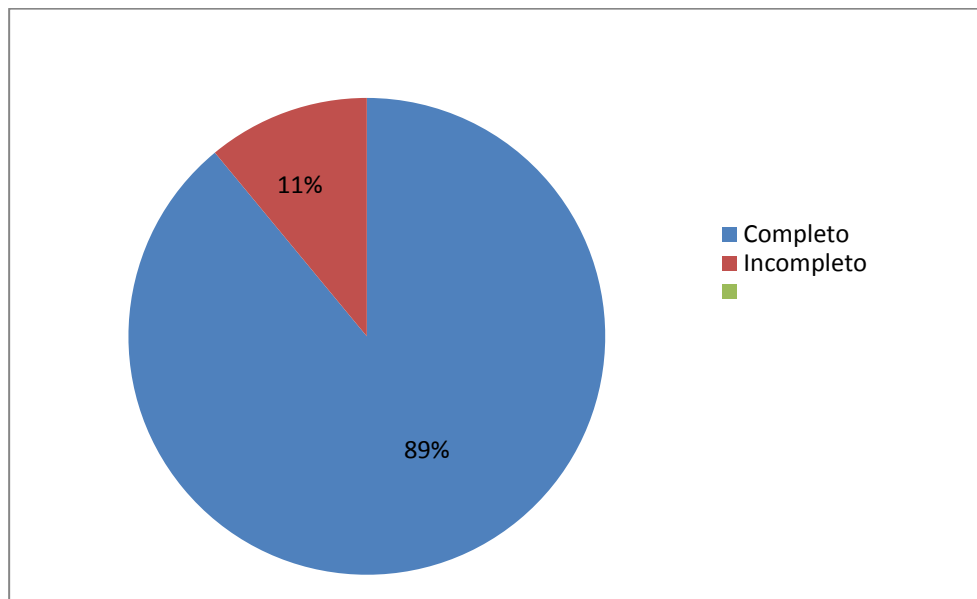
Interpretación:

Se puede concluir que la mayor parte de los niños hijos de madres adolescentes hasta el momento de realizar este estudio investigativo no presentan ninguna alteración en su peso y talla.

Pregunta 4.- ¿De acuerdo a su edad cuantos niños tienen el esquema de vacunación completo?

Tabla 4

ESQUEMA DE VACUNACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Incompleto	2	11%
Completo	16	89%
TOTAL	18	100%



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

Según el cuadro de la pregunta 3 se puede observar que 16 niños que corresponden a un 89% al momento de realizar la investigación tenían su esquema de vacunación completo de acuerdo a su edad, mientras que 2 niños que corresponden a un 11% al momento de realizar la investigación no tenían su esquema de vacunación completo para su edad.

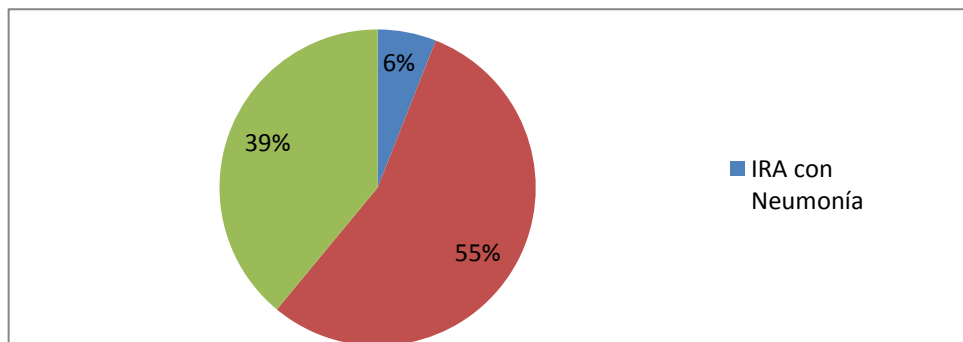
Interpretación:

Se puede concluir que la mayor parte de hijos de madres adolescentes al momento de realizar el trabajo investigativo tienen un esquema de vacunación completo para su edad, lo que es positivo debido a que de esta manera estos niños están protegidos contra enfermedades inmunoprevenibles.

Pregunta 5.- ¿Cuál es el motivo de consulta médica más frecuente por la que los niños son llevados al subcentro de salud de Chiquicha?

Tabla 5

PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IRA con Neumonía	1	6%
IRA sin Neumonía	10	55%
EDA	7	39%
TOTAL	18	100%



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

En la tabla y el gráfico con respecto a la pregunta 5 se puede observar que 10 niños han sido llevados al subcentro de salud de Chiquicha por presentar IRA sin Neumonía que corresponden a un 55%, mientras que 7 niños que corresponden a un 39% fueron llevados al subcentro de salud por presentar EDA, mientras que 1 niños que corresponde al 6% ha sido llevado a consulta médica por presentar IRA con Neumonía.

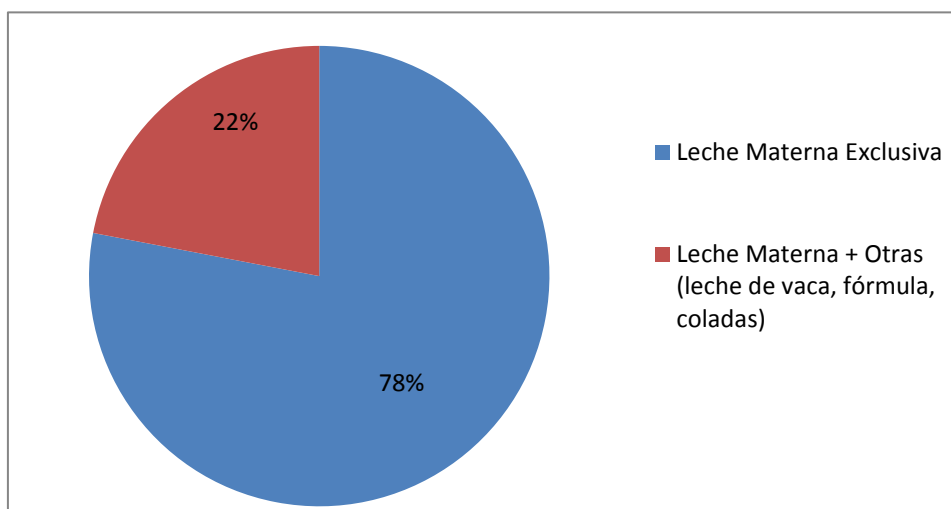
Interpretación:

La mayor parte de niños han sido llevados al subcentro de salud de Chiquicha por presentar IRA sin Neumonía, lo cual es explicable por el clima propio de Chiquicha, aunque de igual manera falta un poco más de cuidado por parte de sus madres en el aseo de las fosas nasales, en el cumplimiento del tratamiento prescrito y en la alimentación de los niños para elevar las defensas de estos y que las consultas médicas no sean intermitentes.

Pregunta 6.- ¿Qué tipo de alimentación recibió el niño exclusivamente hasta los 6 meses de edad?

Tabla 6

TIPO DE ALIMENTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leche Materna Exclusiva	14	78%
Leche Materna + Otras(leche de vaca, fórmula, coladas)	4	22%
TOTAL	18	100%



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

En la tabla y el gráfico con respecto a la pregunta 6 se puede observar que 14 niños que corresponde a un 78% recibieron en su alimentación leche materna exclusiva hasta los 6 meses, mientras que 4 niños que corresponden a un 22% recibieron en su alimentación hasta los 6 meses Leche Materna + Otras (leche de vaca, fórmula, coladas).

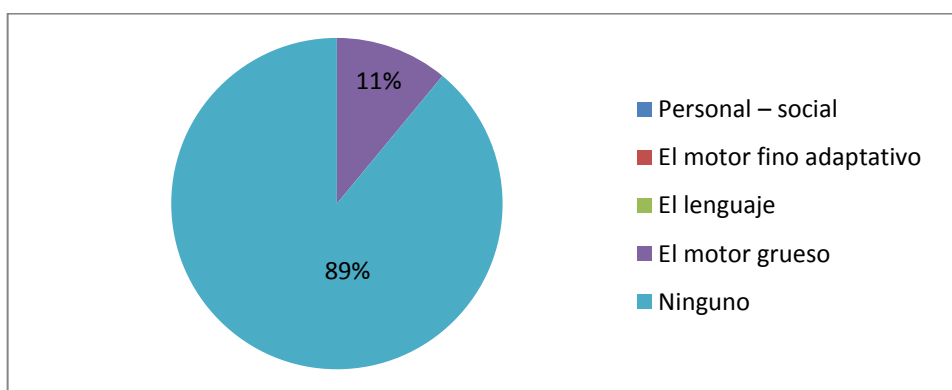
Interpretación:

La mayor parte de estos niños recibió durante su alimentación hasta los 6 meses leche materna exclusiva lo que es positivo para estos niños por las ventajas que la misma les proporciona para su crecimiento y desarrollo.

Pregunta 7.- ¿En qué parámetros del Test de Denver estos niños presentan alguna alteración?

Tabla 7

PARÁMETROS DEL TEST DE DENVER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Personal – social	0	0%
El motor fino adaptativo	0	0%
El lenguaje	0	0%
El motor grueso	2	11%
Ninguno	16	89%
TOTAL	18	100



Fuente: Historia Clínica
Elaborado por: Adriana Portero

Análisis:

En la tabla y el gráfico con respecto a la pregunta 7 se puede observar que 2 niños que corresponde a un 11% presentan una alteración en el parámetro que valora el motor grueso, 16 niños que corresponden a un 89% hasta el momento, no presentan ninguna alteración en los parámetros que valora el Test de Denver.

Interpretación:

La mayor parte de estos niños no presenta ninguna alteración en los parámetros que valora el Test de Denver, tal vez esto se deba a la edad que tienen hasta el momento los mismos, solo 2 presentan alteración en el parámetro que valora el motor grueso, y esto puede deberse a que sus madres se dedican a la agricultura y pasan la mayor parte del tiempo cargados, lo que hace que no reciban una adecuada estimulación.

4.3 Comprobación de la Hipótesis

Luego de examinar los análisis e interpretar los resultados se puede determinar que: Ser madre adolescente no tiene relación con la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de niño de 0 a 2 años seis meses en el subcentro de salud de Chiquicha.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones.

- ✓ Al realizar este trabajo investigativo en el subcentro de salud de Chiquicha se puede concluir que la mayor parte de madres adolescentes empezaron su vida sexual activa en su adolescencia media, situación que es alarmante ya que a esta edad una adolescente no se encuentra preparada física ni psicológicamente para poder tener una vida sexual activa responsable y consiente de las consecuencias de sus actos, y mucho menos se encuentran preparadas para ser madres, a pesar que la mayoría de adolescentes se convirtió en madre a una edad que oscila entre los 17 a 19 años, no se puede descartar que estos embarazos pueden traer consigo complicaciones maternas y fetales que si no son detectadas y tratadas a tiempo por la falta de importancia hacia los controles prenatales pueden causar la muerte, dependiendo del tipo de patología que se presente, además, es importante mencionar que la mayoría de adolescentes se quedaron embarazadas cuando se encontraban cursando de cuarto a sexto curso, lo que es alarmante ya que a más de no estar preparadas física ni psicológicamente para ser madres su nivel de escolaridad es pobre, y tomando en cuenta el factor socio-económico de este sector, se puede deducir que la mayoría de estas adolescentes no terminarán sus estudios y tendrán que trabajar con pagos mal remunerados o se dedican a los quehaceres domésticos contribuyendo a la pobreza de nuestra sociedad.

- ✓ A otra de las conclusiones a las que se ha llegado con este trabajo investigativo es que la mayor parte de partos se dieron pasadas las 37 semanas de gestación lo cual es positivo ya que esto disminuye las probabilidades de

- ✓ morbilidad en el niño al alcanzar una madurez de sus órganos antes del nacimiento, y es probable que por esto la mayor parte de los neonatos no hayan presentado ninguna complicación, además la mayor parte de niños no presenta alteraciones en el peso y talla para su edad pero es menester señalar que se presenta alteraciones de peso en el 28% de estos, cifras que deberían disminuir, asimismo algo positivo que se evidencia es que el 89% de niños tiene un esquema de vacunación completo para su edad, ayudándolos a estar protegidos contra enfermedades inmunoprevenibles, pero lamentablemente la mayor parte de niños han sido llevados al subcentro de salud de Chiquicha por presentar IRA sin Neumonía, lo cual es explicable por el clima propio de Chiquicha, aunque de igual manera falta un poco más de cuidado por parte de sus madres en el aseo de las fosas nasales, en el cumplimiento del tratamiento prescrito y en la alimentación de los niños para elevar de esta manera sus defensas, también es importante mencionar que la mayor parte de estos niños no presenta ninguna alteración en los parámetros que valora el Test de Denver, tal vez esto se deba a la edad que tienen los mismos al momento de ser realizada la investigación, solo 2 presentan alteración en el parámetro que valora el motor grueso, esto puede deberse a la ocupación de sus madres por lo que pasan la mayor parte del tiempo con el niño en su espalda, lo que hace que no reciban una adecuada estimulación motora.

4.2 Recomendaciones.

- ✓ Se debería realizar charlas educativas para reforzar los conocimientos y satisfacer las dudas de las adolescentes sobre sexualidad, y métodos anticonceptivos para de esta manera inculcarles a tener una sexualidad responsable, haciendo que se concienticen y se den cuenta que si son jóvenes para empezar una vida sexual activa, aún son mucho más jóvenes para convertirse en madres por un descuido, además cabe recalcar que es necesario explicarles sobre el desarrollo embrionario para que si se presenta un embarazo planificado o no sepan que el primer trimestre del embarazo es de suma importancia para el desarrollo y crecimiento del bebé y tomen las precauciones necesarias para que su embarazo se desarrolle con normalidad sin poner en riesgo su vida ni la de su hijo.
- ✓ De igual manera se debería impartir charlas educativas a las madres adolescentes y adolescentes en general, que contengan temas que guíen sobre un adecuado cuidado de las madres hacia sus hijos para de esta manera promover a un buen crecimiento y desarrollo en el niño.
- ✓ Al no encontrar alteraciones de gran importancia en el crecimiento y desarrollo del niño, se recomienda que para próximas investigaciones se amplíe el rango de edad de los niños en estudio para, de esta manera evaluar si se evidencia algún retraso en su crecimiento y desarrollo en la edad pre-escolar por tratarse de ser hijos de mujeres adolescentes.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS.

- **Título:** “Elaboración de una cartilla de alimentación de niños de 0 a 2 años 6 meses para proporcionar una guía nutricional a las madres adolescentes, que acuden a consulta en el Subcentro de salud de Chiquicha, para de esta manera contribuir a mejorar el estado nutricional de sus hijos.”
- **Nombre de la Institución:** Subcentro de Salud de Chiquicha
- **Beneficiarios:** hijos de madres adolescentes de 0 a 2 años 6 meses y sus madres
- **Ubicación:**
- **Cantón:** Ambato
- **Provincia:** Tungurahua
- **Nombre de la responsable:** Adriana Portero
- **Financiamiento:** autofinanciamiento
- **Costo:** 400 dólares
- **Tiempo De Ejecución:** 4 meses

6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.

En los primeros años de vida, el niño se encuentra en pleno desarrollo biológico, físico, psíquico, motriz y social, es decir se producen cambios notables en las magnitudes físicas y en la composición corporal que tienen como base una buena alimentación y nutrición. Si las necesidades nutricionales presentes durante este período de los niños no son satisfechas y/o tiene una alimentación deficiente, el organismo sufre alteraciones bioquímicas y fisiológicas que traen como consecuencias entre otras cosas retardo en el crecimiento, alteraciones

cognoscitivas y una menor capacidad física e intelectual, que es lo que se quiere evitar con la realización y aplicación de esta propuesta, debido a que en Chiquicha el 28% de hijos de madres adolescentes presentan bajo peso para su edad, al mismo tiempo se trata de prevenir que más niños presenten alteraciones en su peso y que sus madres sepan cómo nutrirles adecuadamente.

Cada etapa de la vida tiene sus peculiaridades y en cada momento la alimentación debe adaptarse a ellas, durante la infancia las características que debe tener la dieta están condicionadas por el ritmo de crecimiento, la tolerancia a los diferentes alimentos, la capacidad digestiva, el grado de autonomía y las habilidades del niño o niña, por esto los niños necesitan una alimentación balanceada, la misma que se caracteriza por ser suficiente, completa, equilibrada, adecuada y variada, por lo que tiene gran importancia debido a que no existe un alimento que por sí solo sea capaz de suministrar todos los nutrientes que requiere el organismo y en las cantidades necesarias, por esto la llave de éxito de la dieta descansa en la combinación proporcionada y armónica de los diferentes alimentos portadores de los nutrientes indispensables para el trabajo y funcionamiento del organismo.

Una nutrición inadecuada del niño puede llegar a convertirse en un problema grave, si no se diseñan mecanismos de atención integral cuya meta principal sea la de mejorar el nivel nutricional de los niños, es por esto que la ejecución del presente proyecto investigativo tiene como finalidad proporcionar una guía nutricional a las madres adolescentes para de esta manera mejorar el estado nutricional de sus hijos y ayudarlas a evitar en ellos enfermedades asociadas a una mala alimentación.

6.3. JUSTIFICACIÓN.

El conocimiento actual sobre nutrición conlleva a estar conscientes de lo importante que es en los niños una adecuada alimentación para su desarrollo y crecimiento, y en las terribles consecuencias de una mala nutrición, esto lleva a que la alimentación de los niños sea una responsabilidad de todos quienes se encuentren a su alrededor, ya que solo con niños sanos tendremos una sociedad mejor y un país desarrollado, es por esto la importancia de la creación de una

cartilla de nutrición infantil que sirva como guía para que las madres adolescentes de Chiquicha estén informadas y proporcionen una alimentación adecuada a sus hijos.

La realización de una guía nutricional destinada a las madres adolescentes para de esta manera mejorar el estado nutricional de sus hijos y ayudarlas a evitar en ellos enfermedades asociadas a una mala alimentación es de gran importancia debido a las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria que están muy difundidas en madres jóvenes lo que provoca que gran parte de niños no reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en estos primeros meses, de igual manera los alimentos complementarios frecuentemente son introducidos demasiado temprano o demasiado tarde y son, en general, nutricionalmente inadecuados e inseguros, es por eso que esta cartilla nutricional que se va a realizar enfocará de manera concreta los requerimientos nutricionales de los niños de 0 a 2 años 6 meses, para de esta manera guiar a las madres adolescentes y mejorar la nutrición de sus hijos.

También es necesario tomar en cuenta que en la niñez se adquieren y consolidan hábitos que perdurarán toda la vida, por lo tanto, en esta cartilla nutricional se enfocaran condiciones que permitan que los hábitos alimenticios que adquieran los niños sean saludables.

6.4. OBJETIVOS.

6.4.1. General

Proporcionar a las madres adolescentes de Chiquicha una guía nutricional de niños de 0 a 2 años 6 meses, para de esta manera ayudarlas a mejorar el estado nutricional de sus hijos.

6.4.2. Específicos

- Educar a la madre adolescente sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses del niño, sus ventajas y técnicas apropiadas para realizarla sin que cause molestias en el niño o en la madre.
- Instruir a las madres adolescentes sobre el tipo de alimentación que deben proporcionar al niño según su edad, otorgándole una guía práctica de menús con productos económicos pero nutritivos que estén a su alcance.
- Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables en los niños con ayuda de sus padres, ya que estos los acompañarán el resto de su vida.

6.5.- FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

La alimentación es uno de los principales determinantes del estado de salud del ser humano y el factor extrínseco más importante para su desarrollo. Una alimentación adecuada es fundamental a lo largo de toda la vida, pero durante la infancia es particularmente importante, pues las carencias y desequilibrios nutricionales en esta etapa tienen consecuencias negativas, no sólo en la salud del propio niño/a (retraso del crecimiento, retraso en el desarrollo psicomotor, disminución de la capacidad de aprendizaje, desarrollo de obesidad, incremento del riesgo de infecciones y otras enfermedades, incremento del riesgo de mortalidad general), sino que pueden condicionar su salud de adulto, aumentando el riesgo de desarrollar trastornos crónicos (cáncer, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y otras enfermedades), que constituyen las principales causas de mortalidad y/o morbilidad y discapacidad en Ecuador.

Los niños están en constante crecimiento y desarrollo de huesos, dientes, músculos y sangre, por lo que requieren más nutrientes en proporción a su peso que los adultos, la energía de los alimentos deberá ser suficiente para asegurar el crecimiento y evitar que se recurra a sus reservas corporales para obtener energía, pero a la vez no deben ser excesiva ya que puede producir obesidad, el niño debe incorporarse a la dieta familiar siguiendo unos patrones alimentarios que van a influir decisivamente en sus futuros hábitos de alimentación.

6.6.-ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.

La presente propuesta es factible ya que en el subcentro de salud de Chiquicha no existe ninguna cartilla nutricional de niños de 0 a 2 años 6 meses que guíe a las madres adolescentes y las ayude a mejorar el estado nutricional de sus hijos, además tomando en cuenta que la Constitución y el Estado garantiza un desarrollo integral de las niñas y niños, entendido como proceso de crecimiento, la maduración y despliegue de su intelecto, capacidades y potencialidades en un entorno, incluyendo el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, es parte fundamental para que este decreto se cumpla que estos niños cuenten con una alimentación adecuada acorde a su edad.

Además este proyecto es factible ya que se cuenta con el permiso y apoyo de las autoridades del Subcentro de Salud de Chiquicha, así como la predisposición del personal de salud, que trabajan por el bienestar de las madres adolescentes y sus hijos, que preocupados por brindar un mejor estilo y calidad de vida a este grupo vulnerable apoyan al 100% la realización de esta cartilla nutricional.

6.7.- METODOLOGÍA.

- La cartilla nutricional enfocara la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, sus ventajas y técnicas adecuadas para realizarla, sin producir molestias en la madre ni en el niño.
- La cartilla nutricional contendrá el tipo de alimentación que debe tener el niño acorde a su edad de manera que la dieta cumpla con los requerimientos nutricionales del niño.
- Proporcionará menús fáciles de realizar y que utilicen productos económicos y nutritivos para que las madres de los niños puedan ponerlos en práctica y de contribuir a mejorar la nutrición de estos niños.
- También en esta cartilla se enunciará los errores frecuentes que tienen los padres al momento de alimentar a sus hijos

- También se enfocara en hacer recomendaciones a los padres para que los niños adquieran buenos hábitos alimenticios.

Modelo Operativo

"CARTILLA DE ALIMENTACIÓN DE NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES"



"COMER BIEN PARA PODER VIVIR FELIZ"



ALIMENTACIÓN DE NIÑOS DE 0 A 6 MESES

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos



VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA

Contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida. Fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra infecciones; además posee factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes



RECOMENDACIONES GENERALES

1. Baño general diario. Durante el baño realice palpación de sus senos y verifique que estén blandos, sin nódulos o tumoraciones (acumulación de leche), el lavado de manos debe ser antes de lactar al niño, el niño debe estar limpio y seco para ser alimentado.
4. Mantenga al niño descubierto mientras lacta, para evitar que se duerma. Evite mover el niño bruscamente para no correr el riesgo de vómito.
5. Adopte la posición más cómoda, haga extracción de una pequeña cantidad de leche y aplique en el pezón antes y después de amamantar al niño.
7. La humedad favorece la proliferación bacteriana (infecciones) y formación de fisuras, por tanto después de amamantar airee los senos durante el mayor tiempo posible.
8. Si durante los primeros días de lactancia presenta fisuras y dolor en los pezones no la suspenda, trátelos con leche materna y utilice la técnica correcta de amamantamiento.
9. Para mantener la producción y secreción de leche, recomiende a la

madre dar a libre demanda, y descansar mientras su hijo duerme.
10. Coloque al niño en el seno hasta que lo desocupe y páselo al otro seno. En la próxima toma inicie con el último seno que ofreció en la toma anterior.

POSICIONES ADECUADAS PARA DAR DE LACTAR AL NIÑO

CON LA MADRE ACOSTADA



Posición beneficiosa en un nacimiento por cesárea o cuando la madre está descansando a la noche.

- La madre y el niño están acostados frente a frente, de lado.
- La cara del bebé estará apoyada en el pecho, el abdomen del niño, pegado al cuerpo de la madre.
- La cabeza del niño descansa sobre el antebrazo de su madre.
- La madre coloca su cabeza sobre una almohada doblada para no forzar el cuello.

POSICION DE CUNA O TRADICIONAL



- La espalda de la madre debe de estar recta, los hombros se mantienen relajados.
- Se recuesta al bebé sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta, quedando la cabeza del niño apoyada en la parte interna del ángulo del codo.
- El abdomen del niño toca el abdomen de la madre y su brazo inferior la abraza por el costado del tórax, sin apretar.

POSICIÓN DE CUNA CRUZADA.



-Se la utiliza para dar de lactar de ambos pechos, sin necesidad de cambiar al niño de posición, ya que algunas veces el bebé tiene preferencia por uno de los dos pechos
 -La madre coloca la mano del mismo lado que amamanta, en posición de U sujetando el pecho, con la otra mano sujeta al bebé por la nuca y la espalda.
 -Debe utilizar una almohada para colocar al niño a la altura del pecho

POSICIÓN DE PELOTA DE FÚTBOL (O RUGBY O DE CANASTO)



-Permite amamantar cuando se practicó una cesárea y también cuando hay que amamantar a dos bebés en forma simultánea
 -Colocamos al niño bajo el brazo de la madre, del lado que va a amamantar, el cuerpo queda rodeando la cintura de la madre.
 -La madre sostiene la cabeza del bebé con la mano del lado que amamanta, sujetándolo por la nuca.

POSICIÓN CON EL BEBÉ SENTADO



-Permite amamantar al bebé que presenta una hipotonía.
 -También es útil cuando existe un reflejo de eyección intenso, si hay grietas o cuando la mamá es obesa.
 -El bebé se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o apoyado encima del muslo de su madre.
 -La madre sujeta el tronco del bebé con el antebrazo del lado que

amamanta.

POSICIÓN SENTADA



-La madre se coloca con la espalda recta, hombros relajados y usa un reposapiés o un taburete para evitar que los muslos cuelguen hacia abajo.

-El bebé se ubica mirando a la madre, estando en contacto el abdomen de ambos.

-Si es necesario, se pone una almohada debajo para aproximar al niño al pecho de la madre. (No hacer lo contrario, o sea, no aproximar el pecho al niño)

EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA



En algunas ocasiones la continuidad de la lactancia materna puede verse afectada por diversos factores: incorporación al trabajo de la madre o a sus estudios, o viajes sin el bebé, en estos casos, si no es posible dar el pecho hay que realizar un método de extracción.

EXTRACCIÓN MANUAL



Se realiza con los dedos. Se colocan los dedos índice y pulgar en forma de "C" a unos 3 ó 4 centímetros por encima del pezón; se debe empujar los dedos hacia atrás y rodarlos después hacia el pezón, de manera rítmica. Se debe rotar la posición de los dedos para vaciar todos los conductos de la mama.

EXTRACCIÓN CON SACALECHES

Los sacaleches pueden ser manuales y bien automáticos. Tras su uso todas las piezas se deben limpiar meticulosamente.



Conservación: Se deben guardar volúmenes pequeños de leche e identificar el recipiente con la fecha del día de la extracción.



TIPO DE LECHE	CONSERVACIÓN
Calostro (leche que se produce los primeros días tras el parto)	Temperatura ambiente 27-32 °C 12 horas; en la nevera se conserva una semana.
Leche madura	15°C: 24 horas 19-22 °C: 10 horas 25 °C: 4 a 6 horas 30 a 38°C: 4 horas
Refrigerada (en nevera) entre 0 y 4 °C, 3-4 días	
Congelada: Congelador dentro de la misma nevera: 2 semanas Congelador separado, tipo comercial, con temperatura constante de (-19 °C): 6 meses	

Envases Adecuados Para Congelar Leche Materna

Cristal
Policarbonato (plástico duro transparente)
Polipropileno (plástico duro traslúcido)



Otra opción son las bolsas de plástico especialmente comercializadas para almacenar leche materna.

CÓMO CONGELAR Y CALENTAR LA LECHE EXTRAÍDA

La leche se puede descongelar bajo el chorro de agua fría primero y gradualmente ir aumentando el calor del agua del grifo hasta que esté tibia, También se puede descongelar pasándola del congelador al frigorífico o bien a temperatura ambiente.

Es correcto calentarla a baño María.

Siempre se debe agitar antes de comprobar la temperatura la mejor zona para comprobar la temperatura es en la parte interna de la muñeca.

No se debe calentar directamente en el fuego o en el microondas

La leche descongelada se puede guardar en nevera 12 horas pero nunca volver a congelar.



ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



Se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna

REGLAS DE ORO PARA LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS SANOS de Oro

1. Escoger aquellos alimentos cuyo tratamiento previo garantice que son



seguros.

2. Cocinar bien los alimentos.

3. Consumir los alimentos inmediatamente después de su preparación.

4. Conservar adecuadamente los alimentos cocidos, si no se procede a su consumo.

5. Recalentar bien los alimentos cocidos.

6. Evitar cualquier contacto entre alimentos crudos y cocidos.

7. Lavarse a menudo las manos con agua y jabón.

8. Vigilar la máxima limpieza de la cocina.

9. Proteger los alimentos de insectos, roedores y otros animales.

10. Utilizar agua potable o agua segura.

Alimentación Complementaria De 6 A 10 Meses



¿Qué darle?

A partir del sexto mes de vida, ofrézcale al niño, después de la leche materna, comidas espesas como purés de cereales, y de tubérculos. Puede consumir jugos de frutas y purés o papillas de frutas, sin azúcar, sal y condimentos. Prepare estos alimentos aplastando con cuchara o tenedor, sin licuar. Dele de comer inmediatamente de preparar los alimentos. No le dé frutas cítricas porque puede desarrollar alergias.

¿Cómo hacerlo?

-Al empezar a dar un nuevo alimento, ofrézcale poco a poco, para ver si el niño o niña lo acepta y para que se acostumbre a comer.

-Siempre utilice su vajilla (plato, taza y cucharas propios), para medir la cantidad de alimentos que el niño consume.

-A la edad de 6 a 8 meses, comience ofreciéndole de 2 a 3 cucharadas de puré o papilla, de 2 a 3 veces al día, y aumente paulatinamente hasta $\frac{1}{2}$ taza, antes de los 8 meses ofrézcale pedacitos de pan o tortillas (para estimular la salida de dientes). Cuando le salgan los dientes, dele purés de consistencia más sólida o en pedacitos.

Alimentación Complementaria De 10 a 12 meses



¿Qué darle?

Además de la incorporación de algunos alimentos nuevos, en este período las texturas empezarán a ser menos finas (sopas de pasta fina, arroz, trozos pequeños o picados de carne), ofrézcale alimentos finamente picados, como yema de huevo duro, pescado, carne de res, pollo, leguminosas, leche de vaca en forma de coladas (mitad leche y mitad agua), o queso.

¿Cómo hacerlo?

-A la edad de 10 a 11 meses de edad dele 3 comidas al día, en su propia vajilla, más la leche materna. Mientras le enseña a comer, háblele amorosamente y motívele a comer.

-A esta edad, la niña o el niño ya puede comer los alimentos en trocitos, finamente picados para que pueda masticar.

-A esta edad, el niño o niña trata de comer solo y además ya le han salido los dientes. Por eso es conveniente que le dé los alimentos sólidos para que aprenda a masticar.



Alimentación Complementaria De 12 a 18 meses

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda continuar con la lactancia materna a demanda hasta los dos años o más.

Dele durante el día por lo menos 2 tazas de leche o queso y yogurt. A esta edad, dele de comer al menos un pedazo pequeño de los alimentos del grupo de las carnes, diariamente o cada vez que pueda (3 veces a la semana). Si no tiene carne, dele mezclas alimentarias de 3 partes del grupo de los cereales con una parte del grupo de las leguminosas; por ejemplo, arroz 3 partes, con una parte de lenteja.

Los huevos, dele de 1 a 2 veces por semana, aunque su consumo debería ser diario, preparado de diferentes formas.

A las niñas y los niños de esta edad, deles todos los días por lo menos $\frac{1}{4}$ de taza de verduras y hortalizas, especialmente las



Al cumplir el primer año de vida, la niña o el niño ya come todos los alimentos. Por lo tanto, ya puede comer de todo lo que come su familia, pero su estómago es más pequeño que el de un adulto, por eso, no puede comer gran cantidad de alimentos en una sola comida, ofrézcale 5 veces de comida en el día, para

verdes y amarillas. Ofrézcale estos alimentos en forma de sopas, guisos, purés, tortillas, entre otras.

Bríndele todos los días, al menos dos unidades de tamaño mediano de fruta ya sea de una manzana, un banano, etc. Si le da jugo de fruta, dele 1 taza de jugo puro como mínimo. En el caso de las frutas cítricas, use la mitad; el azúcar, panela y aceite inclúyalos solamente en las preparaciones que las requieran.

lograr la aceptación de los alimentos o comidas.

Determine un horario adecuado de comidas y acostúmbrelo a comer a la a horas fijas. De esta forma evitará que pida alimentos a cada rato o fuera de hora,

Alimentación De 18 a 24 meses

¿Qué darle de comer?

- Leche entera
- A esta edad el niño puede comer absolutamente todo si no ha presentado ninguna alergia así:
- Productos lácteos (queso duro natural, queso suave, yogur, etc.)
- Cereales enriquecidos con hierro (arroz, cebada, trigo, avena, cereales mixtos)
- Otros granos (pan y galletas de trigo integral, , galletas de arroz,)
- Fruta cocinada, enlatada o fresca, cortada o en rebanadas.
- Fruta seca, remojada hasta que esté suave para que no presente un peligro de ahogarse, como manzanas, peras.
- Verduras, cocinadas y molidas o cortadas en trocitos como zanahorias, coliflor, brócoli.
- Proteínas (huevos; carne, pollo o pescado sin espinas, cortados en trocitos muy pequeños.



¿Cuánto por día?

- 3 porciones pequeñas de productos lácteos
- 6 porciones pequeñas de granos o 2 galletas saladas; 1/4 de taza de pasta o arroz; 1/3 a 1/2 taza de cereal cocido
- 2 a 3 porciones de fruta
- 2 a 3 porciones de verduras.
- 2 porciones de proteínas
2 cucharadas de carne molida, pollo o pescado; 1 huevo o frijoles cocidos.

Alimentación De 24 a 30 meses

¿Qué darle de comer?

A los niños a esta edad, ofrézcales durante el día 2 tazas de leche, yogurt o su equivalente en queso, quesillo, cuajada. Si puede darle más, mucho mejor.

Dele de comer 2 onzas o un pedazo mediano de carnes (pollo, pescado, hígado, res), diariamente; o reemplace por un huevo.

Si no consigue carne, dele mezclas de alimentos, como arroz con fréjol o lenteja, por 2 veces a la semana.

Dele cereales; puede ser $\frac{1}{2}$ taza de arroz; 2 unidades medianas de tubérculos (papas, yuca o verde), y 4 cucharadas de leguminosas. Además ofrézcale panes o tortillas

Necesitan comer diariamente, por lo menos $\frac{3}{4}$ de taza de verduras y hortalizas, especialmente las verdes y amarillas. Ofrézcales estos alimentos en sopas, guisos, purés, tortillas, entre otras.

Diariamente ofrézcales 2 frutas de tamaño mediano; por ejemplo, una mandarina, mango, banano, etc.

Endulce las preparaciones de preferencia con panela.

¿Cuánto por día?



A las niñas y los niños de esta edad ofrézcales alimentos nutritivos, por lo menos 5 veces al día; esto es, desayuno, almuerzo y merienda, y 2 refrigerios: uno a media mañana y otro a media tarde.

Las niñas y los niños obtienen suficiente energía y nutrientes cuando se alimentan más veces al día, con alimentos variados y de diferentes colores.

Prefiera darles en los refrigerios frutas al natural o en forma de jugos.

Ofrézcales un buen desayuno para que tengan un buen rendimiento físico e intelectual, y evitar que coman a cada rato

AGRUPACIÓN DE LOS ALIMENTOS SEGÚN LOS NUTRIENTES

ALIMENTOS

Lácteos: Dentro de estos se incluye: leche de vaca, leche pasteurizada, queso, quesillo, yogurt.

Carnes y huevos: En este grupo se ubican las carnes de res, cerdo, borrego, cuy, conejo, y sus vísceras. También se encuentran los pescados y mariscos, y los huevos de gallina, pavo, pato, etc.

Leguminosas: Son las que se producen en vaina y espesan; necesitan de remojo antes de ser cocidas. Son todos los granos frescos y secos, como: fréjol, habas, chochos, lenteja, soya, arveja, garbanzo, zarandaja, entre otros. En este grupo también se incluyen las semillas de zambo, zapallo y el maní.

Cereales: Son los que se producen en espiga, espesan y no se pueden consumir crudos. Incluyen el arroz, maíz, trigo, avena, cebada, centeno; y sus derivados, como: arroz de cebada, máchica, mote, tostado, morocho, canguil, harinas, fideo y pan. La quinua aunque es un cereal tiene gran cantidad de proteína al igual que las leguminosas.

Tubérculos y raíces: Son los alimentos que se producen bajo la tierra, no se pueden consumir crudos y espesan; tienen almidones. Entre ellos están las papas, yuca, zanahoria blanca, camote, ocas, mellocos, jícama.

En este grupo también se ubican los plátanos verdes y maduros, así como el grupo de los azúcares, panela y miel.

NUTRIENTES QUE APORTAN

El consumo aporta calcio y proteínas.

El consumo aporta proteínas y hierro.

El consumo aporta proteínas de origen vegetal. Si se combina con cereales se obtiene una proteína igual o parecida las proteínas de origen animal.

El consumo aporta hidratos de carbono.

El consumo aporta hidratos de carbono.

FUNCIÓN QUE DESEMPEÑAN

Responsables del crecimiento de los huesos y dientes.

Construyen y reparan las células, órganos y tejidos del cuerpo. Favorecen el crecimiento y son indispensables para la formación de tejidos. Evitan el cansancio y la anemia

Sirven para el crecimiento, y formación de células, órganos, tejidos, huesos y dientes.

Proporcionan energía y fuerza para trabajar y jugar. Ayudan a mantener la actividad; pero si se consumen en exceso, se almacenan en forma de grasa.

Proporcionan energía y ayudan a mantener la actividad; pero si se consume en exceso, se almacenan en forma de grasa.

Grasas: Son necesarias en la preparación de las comidas, porque dan un

El consumo aporta grasas.

Aportan mucha energía al cuerpo humano. Se almacenan debajo de la piel y protegen del

Verduras y hortalizas: Son las que se producen en ciclo corto. Se las consume crudas o cocinadas y no espesan. Estas son: zanahoria amarilla, zambo, zapallo, tomate riñón, remolacha, col, col morada, lechuga, rábano, pepinillo, aguacate, nabo, acelga, espinaca, berros, vainita, pimiento, ajo, cebolla, apio, perejil, culantro, coliflor, entre otras.

El consumo aporta al organismo vitaminas, minerales, aguay fibra.

Indispensables para la transformación de los alimentos. Nos vuelven a poner en forma cuando estamos cansados. Nos protegen de las enfermedades.

Frutas: Son de varios colores, sabores y apariencia agradable, muy ricas, como: naranja, limón, mandarina, toronja, sandía, piña, papaya, guayaba, naranjilla, tomate de árbol, coco, tamarindo, frutilla, tuna, mora, pera, manzana, claudia, capulí, zapote, mango, taxo, higo, granadilla, entre otros.

El consumo aporta vitaminas y minerales, agua y fibra.

Indispensables para la transformación de los alimentos. Nos vuelven a poner en forma cuando estamos cansados. Evitan enfermedades.

Sal yodada: Se recomienda su consumo agregando a las comidas con moderación. La costumbre de colocar el salero en la mesa induce a agregar más sal a las comidas. Por ello, se debe evitar esta práctica.

El consumo moderado aporta yodo.

Ayuda al buen funcionamiento de nuestras células y evita el bocio.

Agua: Es importante para la vida.

Es importante consumirla en moderada cantidad

Es importante para desintoxicar a nuestro organismo, para hidratarlos y para el buen funcionamiento renal.

MENÚ PROPUESTOS

6° -7° Mes:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Desayuno	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna
Media mañana	Fruta triturada o troceada	Fruta triturada o troceada	Fruta triturada o troceada	Fruta triturada o troceada	Fruta triturada o troceada
Almuerzo	Puré de Patata	Puré de Arroz con zanahoria	Puré de lentejas y arroz	Puré de arroz, y garbanzos	Puré de plátano verde
Merienda	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna
Cena	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna

8°-9° Mes:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Desayuno	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna
Media mañana	Fruta machacada o rallada	Cereales con agua, caldo, leche materna	Fruta machacada o rallada	Cereales con agua, caldo, leche materna	Fruta machacada o rallada
Almuerzo	Legumbres y arroz (en puré/machacado), Fruta machacada o rallada	Patata, legumbres y carne (en puré/machacado), Fruta machacada o rallada	Verduras y/o cereales con carne (en puré/machacado), Fruta machacada o rallada	Legumbres, verduras (en puré/machacado), Fruta machacada o rallada	Verduras y/o cereales con pollo (en puré/machacado), Fruta machacada o rallada
Merienda	Cereales con agua, caldo, leche materna	Fruta machacada o rallada	Cereales con agua, caldo, leche materna	Fruta machacada o rallada	Cereales con agua, caldo, leche materna
Cena	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna

10°-12° Mes:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Desayuno	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna
Media mañana	Fruta machacada o rallada	Cereales con agua, caldo, leche materna	Fruta machacada o rallada	Cereales con agua, caldo, leche materna	Fruta machacada o rallada
Almuerzo	Legumbres y arroz (en puré/machacado), Fruta machacada o rallada	Patata, legumbres y carne (en puré/machacado), Fruta machacada o rallada	Verduras y/o cereales con carne (en puré/machacado), Fruta machacada o rallada	Legumbres, verduras (en puré/machacado), Fruta machacada o rallada	Verduras y/o cereales con pollo (en puré/machacado), Fruta machacada o rallada
Merienda	Cereales con agua, caldo, leche materna	Fruta machacada o rallada	Cereales con agua, caldo, leche materna	Fruta machacada o rallada	Cereales con agua, caldo, leche materna
Cena	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna	Leche Materna

1-2 AÑOS:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Desayuno	Leche Materna o de vaca entera, Pan con mantequilla (y tomate opcional)	Leche Materna o de vaca entera, Pan con queso	Leche Materna o de vaca entera, Pan con mantequilla	Leche Materna o de vaca entera, Pan con queso	Leche Materna o de vaca entera, Pan con mantequilla
Media mañana	Fruta fácil de masticar o aplastada	Fruta fácil de masticar o aplastada	Fruta fácil de masticar o aplastada	Fruta fácil de masticar o aplastada	Fruta fácil de masticar o aplastada
Almuerzo	Legumbres con arroz o con carne +Fruta	Arroz con verduras y con pescado o carne+Fruta	Tomate picado Pasta con carne o atún Fruta	Legumbres con arroz y/o con carne Fruta	Papas secas con con pescado Fruta
Media Tarde	Leche Materna, de vaca o yogur +Pan	Leche Materna, de vaca o yogur+Pan	Leche Materna, de vaca o yogur Pan	Leche Materna, de vaca o yogur Pan	Leche Materna, de vaca o yogur Pan
Merienda	Sopa de quinua con queso o Leche Materna, de vaca o yogur Fruta	Sopa de fideo con un huevo o queso fresco o Leche Materna, de vaca o yogur+ Fruta	Sopa de Verduras Cereal o Leche Materna, de vaca o yogur Fruta	Revuelto de verduras con huevo Leche materna, de vaca o yogur Fruta	Puré de papas con atún Leche Materna, de vaca o yogur Fruta

2 A 2 años 6 meses

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Desayuno	Leche Materna o de vaca entera, Pan con mantequilla+ huevo duro	Leche Materna o de vaca entera, Pan con queso	Leche Materna o de vaca entera, Pan con mermelada +1 huevo revuelto	Leche Materna o de vaca entera, Pan con queso	Leche Materna o de vaca entera, Pan con mantequilla
Media mañana	Fruta	Choclo + queso	Fruta	Chochos con tostado	Fruta y queso
Almuerzo	Legumbres con arroz o con carne + Fruta	Arroz con verduras y con pescado o carne+ Fruta	Sopa de arroz de cebada con col+ carne + Fruta	Sopa de quinua con papas y/o con carne + Fruta	Sopa de morocho con papas y pollo+ jugo de fruta
Media Tarde	Leche Materna, de vaca o yogur + bocadito de atún	Leche Materna, de vaca o yogur+ fruta	Leche Materna, de vaca o yogur +patacón	Leche Materna, de vaca o yogur+ 1 porción de habas	Leche Materna, de vaca o yogur 1 choclo cocinado
Merienda	Sopa de fideo con queso o Leche	Sopa de fideo con un huevo o Leche	Sopa de Verduras Cereal o Leche	Revuelto de verduras con huevo Leche	Puré de papas con atún Leche

	Materna, de vaca o yogur Fruta	Materna, de vaca o yogur+ Fruta	Materna, de vaca o yogur Fruta	materna, de vaca o yogur Fruta	Materna, de vaca o yogur Fruta
--	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

6.8.-Administración:

El propósito de la investigadora es disminuir el índice de niños con bajo peso para su edad y enseñar a las madres adolescentes a nutrir a sus hijos, para que estos índices se incrementen y de esta manera evitar consecuencias graves en los niños.

Esta administración recae exclusivamente bajo la dirección de la investigadora, ya que es quién ha propuesto la implementación de una cartilla nutricional de niños de 0 a 2 años seis meses, y en este caso es quién debe impulsar este Proyecto.

6.9.- Previsión de la evaluación:

Para determinar si la cartilla nutricional elaborada ha servido para mejorar el estado nutricional de los hijos de madres adolescentes se procederá:

- A pesar a los hijos de madres adolescentes antes de implementar la cartilla nutricional para determinar si su peso se incrementa, de igual manera se procederá a tomar el peso y talla de estos niños cada 2 meses para poder ir evaluando al niño.
- A su vez se realizara una tabla de comparación de los pesos tomados de los niños para medir la seguridad de la aplicación de la cartilla nutricional.
- Se conversara con la madre adolescente para evaluar sus conocimientos y su entendimiento sobre nutrición una vez entregada y explicada la cartilla nutricional.
- Esta evaluación se realizara para constatar que las madres estén aplicando lo enseñado en la cartilla nutricional y poder determinar si el porcentaje de niños con bajo peso en Chiquicha ha disminuido

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía:

- ARREGUI, Kléver. Manual de Pediatría. Guaranda – Ecuador Editorial Universitaria, 2008 , págs. 456-480.
- BEHRMAN, Richard, Robert M. KLIEGMAN, M.D., HAL B. Jenson. Tratado de Pediatría. Nueva Edición, Madrid – España, Editorial El Sevier, 2009, págs. 678-690.
- CRUZ, Manuel. Tratado De Pediatría. Volumen I. Última Edición, Barcelona – España, Editorial Oceano, 2007 , págs.585-599.
- GARCIA, Julio, y FIGUROA Juan. Práctica Anticonceptiva en adolescentes y jóvenes. México. Editorial Trillas, . 2008 . págs. 120-140.
- GOGNA, Mónica. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Madrid Editorial Publimed. 2010, pag 145.
- ICETA A. y YOLDI M.E. Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención primaria. Editorial Navarra, 2008. Vol.2 págs.265-278.
- IZQUIERDO, C. El mundo de los Adolescentes. México. Editorial Trillas, 2008. pág 78-86.
- JAMES, Leslie. Sexualidad Humana, 5ta Edición. México, Editorial Trillas especiales, 2008, págs.120-130.
- LEE, E. & MADE, P. Las relaciones sexuales y las adolescentes, Barcelona-España. Editorial Ateneo, 2009, págs.89-110.
- LOPEZ, L Quevedo, Vacunas en pediatría, tercera edición, editorial médica Panamericana pág.57-101. 2009
- Manual de enfermería océano Editorial Fuco. Edición 2da, pág. 293, 294. 2007
- MARTÍNEZ Martínez, “La salud del niño y del adolescente”, 4ta. Edición, Madrid – España. Editorial El Sevier, 2008, págs. 758-790.
- MENEGHELLO R.; Pediatría, Quinta Edición, Buenos Aires – Argentina. Editorial Médica Panamericana, Tomo I, 2007, págs. 248-259.

- MONDRAGÓN Castro, H. Ginecoobstetricia. 4ta. Edición México, Editorial Trillas especiales, 2009, pág 248-258/320-230.
- PEREZ, Crisólogo, SALEM, María Isabel, Embarazo en Adolescentes Saberes Significados y Consecuencias. Quito. Biblioteca Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador, 2008.
- SÁEZ, G. I. Sexualidad en la Adolescencia, 2a . Edi. Caracas de la OPS. 2008. pág 320-345.
- SILVA, Mónica. Sexualidad y Adolescencia. Chile. Ediciones UCCH. 2009. pág 158-180.
- TENORIO, Rodrigo, La cultura Sexual en los adolescentes, México editorial Quito, 2008. pág 120-125.
- TOMAS J. BIELSA A. Trastornos del comportamiento alimentario. México. Editorial El Manual Moderno, 2008.pág 60-70.
- TORO, Merlo J., UZCÁTEGUI O. Embarazo en la adolescente Vol. 1, Caracas, Venezuela. Edit. Ateproca, 2007. pág 90-100.

LINKOGRAFÍA

- BUESO, Lara Jaime Alberto, Test de Denver. [en línea].2008. [fecha de consulta: 12 de noviembre 2012]. Disponible en:<<http://www.uvm.edu/~cdci/pedilinks/pediatric/tools/pdqII.htm> WK Frankenburg & JB Dobbs Denver II Prescreening Developmental Questionnaire (PDQ-II)>
- CAÑAR, Cruz Eduardo; Responsable de Nutrición – Dirección Provincial de Salud de Pichincha. [en línea]. 2009. [fecha de consulta: 14 de noviembre 2012]. Disponible en: <<http://es.scribd.com/doc/41371156/Normas-Programas-Nutricionales-Sisvan-pann-pim-pean>>
- MSP. EDA [en línea].2008. [fecha de consulta: 18 de noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/verano/archivos/EDA_S.pdf. >
- FIRMAN, Guillermo Firman, [en línea]. 06-AGO-2007. [fecha de consulta: 19 de noviembre 2012]. Disponible en: <<http://www.intermedicina.com/Avances/Pediatria/APE33.htm>>
- URCROS, Rodríguez y Mejía Gaviria, Guías de pediatría práctica basadas evidencia, Segunda Edición, editorial medica panamericana, pág. 58-116. 2009. [en línea]. [fecha de consulta:15 de enero 2013]. Disponible en: <<http://books.google.com.ec/books?id=AdQCSR4tyvsC&printsec=frontcover&dq=manual+de+pediatria+2009&hl=es&sa=X&ei=JeKUUeq3JeTj0QHztIDICA&ved=0CEYQ6AEwBQ#v=onepage&q=manual%20de%20pediatria%202009&f=false>>
- OMS. Sistemas de Inmunización, [en línea]. (2008). [fecha de consulta:18 de enero 2013]. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre//index.html>>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA:

- SciELO Brasil: Correia, Divanise Suruagy, Santos, Layse Veloso de Amorim, Calheiros, Ascanio Marcos de Novais, Vieira, Maria Jésia. Adolescentes embarazadas: signos, síntomas, complicaciones y presencia de estrés. , Rev. Gaúcha Enferm. (Online) , 2011, vol.32, no.1, ISSN 1983-14472.
- SciELO Cuba: Crecimiento y desarrollo. , Cuad Hist Salud Pública , 2003, no.93, ISSN 0045-91782.
- SciELO Cuba: González Labrador, Ignacio, Miyar Pieiga, Emilia. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. , Rev Cubana Med Gen Integr , 2001, vol.17, no.4, ISSN 0864-21252.
- SciELO Salud Pública: El embarazo y uso de anticonceptivos en adolescentes. , Rev Panam Salud Publica, 1997, vol.1, no.4, ISSN 1020-49891.
- SciELO Cuba: Suárez Linares, Judith. Otra mirada al embarazo en la adolescencia. , Rev haban cienc méd , 2011, vol.10, no.1, ISSN 1729-519X2.

ANEXOS

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS ANALIZADAS EN EL CAPÍTULO IV

Preguntas Dirigidas Para Obtener Información Sobre Las Madres Adolescentes

Pregunta 1.- ¿A qué edad empezó la vida sexual activa de las madres adolescentes?

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 a 13 años		
14 a 16 años		
17 a 19 años		
TOTAL		

Pregunta 2.- ¿A qué edad se convirtió en madre la adolescente?

RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 a 13 años		
14 a 16 años		
17 a 19 años		
TOTAL		

Pregunta 3.- ¿Qué nivel de escolaridad tuvo la adolescente cuando fue madre?

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria Completa		
Primer A Tercer Curso		
Cuarto A Sexto Curso		
TOTAL		

Pregunta 4.- ¿Qué estado civil tiene la madre adolescente?

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera		
Casada		
Unión Estable		
TOTAL		

Pregunta 5.- ¿En qué trimestre del embarazo se encontraba la adolescente cuando asistió al primer control prenatal en el subcentro de salud de Chiquicha?

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primer Trimestre		
Segundo Trimestre		
Tercer Trimestre		
TOTAL		

Pregunta 6.- ¿Cuántos controles prenatales tuvo durante su embarazo la adolescente?

# DE CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1-3		
4-6		
>6		
TOTAL		

Pregunta 7.- ¿Cuántos ecos se realizó en su embarazo la adolescente?

# De Ecos	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno		
Uno a dos		
Tres a cuatro		
TOTAL		

Pregunta 8.- ¿Qué complicación tubo durante su embarazo la adolescente?

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección		
Hipertensión inducida por el embarazo		
Anemia		
TOTAL		

Pregunta 9.- ¿El parto de la adolescente fue por vía vaginal o cesárea?

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal		
Cesárea		
TOTAL		

Pregunta 10.- ¿El parto se dio en una institución de salud o en el domicilio?

LUGAR DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Domicilio		
Institución De Salud		
TOTAL		

Preguntas Dirigidas Para Obtener Información Sobre Los Hijos de madres adolescentes

Pregunta 1.- ¿Qué edad gestacional tenía el niño en el momento del parto?

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mayor de 37 semanas		
Menor de 37 semanas		
TOTAL		

Pregunta 2.- ¿El niño presentó alguna complicación neonatal?

COMPLICACIONES NEONATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ictericia		
Bajo peso		
Malformación congénita		
Ninguna		
TOTAL		

Pregunta 3.- ¿El niño presenta alteraciones en el peso o talla o perímetro cefálico?

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Peso		
Talla		
Perímetro Cefálico		
Ninguno		
TOTAL		

Pregunta 4.- ¿De acuerdo a su edad cuantos niños tienen el esquema de vacunación completo?

ESQUEMA DE VACUNACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Incompleto		
Completo		
TOTAL		

Pregunta 5.- ¿Cuál es el motivo de consulta médica más frecuente por la que los niños son llevados al subcentro de salud de Chiquicha?

PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IRA con Neumonía		
IRA sin Neumonía		
EDA		
TOTAL		

Pregunta 6.- ¿Qué tipo de alimentación recibió el niño exclusivamente hasta los 6 meses de edad?

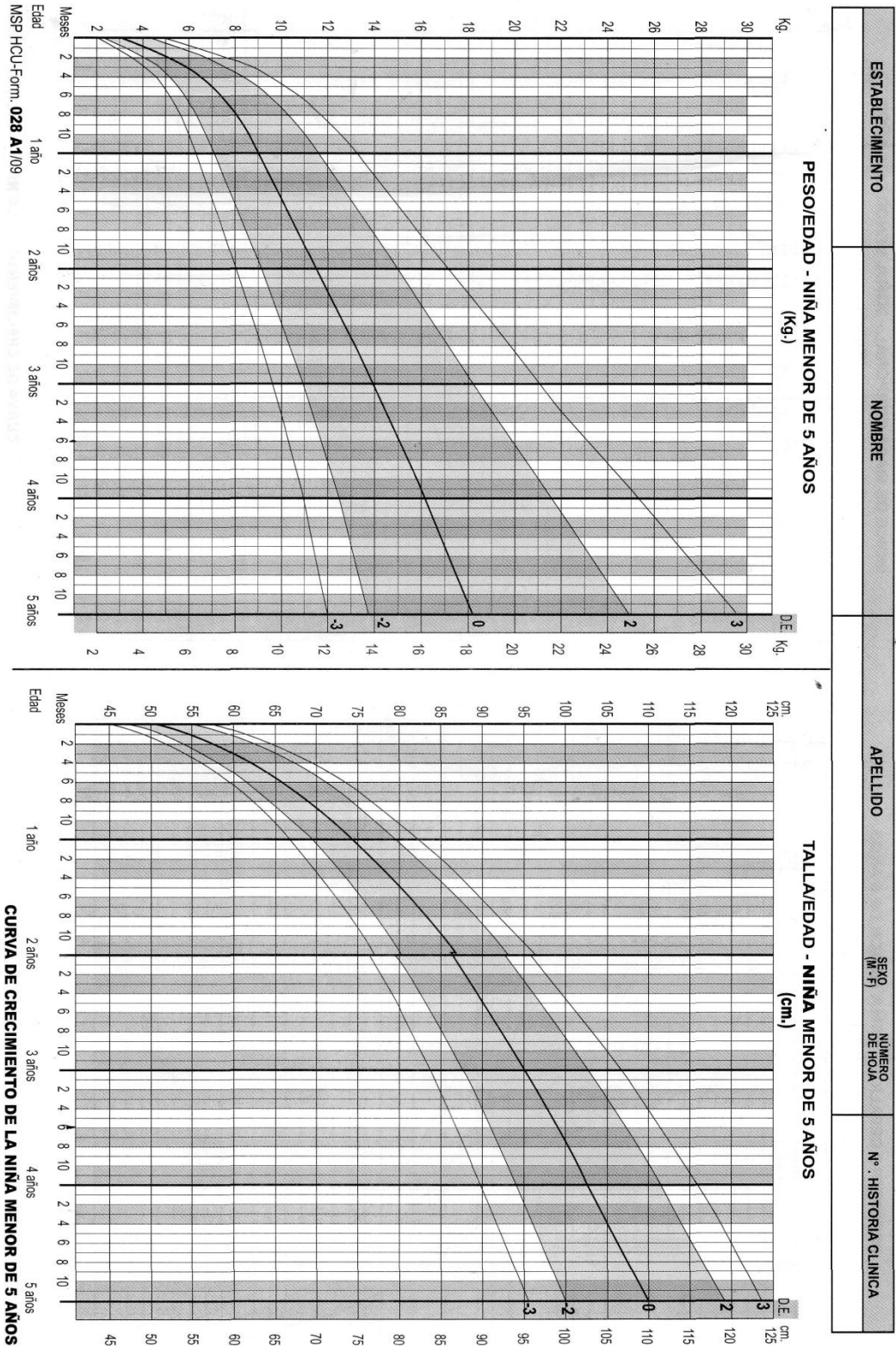
TIPO DE ALIMENTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leche Materna Exclusiva		
Leche Materna + Otras (leche de vaca, fórmula, coladas)		
TOTAL		

Pregunta 7.- ¿En qué parámetros del Test de Denver estos niños presentan alguna alteración?

PARÁMETROS DEL TEST DE DENVER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Personal – social		
El motor fino adaptativo		
El lenguaje		
El motor grueso		
Ninguno		
TOTAL		

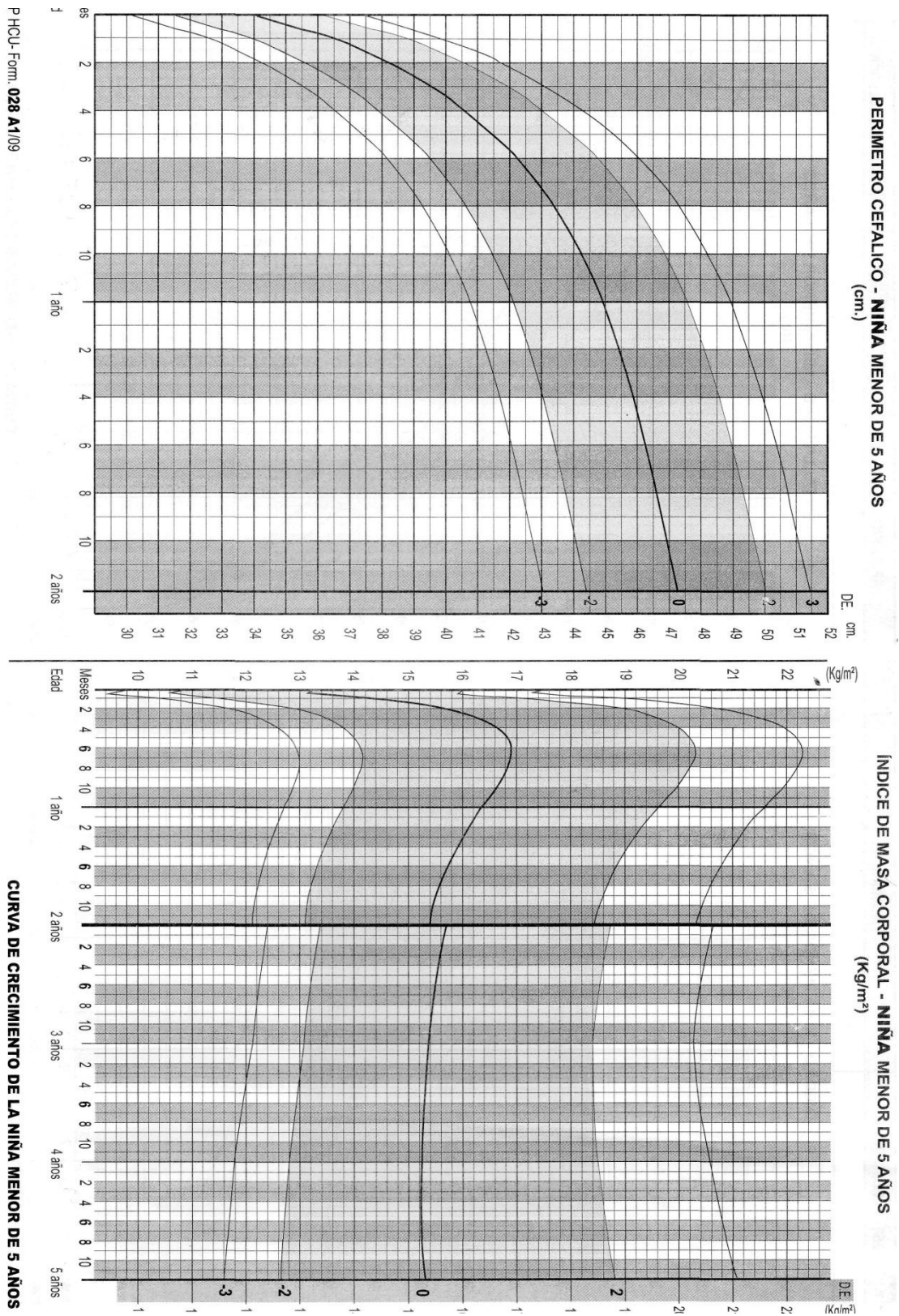
ANEXO N° 2

CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS



ANEXO Nº 3

CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS



ANEXO N° 4

TEST DE DENVER

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

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

EL "DENVER" EXAMEN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

