



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

IV 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 DE
LOS SUBCENTROS DE SALUD DE HUAPANTE Y SAN ANDRÉS DEL
CANTÓN PÍLLARO”**

Tesis previo a la obtención del Título de Licenciada en Enfermería

AUTORA:

Jiménez Vásquez Sara Patricia

TUTOR:

PSc. Sara Guadalupe Núñez.

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 LOS SUBCENTROS DE SALUD DE HUAPANTE Y SAN ANDRÉS DEL CANTÓN PILLARO” de Sara Patricia Jiménez Vásquez, 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 Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2013

LA TUTORA

PSc. Sara Guadalupe

Psicóloga Clínica

AUTORIA DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN

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 LOS SUBCENTROS DE SALUD DE HUAPANTE Y SAN ANDRÉS DEL CANTÓN PILLARO”**, 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

Sara Patricia Jiménez Vásquez

DERECHOS DEL AUTOR

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

Ambato, Abril del 2013

LA AUTORA

Sara Patricia Jiménez Vásquez

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del tribunal Examinador aprueba 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 LOS SUBCENTROS DE SALUD DE HUAPANTE Y SAN ANDRÉS DEL CANTÓN PILLARO”** de Sara Patricia Jiménez Vásquez estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Mayo del 2013

Para la constancia firman:

AGRADECIMIENTO

Siempre quedará en mi mente el recuerdo de mi querida Universidad, en donde recibí el saber y me enseñaron a temprar el alma para la vida, con el mayor respeto mi agradecimiento a todos y cada uno de los catedráticos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

De manera especial a mi Tutora de Tesis PSc. Sara Guadalupe, quien con ese don de maestra formadora de juventudes, me orientó y guió para la culminación del presente trabajo.

GRACIAS

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁGINAS
PÁGINAS PRELIMINARES	
TÍTULO O PORTADA.....	I
PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
PÁGINA DE AUTORIA DE TESIS.....	III
PÁGINA DE DERECHOS DE AUTOR.....	IV
PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	VII
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.....	XII
RESUMEN EJECUTIVO.....	XIV
SUMARY.....	XV
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Tema.....	3
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.2.1. Contextualización.....	3
1.2.2. Análisis crítico.....	7
1.2.3. Prognosis.....	8
1.2.4. Formulación del problema.....	8
1.2.5. Preguntas directrices.....	8
1.2.6. Delimitación del problema.....	9

1.3. Justificación.....	9
1.4. Objetivos.....	11
1.4.1 Objetivo general.....	11
1.4.2. Objetivos específicos.....	11

CAPITULO I I: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos.....	12
2.2. Fundamentación filosófica.....	15
2.3. Fundamentación legal.....	15
2.4. Categorías fundamentales.....	18
Madres Adolescentes.....	19
La adolescencia.....	19
Etapas de la adolescencia.....	20
Cambios morfo-fisiológicos.....	21
Cambios psicológicos.....	25
Sexualidad en adolescentes.....	27
Factores.....	28
Derechos sexuales.....	28
Embarazo adolescente.....	30
Factores predisponentes y determinantes.....	33
Consecuencias del embarazo y maternidad adolescente.....	35
Complicaciones en el parto.....	38
Crecimiento y Desarrollo.....	39

Salud infantil.....	39
Niñez.....	39
Entorno familiar.....	40
Etapas de la niñez.....	40
Control del niño.....	41
Crecimiento.....	41
Medidas antropométricas.....	42
Peso.....	43
Talla.....	43
Peso para la talla.....	44
Perímetro cefálico.....	46
Inmunizaciones.....	46
Nutrición.....	48
Desarrollo.....	52
Test de Aldrich y Norvan.....	59
Test de Barrera – Moncada.....	59
Test de Denver.....	60
Alteraciones en el crecimiento y desarrollo.....	61
2.5. Planteamiento de hipótesis.....	65
2.6. Variables de la hipótesis.....	66

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Enfoque.....	67
3.2. Modalidad básica de la investigación.....	67
3.3. Nivel o tipo de investigación.....	67
3.4. Población y muestra	68
3.5. Operacionalización de variables.....	69
3.6. Técnicas e instrumentos.....	71
3.7. Plan de recolección de información.....	71
3.8. Plan de procesamiento de la información.....	72

CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de fichas de observación dirigidas a las madres adolescentes.....	73
4.2. Análisis e interpretación de fichas de observación dirigidas a los niños hijos de madres adolescentes.....	81
4.3. Verificación de hipótesis.....	89

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.....	90
5.2. Recomendaciones.....	91

CAPITULO VI: PROPUESTA

6.1 Datos informativos.....	92
-----------------------------	----

6.2. Antecedentes de la propuesta.....	93
6.3. Justificación.....	94
6.4. Objetivos.....	95
6.5. Análisis de factibilidad.....	96
6.6. Fundamentación científico-técnico.....	96
6.7. Plan operativo.....	101
6.8. Administración de la propuesta.....	105
6.9. Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta.....	106
BIBLIOGRAFÍA.....	107
ANEXOS.....	111
Anexo 1. Fichas de observación dirigidas a las madres adolescentes.....	112
Anexo 2. Fichas de observación dirigidas a los hijos de madres adolescente....	113
Anexo 3. Gráficas de Peso/Edad de niños y niñas menores de 5 años.....	114
Anexo 4. Gráfica de Talla/Edad de niños y niñas menores de 5 años.....	114
Anexo 5. Gráfica del Perímetro cefálico de niños y niñas hasta 5 años.....	115
Anexo 6. Esquema de inmunizaciones.....	116
Anexo 7. Test de Aldrich y Norvan.....	117
Anexo 8. Test de Barrera-Moncada.....	117
Anexo 9. Test de Denver.....	118
Anexo 10. Tríptico sobre lactancia materna.....	119
Anexo 11. Tríptico sobre alimentación complementaria.....	121

Índice de Gráficos	Página
Gráfico N° 1: Red de Inclusiones Conceptuales.....	18
Gráfico N° 2: Grupo etéreo al convertirse en madre adolescente.....	73
Gráfico N° 3: Inicio de las Relaciones sexuales.....	74
Gráfico N° 4: Estado civil de madres adolescentes.....	75
Gráfico N° 5: Nivel de Educación.....	76
Gráfico N° 6: Edad gestacional al 1° control.....	77
Gráfico N° 7: Número de controles prenatales.....	78
Gráfico N° 8: Complicaciones durante el embarazo.....	79
Gráfico N° 9: Tipo de parto.....	80
Gráfico N° 10: Relación Peso/Edad.....	81
Gráfico N° 11: Relación Talla/Edad.....	82
Gráfico N° 12: Relación Perímetro cefálico/Edad.....	83
Gráfico N° 13: Lactancia materna exclusiva.....	84
Gráfico N° 14: Esquema de vacunación.....	85
Gráfico N° 15: Valoración del Test de Denver.....	86
Gráfico N° 16: Alteraciones fisiológicas de los niños.....	87

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1: Hitos del desarrollo psicomotriz.....	58
Cuadro N° 2: Opeacionalización Variable Independiente.....	69
Cuadro N° 3: Operacionalización Variable Dependiente.....	70

Cuadro N° 4: Plan de recolección de información.....	71
Cuadro N° 5: Grupo etéreo al convertirse en madre adolescentes.....	73
Cuadro N° 6: Inicio de las relaciones sexuales.....	74
Cuadro N° 7: Estado Civil de madres adolescentes.....	75
Cuadro N° 8: Nivel de educación.....	76
Cuadro N° 9: Edad gestacional al 1° control.....	77
Cuadro N°10: Número de controles prenatales.....	78
Cuadro N°11: Complicaciones durante el embarazo.....	79
Cuadro N° 12: Tipo de parto.....	80
Cuadro N° 13: Relación Peso/Edad.....	81
Cuadro N° 14: Relación Talla/Edad.....	82
Cuadro N° 15: Relación Perímetro cefálico/Edad.....	83
Cuadro N° 16: Lactancia materna exclusiva.....	84
Cuadro N° 17: Esquema de vacunación.....	85
Cuadro N° 18: Valoración del Test de Denver.....	86
Cuadro N° 19: Alteraciones fisiológicas de los niños.....	87
Cuadro N° 20: Frecuencias observadas.....	88
Cuadro N° 21: Frecuencias esperadas.....	88
Cuadro N° 22: Aplicación del CH2.....	88
Cuadro N° 23: Costos de la aplicación de la propuesta.....	93
Cuadro N° 24: Plan operativo de la propuesta.....	101
Cuadro N° 25: Administración de la propuesta.....	105

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

**“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACION CON EL CRECIMIENTO
Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES EN LOS
SUBCENTROS DE SALUD DE HUAPANTE Y SAN ANDRÉS DEL
CANTÓN PÍLLARO”**

Autora: Sara Patricia Jiménez Vásquez
Tutora: PSc. Sara Guadalupe Núñez
Fecha: Abril del 2013

RESUMEN

La maternidad adolescente constituye un verdadero problema debido al alto índice de madres adolescentes existentes en la población, convirtiéndose en un tema relevante dentro del ámbito social y de la salud pública por las graves consecuencias que acarrea un embarazo y una maternidad a esta edad, y de la influencia que esto tiene en la salud del niño hijo de madre adolescente.

El principal objetivo de la presente investigación es establecer de qué manera influye el ser Madre Adolescente con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad que son atendidos en los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés.

Se trata de una investigación mixta, tanto de campo como bibliográfica, pues se investigará a los hijos de madres adolescentes en su entorno, pudiendo observar la realidad de su situación, sus condiciones de vida y de manera especial alteraciones que pudieran presentar en cuanto a su crecimiento y desarrollo. Al mismo tiempo se profundizará en el aspecto teórico basándose en criterios científicos de varios autores y de acuerdo a los estándares utilizados por el Ministerio de Salud Pública para valorar a los niños.

Los datos fueron recolectados mediante fichas de observación dirigidas a las madres adolescentes y a sus hijos. Aplicando los instrumentos de recolección de información se encontró que existen 24 niños y 24 madres adolescentes pertenecientes en su mayoría a la etapa de adolescencia tardía.

En cuanto a los niños se ha determinado que 2 de ellos presentan alteraciones en la relación Peso/Edad y uno registra alteraciones en cuanto a la Talla/Edad, mientras que en las valoraciones de las medidas antropométricas restantes todas se encuentran en el rango normal.

**PALABRAS CLAVES: EMBARAZO, MADRES_ADOLESCENTES,
SALUD_PÚBLICA, DESARROLLO, MEDIDAS_ANTROPOMÉTRICAS.**

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
AUTHORIZE SCIENCES OF THE HEALTH
CAREER OF INFIRMARY

**“ADOLESCENT MOTHERS AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE
GROWTH AND DEVELOPMENT OF THE BOY OF 0 TO 2 YEARS 6
MONTHS IN THE CENTERS OF HEALTH OF HUAPANTE AND SAN
ANDRÉS OF THE PÍLLARO CITY”**

Author: Sara Patricia Jiménez Vásconez

Tutor: PSc. Sara Guadalupe Núñez

It Dates: April 2013

SUMMARY

The adolescent maternity constitutes a true problem due to the high index of existent adolescent mothers in the population, becoming an outstanding topic inside the social environment and of the public health for the serious consequences that it carries a pregnancy and a maternity to this age, and of the influence that this has in the boy's son of adolescent mother health.

The main objective of the present investigation is to settle down the being Adolescent Mother influences with the growth and the boy's development from 0 to 2 years 6 months of age that are assisted in the centers of Health of Huapante and San Andrés of what way.

It is a mixed investigation, so much of field as bibliographical, because it will be investigated the children of adolescent mothers in their environment, being able to observe the reality of their situation, their conditions of life and in way special alterations that you/they could present as for their growth and development. At the same time it will be deepened in the theoretical aspect being based on several authors' scientific approaches and according to the standards used by the Ministry of Public Health to value the children.

The data were gathered by means of managed observation records to the adolescent mothers and their children. Applying the instruments of gathering of information was found that 24 children and 24 belonging adolescent mothers exist in their majority to the stage of late adolescence.

As for the children it has been determined that 2 of them present alterations in the relationship weight/age and one registers alterations as for the carves/age, while in the valuations of the measures remaining all are in the normal range.

**PASSWORDS: PREGNANCY, ADOLESCENT_MOTHERS, PUBLIC_HEALTH,
DEVELOPMENT.**

INTRODUCCIÓN

La presente investigación está dirigida a los hijos de Madres Adolescentes con el propósito de evaluar la relación que existe entre ser madre adolescente y las alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses.

El embarazo y la maternidad en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública muy grave y preocupante, provocando gran impacto a nivel social debido a que la adolescente por su corta edad, inmadurez física y psicológica no está lo suficientemente preparada para brindar los cuidados necesarios al nuevo ser.

Debido a la maternidad adolescente se puede evidenciar consecuencias a nivel familiar, económico y social. La madre adolescente pierde la oportunidad de continuar con sus estudios, lo que aumenta el círculo de la pobreza y de maltrato tanto físico como psicológico por parte de sus parejas, familiares y demás personas de su entorno.

De igual manera las consecuencias para sus hijos son preocupantes, ya que el ser hijo de madre adolescente se convierte en un factor de riesgo muy alto para el niño, quien puede nacer y presentar a lo largo de su vida problemas especialmente en su crecimiento y desarrollo, lo cual lo afectaría tanto físico como intelectualmente

El trabajo investigativo se ha distribuido en seis capítulos los mismos que constan de:

CAPÍTULO I: En este capítulo se da a conocer la problemática de las adolescentes embarazadas a nivel de Sudamérica, el Ecuador, provincia de Tungurahua y los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés, el impacto hacia la sociedad y la importancia del estudio investigativo, esto nos llevo a definir la prognosis y los objetivos con los que se trabajo.

CAPÍTULO II: En este capítulo se da a conocer los diferentes estudios científicos desglosados del tema, los cuales sirvieron de base para la investigación, se habla también de la investigación filosófica, legal en donde se ha

citado artículos dados por la Constitución de la República que amparan a los adolescentes y a la niñez, se realiza también el desarrollo de cada una de las variables en donde se habla sobre la madre adolescente y el crecimiento y desarrollo del niño, finalmente se plantea la hipótesis con el señalamiento de las respectivas variables.

CAPÍTULO III: En este capítulo se expone el tipo de investigación, modalidad, población y muestra, operacionalización de las variables en donde se da a conocer las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de la información.

CAPÍTULO IV: Se encuentra el análisis e interpretación de resultados obtenidos mediante fichas de observación aplicadas a las madres adolescentes y sus hijos, así como cuadros y gráficos y la posterior comprobación de hipótesis.

CAPITULO V: Este capítulo contempla las conclusiones y recomendaciones que se dan en base a los resultados obtenidos del análisis y la interpretación de resultados del capítulo IV.

Capítulo VI: Una vez culminado el trabajo investigativo se da a conocer la propuesta en base a soluciones con el fin de disminuir el número de embarazos en adolescentes y mejorar el estilo de vida de los niños hijos de madres adolescentes.

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 de edad de los subcentros de salud de Huapante y San Andrés del cantón Píllaro desde el 23 de Junio al 23 de Diciembre del 2012”

1.2. Planteamiento del Problema

1.2.1. Contextualización

Macro

En **América Latina** y en los países subdesarrollados la aparición de un gran número de madres adolescentes se ha convertido en un problema social ya que sus altos índices van en aumento de una manera exorbitante, convirtiéndose en un problema grave y muy preocupante, esta situación conlleva a que el desarrollo social de estos países se vea cada vez más lento.

Según proyecciones y estimaciones vigentes en la CEPAL/CELADE, América Latina y el Caribe cuentan con una población de 107 millones de personas entre 10 y 19 años, es decir, que 1 de cada 5 habitantes de la región es un adolescente.

Las cifras de madres adolescentes en Sudamérica son alarmantes ya que a nivel mundial solo se ven superadas por África, siendo aun más preocupante su incidencia al aumento sobre todo en las poblaciones más pobres de la región.

Este fenómeno social se ve influenciado por varios factores como son el nivel socioeconómico, la falta de control y de comunicación por parte de los padres y principalmente por el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales en adolescentes los mismos que por estar en una etapa de confusión y cambios tanto físicos como psicológicos no miden las consecuencias de tener relaciones sexuales

tempranas y no son conscientes de la importancia de utilizar algún tipo de métodos anticonceptivos ya que según Maximiliano Sbarbi Onusa (08.11.2009) menos del 10% utilizan algún anticonceptivo en su primera relación sexual.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas el país con más alta incidencia de madres adolescentes de Sudamérica es Venezuela en donde de los 591303 partos ocurridos en el 2010, 130 888 fueron de menores de 19 años y 7 778 de madres menores de 15 años, es decir casi 21% del total.

El segundo país en la lista de los más altos índices de Madres Adolescentes de América Latina es el Ecuador, donde más del 17% de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres. Seguidos por Argentina, donde el 15,6% de los nacidos vivos son hijos de madres adolescentes.

Con la situación actual del **Ecuador** y en base a los porcentajes obtenidos anteriormente podemos darnos cuenta de la grave situación por la que atraviesa el país, ya que del total de la población existente en el Ecuador cerca de dos millones y medio son adolescentes entre 10 y 19 años, lo que representa un 20 %.

Según el Estudio de la Comisión de Equidad Social General del Municipio de Quito 1 de cada 5 embarazos corresponden a adolescentes que en un 80% inician su vida sexual antes de los 15 años.

“En el Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años que no tiene ningún tipo de educación o solo han cursado el nivel básico ya son madres o están embarazadas. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación con el 43%, frente a un 11% de adolescentes que tienen secundaria completa o niveles educativos más altos”. Esto según datos de la encuestadora ENDEMAIN para Ecuador.

Contextualización Meso

La Provincia de Tungurahua tiene una población total de 522 462 habitantes, de los cuales 100 334 son adolescentes entre 10 a 19 años. Del total de la población el 51% pertenece a la zona rural.

Según la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, el 8% de la Población existente en esta provincia, pertenecen a madres adolescentes o en periodo de gestación. De este grupo de adolescentes su gran mayoría todavía dependen económicamente de sus padres.

Píllaro es un cantón con una población de 42 925 habitantes cuya principal actividad económica proviene de la ganadería y la agricultura. Esto nos puede dar una visión general del nivel económico, social y cultural de la región, en donde el nivel de educación de los habitantes no es muy alto lo cual nos da como consecuencia un matrimonio o un embarazo precoz en adolescentes.

Los problemas de salud de las Madres Adolescentes son muy elevados y riesgosos, ya que por los escasos controles médicos debido al bajo nivel económico, a su cultura o a las condiciones extramatrimoniales de las adolescentes, no se puede dar un tratamiento oportuno llegando a sufrir problemas tales como anemia, preclampsia, hipertensión y complicaciones al momento del parto, poniendo en riesgo la vida de la madre adolescente como la de su hijo.

Estas condiciones aumentan los índices de morbimortalidad, ya que según estadísticas 16.4 de cada 1000 hijos de mujeres menores de 15 años murieron, en comparación al 6.8 de cada 1000 hijos de mujeres de todas las edades.

Además hay que tener en cuenta los problemas de salud que presentan los hijos de madres adolescentes en su gran mayoría, los cuales se ven claramente reflejados con las alteraciones y retrasos que presentan tanto en su crecimiento antropométrico como en su desarrollo psicomotor.

Contextualización Micro

San Andrés es una parroquia rural perteneciente al cantón Píllaro, dentro de esta parroquia se hallan los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés los cuales van a ser los lugares destinados para la presente investigación.

El Subcentro de Salud de Huapante posee una población de 2.491 habitantes, se halla a una distancia de 12 Km del centro de la ciudad, es decir aproximadamente a unos 30 minutos.

El Subcentro de Salud de San Andrés tiene una población total de 4.896 habitantes, localizada a 2 Km, es decir aproximadamente a 10 minutos del centro de la ciudad. Esto según el Sistema Común de Información del MSP en el proyecto de población por cantones y parroquias del 2010

La parroquia que acoge a estos dos subcentros de salud posee una población dedicada mayoritariamente a la agricultura y la ganadería, el nivel educativo de sus habitantes llega en su gran mayoría a la Educación Básica o secundaria, siendo muy pocas las personas que alcanzan una educación superior o a obtener un título profesional, lo que conlleva a una maternidad temprana, sufriendo problemas de salud tanto físicos como psicológicos que acarrea tener un embarazo durante la adolescencia.

Debido a su actividad laboral sus ingresos económicos no son muy rentables, provocando como consecuencia problemas de salud para la embarazada adolescente, en especial la mala alimentación y la deficiencia nutricional, influyendo negativamente en el desarrollo normal del niño

Por las largas jornadas laborales a las que se ven expuestas no les queda tiempo para acudir a los Subcentros de Salud a realizarse controles periódicos. Agravando aún más los problemas que se presentan en esta etapa tanto para la madre como para el niño, quien de no ser tratado oportunamente se puede ver afectado seriamente para el resto de su vida tanto en su crecimiento antropométrico como en su desarrollo psicomotriz.

1.2.2. Análisis Crítico

La inmadurez de las madres adolescentes está basada en varios factores que influyen directamente con el crecimiento y desarrollo de los niños. Entre los principales factores se encuentran la curiosidad propia de las adolescentes, la cual se ve alimentada por los medios de comunicación excedidos de imágenes eróticas o relacionadas especialmente con el sexo, además de la presión ejercida por su pareja y la información inadecuada que obtienen las adolescentes de sus amistades y su entorno.

La falta de comunicación con la adolescente determina como consecuencia que ella no tenga la orientación adecuada por parte de algún ente de mayor edad y experiencia, siendo un factor provocado principalmente por la falta de afecto y la ausencia de los padres dado por sus largas jornadas laborales y la emigración fuera de sus ciudades de origen o incluso del país, restándoles mucho tiempo para una interrelación con sus hijas

En cuanto al crecimiento antropométrico de los niños, este se encuentra estrechamente ligado al aporte nutricional que estos tengan. De acuerdo a la investigación de la población en estudio se determina que existe un deficiente aporte nutricional provocado por los pocos o nulos ingresos económicos de la madre adolescente y el bajo nivel económico de sus familias.

Además, teniendo en cuenta el bajo nivel de escolaridad de las madres existe gran desconocimiento acerca de los nutrientes básicos y sobre los alimentos que lo contienen, es muy difícil lograr una alimentación balanceada y por ende un óptimo aporte nutricional.

La inexperiencia, el poco interés demostrado hacia el cuidado de los niños por parte de las madres adolescentes o las largas jornadas laborales que se ven obligadas a llevar, provoca que se dé en su gran mayoría una inasistencia a los subcentros de salud para los controles del niño, impidiendo que el personal de salud y en especial el personal de enfermería pueda valorar e intervenir

oportunamente en el crecimiento y desarrollo del hijo de madre adolescente, pudiendo de esta manera mejorar la calidad de vida del infante.

Es por ello prioritario que quienes están en el área de salud, fomenten un acercamiento directo con esta población, tendiente a prevenir nuevos embarazos, fomentar la paternidad responsable y educar a la nueva madre a fin de mejorar la calidad de vida del niño y garantizar un mejor crecimiento y desarrollo

1.2.3. Prognosis

De no realizarse una intervención pronta y oportuna en la madre adolescente y su niño, se tendrá por resultado lamentables consecuencias como: que el niño, hijo de madre adolescente pueda presentar alteraciones irreversibles en su salud integral, tanto en el desarrollo evolutivo, afectivo, familiar, psicomotriz, y sobre todo en el crecimiento, donde su peso y su talla pueden presentarse fuera del rango normal, además de su gran carencia nutricional y un deficiente sistema inmunológico, lo que conllevará a aumentar enormemente la probabilidad de morbimortalidad del infante.

1.2.4. Formulación del Problema

¿De qué manera influye el ser madre adolescente con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses?

1.2.5. Preguntas Directrices

- ¿Cuántas madres adolescentes de 10 a 19 años son atendidas en los Subcentros de salud de Huapante y San Andrés?
- ¿Qué alteraciones existe en las medidas antropométricas, el test de Denver y el esquema de vacunación?
- ¿Cómo afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento antropométrico, el desarrollo según el test de Denver y el incumplimiento del esquema de vacunación?

- ¿Qué actividades se podrían desarrollar para disminuir el porcentaje de madres adolescentes y contrarrestar en parte la alteración del crecimiento antropométrico y el desarrollo psicomotriz del niño?

1.2.6. Delimitación del Problema

Delimitación de contenido

- *Campo:* Enfermería
- *Área:* Salud Pública
- *Aspecto:* Relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y el desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses

Delimitación temporal

- La investigación comprenderá desde el 23 de Junio hasta el 23 de Diciembre del 2012

Delimitación espacial

- Ésta investigación se llevará a cabo en la Provincia de Tungurahua, Cantón Píllaro, Parroquia San Andrés, en los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés, pertenecientes al Área de Salud N° 6

1.3. Justificación

La Salud Pública es la ciencia que protege y mejora la salud de las comunidades a través de la educación, promoción de estilos de vida saludables, y la investigación para prevenir enfermedades y lesiones. La salud pública incluye la aplicación de muchas disciplinas distintas y del trabajo integral y coordinado del equipo de salud. Es por esta razón que a esta investigación se la ha catalogado como prioritaria en el orden social, educativo, preventivo y curativo.

El **interés** de realizar la presente investigación está basado en el alto índice de madres adolescentes que se presentan en la población, convirtiéndose en un tema

relevante dentro del ámbito social y de la salud pública por las graves consecuencias que acarrea un embarazo y una maternidad a esta edad, y de la influencia que esto tiene en la salud del niño hijo de madre adolescente.

Este tema tiene gran **importancia** ya que nos va a ayudar a promocionar la salud y a prevenir las alteraciones tanto físicas como psicológicas que presentan las madres adolescentes y sus hijos, además de reducir los altos índices de embarazos en adolescentes

El tema de investigación es **novedoso** por el hecho de poder integrar a las madres adolescentes, a sus familias, a la comunidad, al equipo de salud y a las autoridades del Cantón, quienes podrán informarse de la situación actual de su parroquia y poder intervenir en bien de las madres adolescentes, de sus hijos y de sus familias.

Esta investigación nos será muy **útil**, ya que podremos beneficiar a un gran sector de la población como son las embarazadas y madres adolescentes, sus hijos, sus familias y por ende a toda la comunidad.

El **impacto** que se trata es de provocar con esta investigación está enfocado hacia lo social donde se generarán nuevas alternativas de atención hacia las madres adolescentes, sus hijos y su familia.

Con la ayuda de las autoridades cantonales y de salud trataremos de crear diversas opciones de capacitación laboral y futuros trabajos para las madres; una atención integral de salud, capacitación nutricional y cuidado de los niños, además de una guía o ayuda especialmente psicológica para las madres y toda su familia, logrando con esto una integración con las personas de su entorno y una disminución de casos de adolescentes embarazadas en la comunidad.

El estudio es **factible** ya que contamos con el recurso humano del cual se forma parte como investigadora, además del aporte de diferentes autoridades del cantón y del equipo de salud, especialmente del personal de enfermería ya que son los profesionales quienes más conocen e interactúan con la población, además de su gran vinculación y participación de los planes y programas implementados por el Ministerio de Salud.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Investigar de qué manera influye el ser Madre Adolescente con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés del Cantón Píllaro durante el periodo Junio 23 hasta Diciembre 23 del 2012

1.4.2. Objetivos Específicos

- Cuantificar a las madres adolescentes de 10 a 19 años que son atendidas en los subcentros de salud de Huapante y San Andrés
- Determinar de qué manera afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento antropométrico, el desarrollo según el test de Denver y el incumplimiento del esquema de vacunación
- Desarrollar talleres de capacitación que contribuyan a mermar el porcentaje de Madres Adolescentes y contrarrestar en parte las alteraciones del crecimiento antropométrico y el desarrollo psicomotriz del niño

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

En la investigación realizada por Andrade Valencia María Italia con la tutoría de Pesse Karen en el año 2009 "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 1 en el año 2009". Subcentro ubicado en la segunda etapa de la Cooperativa Obrero Independiente, sector urbano marginal de la ciudad de Quito.

Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, correlacional y no experimental, mediante la aplicación una entrevista semiestructurada.

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. 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.

Con esta investigación nos podemos dar cuenta que en la mayoría de las adolescentes existe un gran desconocimiento sobre los temas relacionados con la sexualidad, métodos anticonceptivos y cuidado de sus niños, además de ser de un nivel socioeconómico bajo y con poca escolaridad. Estos datos nos pueden ser de gran utilidad ya que nos permitirán comparar a madres adolescentes de diferentes sectores.

La investigación elaborada por Guachamín Avalos Juan José en el año 2010 titulada "Embarazo en la Adolescencia y sus Complicaciones Clínico-Quirúrgicas Hospital Provincial General de Latacunga. Septiembre 2009- Marzo 2010" concluyó que:

De 2400 eventos obstétricos, 415 fueron embarazos en adolescentes determinando un 17,29%; el 92% son nulíparas; el 72% tenían secundaria completa. El 43% corresponde a las edades de 17 a 18 años; El 94% nivel socio-económico regular; el 61% proviene del sector urbano; el 83% recibió un tratamiento clínico (parto eutócico).

Complicaciones obstétricas, aborto incompleto 19%, y desproporción cefalopélvica 19%, amenaza de parto prematuro 12%, y presentación fetal distócica 12%; preclampsia 8%, expulsivo prolongado 5%, aborto diferido 4%, embarazo ectópico 3% y mortalidad fetal 3%; hipertensión inducida por el embarazo 2%; eclampsia 1%. En esta investigación se puede descubrir los datos exactos sobre los principales problemas que atraviesan las adolescentes embarazadas durante el periodo del parto.

La propuesta de comunicación integral planteada por Diana Carolina Vásconez Cáceres para la prevención de los embarazos adolescentes en la educación media: Caso aplicativo en el colegio Técnico Jacinto Jijón Caamaño del cantón Rumiñahui de la provincia de Pichincha da a conocer que en el proyecto hubo un aporte franco del criterio y deseo tanto de los jóvenes como de los padres de abarcar temas relacionados a la prevención.

Tomando en consideración las ventajas y desventajas como una motivación especial para que dichos jóvenes puedan cumplir su etapa adolescente sin los problemas y responsabilidades de un adulto, señalándoles la posibilidad de elegir un mejor porvenir y concientizando en ellos nuestro slogan "TODO A SU TIEMPO".

Podemos darnos cuenta que la problemática de las embarazos y la maternidad en adolescentes no es exclusivamente del sector a investigarse en este trabajo, sino mas bien es un problema a nivel de país y de Sudamérica.

En cuanto a las investigaciones realizadas de nuestra variable dependiente por Stephanie Foley Silva en el 2006 está: “Efectos de factores socio-económico-culturales maternos y número de controles en el primer año de vida sobre talla y peso de niños en el dispensario central del IESS desde Enero 2004 hasta Enero 2006”

Se encontró que no existió ningún caso de bajo peso al nacer. Sin embargo, en el control de 12 meses, el 26.4% de los niños tuvieron pesos por debajo del percentil 5. Las tallas de los casos femeninos fueron adecuadas al año, comparado con 11.5% de los casos masculinos con tallas inferiores al percentil 5. Con los dos parámetros anteriores, se considera una desnutrición crónica. Se encontraron correlaciones estadísticas moderadas al cruzar el peso del recién nacido con instrucción materna y talla al año con número de partos maternos.

Esta investigación permite darnos cuenta de cómo afecta el entorno en el que se desarrolla en niño, con su estado nutricional, además de ser el género masculino el más afectado en cuanto a su talla.

Otro trabajo realizado por Estrada Gaibor Eugenia María en el 2010, fue la Evaluación del Estado Nutricional en Niños Menores de Cinco Años de los Centros de Desarrollo Integral de la Ciudad de Riobamba Mediante las Curvas de Crecimiento de la OMS 1977 y 2010.

Aplicada a 130 niños, se evaluaron peso/edad; talla/edad y peso/talla. El indicador TALLA/EDAD con el 62% normal, baja talla 37%. El indicador PESO/TALLA en percentiles dan valores de normalidad de 93%, riesgo de sobrepeso 3%, sobrepeso 2%, y emaciación 0.7% Se concluye que las dos curvas se ajustan a los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS hasta los 5 años. Esta investigación nos da a conocer la importancia de la valoración de las medidas antropométricas y la relación con el estado de salud y nutricional de los niños.

2.2. Fundamentación Filosófica

La investigación se enmarca dentro del paradigma Crítico - Propositivo.

Crítico porque los problemas parten de situaciones reales y tienen por objeto transformar esa realidad en pro del mejoramiento de los grupos o individuos implicados en ellas. Por tanto, los problemas de Investigación arrancan de la acción. En este caso se analizará la realidad de la madre adolescente y las alteraciones del niño en proceso de crecimiento y desarrollo en su contexto.

Y Propositivo porque busca plantear soluciones al problema investigado.

2.3. Fundamentación Legal

La investigación se ampara en el código de la niñez y adolescencia, en el que nos da a conocer:

Art. 25.- Atención al Embarazo y 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.

En el contexto de la situación de la SSR de la adolescencia, el Organismo Regional Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), mediante la Resolución de la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina-REMSAA XXVIII/000 de 30 de marzo de 2007 resolvió:

Reconocer las consecuencias del embarazo no planificado en adolescentes como un problema de Salud Pública dentro de la Subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral.

De acuerdo al mandato de los Ministros de Salud del Área Andina emitido durante la XXVIII REMSAA, en la que solicitan conformar el Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y elaborar,

con apoyo del UNFPA, el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Creándose gracias a este mandato El Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, el cual fortalecerá las acciones nacionales, teniendo en cuenta la magnitud y las preocupantes tendencias que presenta el embarazo en adolescentes y otros indicadores asociados a la Salud Sexual y Reproductiva de este grupo etario; así como identificar los determinantes sociales y el impacto que estos tienen en la salud y en los procesos de desarrollo humano individual y social.

El embarazo adolescente es a la vez causa y consecuencia de las desigualdades que persisten en la Subregión Andina y se relaciona directamente con la falta de oportunidades para el ejercicio de los derechos y para el desarrollo educativo y laboral.

En el Ecuador mediante Acuerdo Ministerial del 23 de Septiembre de 2005 se establece al 26 de Septiembre de cada año como el “Día de la Prevención del Embarazo en Adolescentes”, en el Plan Decenal de Desarrollo y en la Agenda Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010, se propone “Reducir en 25% el embarazo adolescente al 2010”.

Según la Carta Magna dispone:

Art. 47.- "En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferencial y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad"

Art. 48.- El principio del interés superior de los niños y la obligación del estado, la sociedad y la familia de promover el desarrollo integral de los niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos.

Según el plan Nacional Decenal de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia:

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

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

Según el artículo 45 de la Constitución de la república del Ecuador, dispone que los niños, niñas y adolescentes tengan derecho a la salud integral y nutrición, a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social, a tener una familia y a disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria.

Según el Acuerdo N° 089 del Ministerio de Educación y Cultura dispone:

Art. 3.- Recordar a las autoridades y establecimientos educativos la vigencia del acuerdo ministerial N°. 403, de 10 de agosto del 2006, que obliga la implementación del Programa de Educación Sexual para los y las estudiantes, maestros y padres de familia bajo parámetros de calidad y respeto.

2.4 Categorías Fundamentales

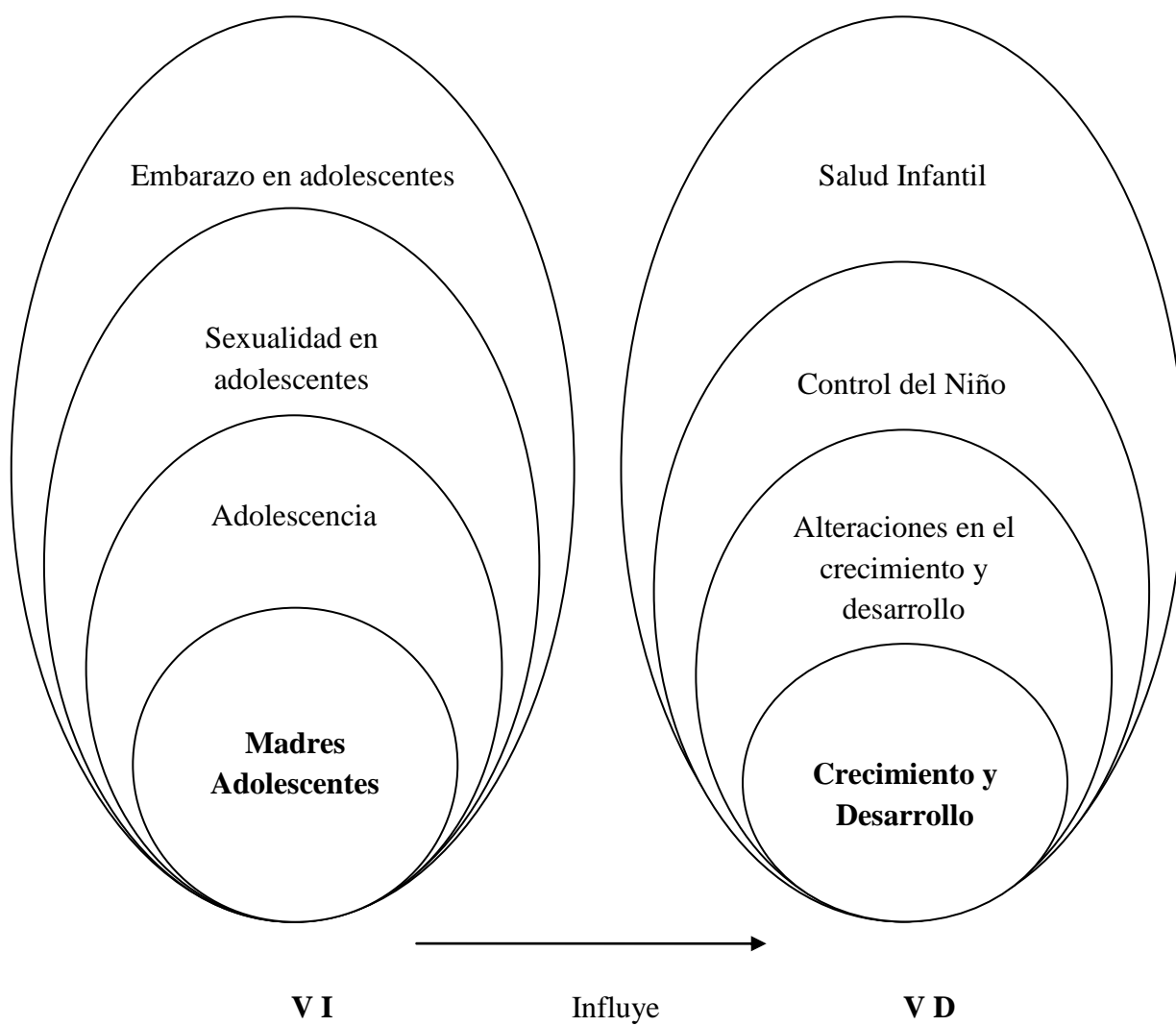


Gráfico N° 1: Red de Inclusiones Conceptuales

Fuente: Madres Adolescentes
Autora: Sara Jiménez

Para comprender de una mejor manera la gran problemática que lleva consigo nuestra variable independiente que en este caso las madres adolescentes, debemos ampliar nuestro conocimiento sobre varios aspectos dentro de los cuales tenemos a la adolescencia, la sexualidad en adolescentes y el embarazo adolescente, parámetros que nos ayudarán a entender la base del problema.

MADRES ADOLESCENTES

Se llama madre adolescente a quien ha tenido un embarazo entre los 10 a 19 años de edad, constituyendo un hecho biopsicosocial muy importante, ya que conlleva a una serie de cambios y alteraciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, provocando problemas de salud a corto y largo plazo. Esto nos da como resultado altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

LA ADOLESCENCIA

Abarca desde los 10 a los 19 años. Según la OMS se define 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”* Organización Mundial de la Salud (OMS). http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

Esta transición es un acontecimiento universal, ya que todos los seres humanos que llegamos a la edad adulta pasamos por ese periodo de cambios biológicos y psicológicos que señalan el fin de la infancia. Los cambios biológicos son los que aparecen más pronto y también los más notables, se basa en el rápido desarrollo fisiológico, alteraciones en las proporciones del cuerpo, el desarrollo de los senos en las niñas, el cambio de voz en ambos sexos, la menarquía o llegada de la menstruación en las niñas y la espermatogénesis o el comienzo de la capacidad de eyacular semen en los hombres, además de una serie de cambios hormonales, que conducen a alcanzar la capacidad reproductora.

Esta etapa se la considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud, pero desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el

adolescente es en muchos aspectos, un caso especial, por lo que es importante conocer las características de propias de esta etapa, con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes

Etapas de la adolescencia

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

- Adolescencia Temprana
- Adolescencia Media
- Adolescencia Tardía

1. – Adolescencia Temprana

Esta etapa concierne las edades de entre 10 a 13 años de edad.

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía.

Psicológicamente el adolescente comienza con la adquisición de nuevas amistades, básicamente de su mismo sexo y edad; además se pierde interés por los padres y se rechaza el exceso de control y sobreprotección

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

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

2. – Adolescencia Media

Abarca desde los 14 a los 16 años de edad. 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. Se la considera como la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Existe mucha preocupación por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados por la moda.

3. – Adolescencia Tardía

Inicia a los 17 años y termina a los 19.

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; prestan mayor importancia a las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Cambios morfo -fisiológicos

Todos los cambios tanto morfológicos como fisiológicos que tienen lugar durante la adolescencia están regulados por mecanismos en cuyo centro se encuentra el sistema nervioso y el endocrino u hormonal. El hecho más destacado de su estimulación es el incremento de la síntesis y secreción de hormonas sexuales, como la testosterona en los varones y los estrógenos y progesterona en las mujeres, cuyos efectos provocan los siguientes cambios:

Los caracteres sexuales secundarios en la mujer son la aparición o cambios en: El aumento de estatura, es decir, se da el llamado “estirón”, el desarrollo mamario, vello púbico, aumento y ensanchamiento de la pelvis o cadera, cambios de voz y del aspecto de la piel

Estos cambios femeninos se dan por la hormona estimulante de folículo que se produce en la hipófisis, la cual estimula los ovarios para que produzcan los estrógenos por el torrente sanguíneo a las mamas, en donde se estimulan su crecimiento. Así mismo se estimulan las caderas y la región glútea.

La primera evidencia se constituye a partir del cambio de las glándulas mamarias. El área pigmentada que rodea los pezones llamada areola, crece y las mamas empiezan a aumentar de volumen como resultado del desarrollo de los conductos en la zona del pezón y el aumento del tejido adiposo, conectivo y de los vasos sanguíneos.

Los estándares de desarrollo puberal según la clasificación de Tanner es la siguiente:

Desarrollo Mamario Femenino

ESTADIO 1

- Mamas infantiles.



ESTADIO 2

- Brote mamario.
- Aréolas y pezones sobresalen como un cono.
- Edad: Entre 8,9 a 13,2 años, con un promedio de 11 años



ESTADIO 3

- Elevación de mama y areola en un mismo plano.



ESTADIO 4

- Areola y pezón forman una segunda elevación
- Edad: Entre 10,8 a 15,3 años.



ESTADIO 5

- Desarrollo mamario total.
- Edad: Entre 11,8 a 18,8 años



Conforme continúa el crecimiento del tejido mamario, el contorno del cuerpo femenino se redondea de manera gradual, haciendo que la cintura se afine y la cadera se ensanche, además que existe el aumento de la producción de grasa de las glándulas de producción de sudor las cuales causan el acné.

Las glándulas suprarrenales, en la mujer producen pequeñas cantidades de andrógenos u hormonas sexuales masculinas que estimulan el crecimiento del vello axilar y púbico, el mismo que es suave y casi incoloro, tanto en la axila como en el pubis. El vello púbico engrosa, se ondula y se oscurece después.

El desarrollo del vello púbico femenino según Tanner es el siguiente:

ESTADIO 1

- Vello infantil.



ESTADIO 2

- Vello escaso en los labios

Edad: Entre 9,5 a 13,7 años.



ESTADIO 3

- Vello púbico rizado y oscuro.

- Edad: Entre 10,1 a 14,5 años.



ESTADIO 4

- Vello de tipo adulto, pero cubre menor área.

- Edad: Entre 10,8 a 15,8 años.



ESTADIO 5

- Vello adulto, extensión a cara interna de muslos

- Edad: Entre 12,1 a 16,6 años.



Otros cambios internos en el área genital femenina son:

El monte de Venus, se vuelve prominente, los labios mayores se desarrollan y se hacen más carnosos y esconden el resto de la vulva. Los estrógenos también dan lugar al crecimiento de los órganos sexuales pélvicos externos, incluyendo el desarrollo de los labios y el clítoris.

La Menarquía

Dos años después del crecimiento del vello y mamas, llega la menarquía o primera menstruación, se toma como un referente que marca la conversión de niña a mujer. Se produce gracias a la interacción de las hormonas del hipotálamo y la pituitaria, en el cerebro que interaccionan con las producidas en los ovarios y estas a su vez interaccionan con el revestimiento del útero.

Según Katchadourian, el ciclo menstrual está dividido por fases. La primera se la conoce como “proliferativa” o “preovulatoria”. Esta fase dura unos 14 días en un ciclo menstrual de 28. En esta etapa aumenta la producción de estrógenos ováricos, los cuales son causantes del nuevo crecimiento del endometrio y posteriormente la maduración de uno de los folículos ováricos.

La cantidad de líquido dentro del folículo en maduración aumenta de manera continua durante la fase proliferativa y en última instancia el folículo se rompe y el ovulo maduro se expulsa hacia la trompa de Falopio. Este proceso es la “ovulación”, que ocurre alrededor de los 14 días antes de la menstruación.

El periodo después de la ovulación se llama fase “secretora” o “postovulacion” del ciclo menstrual. La hipófisis, respondiendo estimula mayores niveles de estrógenos en la corriente sanguínea elabora mas hormona Luteinizante (HL) que viaja por el torrente circulatorio al folículo ovárico recién roto y estimula a las células restantes del folículo para que se desarrollen en una estructura glandular microscópica llamado “cuerpo amarillo”.

La fase final del ciclo menstrual es la llamada menstruación que es el desprendimiento del endometrio a través del cuello y la vagina, provocando el

descenso en el nivel de los estrógenos al final del ciclo. Así se expulsan sesenta mililitros de sangre, que equipara a dos onzas. Dicho sangrado en general es de tres a siete días. Los estrógenos estimulan de modo específico el crecimiento de la vagina y del útero. La pared muscular de este se agranda y también se desarrolla su epitelio glandular.

De esta manera entre los 13 ó 14 años las adolescentes han adquirido casi el cuerpo que tendrá de adultas.

Cambios Psicológicos

A la adolescencia se la considera como una etapa de seguimiento de la infancia ya que un adolescente no es un fragmento aislado, ni podemos bloquear las experiencias vividas durante etapas anteriores, este atraviesa por una serie de transformaciones sin perder nunca su propia individualidad. La forma en que cada niño aborde su adolescencia dependerá de su proceso psicológico anterior.

Dentro de los cambios psíquicos que surgen durante la adolescencia el individuo se ve amenazado por una serie de tensiones debido a la reaparición de sus deseos instintivos reprimidos, que van a producirle una gran angustia. Es común en los adolescentes los cambios drásticos de humor y comportamiento ya que de una total indiferencia y frialdad pueden pasar rápidamente a establecer relaciones de amistad, sacrificio o amor muy apasionado, igualmente pasar de un comportamiento ascético a una actitud de entrega a cualquier tipo de sensación que les produzca placer.

En relación con el impulso sexual, durante la adolescencia se producen un conjunto de cambios, ya que al inicio de este periodo se registra un aumento cuantitativo de los impulsos. En esta época se reactivan los instintos que componían la sexualidad infantil, reafirmandose una serie de conductas agresivo sexuales propias de los primeros años de vida del niño.

Los cambios psicológicos ocurridos en la preadolescencia se basan en una imperiosa necesidad de satisfacer sus deseos, además de un comportamiento

caracterizado por la avidez, la crueldad, la falta de higiene y una desconsideración general.

Con el objetivo de controlar sus impulsos el adolescente tratará de mantenerse alerta y consumir parte de su energía en luchar por el control de sus impulsos y la liberación de estos. Ello explica sus cambios de carácter y las dificultades para predecir el rumbo que seguirá su comportamiento que puede mostrarse rígido y lleno de inhibiciones o entregado sin medida a satisfacer todas sus necesidades.

Los adolescentes afrontan una amplia gama de requerimientos psicosociales como la independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual. Pero a la vez que el adolescente se enfrenta con dificultades concernientes a su evolución debe aprender el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo como manejar su actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor y asimilando los necesarios conocimientos para impedir que se produzca un embarazo no deseado.

Por otro lado, la adolescencia también es una etapa de hallazgo y eclosión; una época en que la maduración intelectual y emocional corre paralela con el desarrollo físico y genera una libertad y un creciente apasionamiento vital.

Características que diferencian a la adolescente de la mujer adulta

La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado. No tiene tiempo para pensar en la responsabilidad que conlleva el iniciar una vida sexual y de la importancia de la utilización de métodos anticonceptivos. No comprende la importancia de los estudios, interpretándolos como obligación y muchas veces como un castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y como va a repercutir en su vida futura.

La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo.

Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos, lo que puede poner en riesgo a la adolescente y a su hijo.

SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

Es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.

La sexualidad se vivencia y se expresa a través de los pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre.

La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Con la pubertad se completa la madurez de los órganos sexuales, pudiendo conseguirse la acción completa de la sexualidad. Con esta madurez alcanzada el objetivo va a ser la satisfacción dada por el orgasmo, ya sea alcanzado mediante la masturbación o las relaciones interpersonales. Este objetivo se alcanzará atravesando varios factores, como son las ganas ya que si la relación es forzada no se alcanzará la satisfacción, las condiciones adecuadas ya que cada persona tiene una concepción de cuándo es oportuna, posible y atractiva.

La sexualidad es percibida por la humanidad bajo puntos de vista diferentes. En ocasiones es una actividad pecaminosa, en otras se exalta como lo más importante de la vida. En nuestra sociedad la sexualidad es aceptada de acuerdo al grupo de

edad ya que es algo restrictiva y no bien vista en los adolescentes por el hecho de considerarlos inmaduros e irresponsables para practicar la sexualidad.

Factores influyentes en el inicio precoz de la sexualidad

Los factores que contribuyen en el inicio precoz de la sexualidad son:

- Curiosidad y ganas de explorar
- Desconocimiento sobre reproducción y sexualidad
- Una comunicación deficiente o mala con los padres
- Familias disfuncionales
- Ser hijos de madres adolescentes

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Derechos Sexuales

La sexualidad es parte integral de la personalidad de todo ser humano, especialmente en la adolescencia. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, placer, ternura y amor.

Los derechos sexuales están basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Y dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico, pues es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los adolescentes y las sociedades, los derechos sexuales deben ser reconocidos, respetados, ejercidos, promovidos y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios.

Según la Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, Valencia, España. Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de

Sexología, expone los siguientes derechos sexuales que tienen los adolescentes y toda la sociedad:

- * Derecho a la libertad sexual: establece la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos y excluye toda forma de restricción, explotación y abuso sexual en cualquier etapa y situación de la vida.
- * Derecho a la autonomía, a la integridad y a la seguridad sexual del cuerpo incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual en un contexto de ética personal y social; están incluidas también la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación o violencia de cualquier tipo.
- * Derecho a la privacidad sexual legítima, las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no interfieran con los derechos sexuales de otros.
- * Derecho a la igualdad sexual: se opone a cualquier forma de discriminación relacionada con el sexo, género, preferencia sexual, edad, clase social, grupo étnico, religión o limitación física o mental.
- * Derecho al placer sexual: prerrogativa al disfrute y goce sexual (incluyendo el autoerotismo), fuente de bienestar físico, intelectual y espiritual.
- * Derecho a la expresión sexual emocional: abarca más allá del placer erótico o los actos sexuales y reconoce la facultad a manifestar la sexualidad a través de la expresión emocional y afectiva como el cariño, la ternura y el amor.
- * Derecho a la libre asociación sexual: permite la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse o de establecer cualquier otro tipo de asociación sexual responsable.
- * Derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables: comprende el derecho a decidir tener hijos o no, el número y el tiempo a transcurrir entre cada uno, y el acceso pleno a los métodos para regular la fecundidad.
- * Derecho a la información sexual basada en el conocimiento científico: demanda que la información sexual sea generada a través de procesos científicos y éticos, que sea difundida de forma apropiada y que llegue a todas las capas sociales.

- * Derecho a la educación sexual integral: solicita la impartición de la educación sexual durante toda la extensión de la vida, desde el nacimiento hasta la vejez, y exhorta a la participación de todas las instituciones sociales.
- * Derecho a la atención de la salud sexual: conlleva la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones, enfermedades y trastornos sexuales.

EMBARAZO ADOLESCENTE

Según la OMS se define como: *“El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Volumen 87. 2009. www.hospitalitaliano.org.ar/personas/index.

También se lo reconoce como embarazo precoz, en relación a que se presenta antes de que los padres hayan alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la procreación; esto según la Organización Panamericana de la Salud.

La proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad de evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento por lo que el embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

A excepción de las parejas adolescentes que han planificado formar una familia y tener un hijo, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática.

El Dr. Juan R. Issler, en su Artículo Embarazo en la Adolescencia, considera que: El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, por lo que dependerá en gran

magnitud el tipo de sociedad en la que se desarrollen las adolescentes. La clasificación de las sociedades humanas se da de la siguiente manera:

a. – Sociedad Represiva: Niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

b. – Sociedad Restrictiva: Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

c. – Sociedad Permisiva: Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales tales como la homosexualidad. Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d. – Sociedad Alentadora: Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Esto nos permite darnos cuenta que las actitudes sexuales de los adolescentes está regida por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial.

Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes

La maternidad es un rol de la edad adulta, pero cuando ocurre en un periodo en el que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol como es la adolescencia, este proceso se perturba en diferente grado, por lo que las madres adolescentes pertenecen a los sectores sociales más desprotegidos.

Se ven obligadas asumir responsabilidades impropias de esta etapa de su vida y viéndose privadas de actividades propias de su edad, lo que provoca una confusión de su rol dentro del grupo cuando deberían asumir su propia identidad. También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto.

Por la confusión que se crea con el sexo masculino, por temor a perder lo que creen tener, por no verse solas, o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos laborales, de uso del tiempo libre, o de estudio; con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección, buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

Actitudes hacia la maternidad

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 no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

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 y no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres.

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.

En resumen, 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.

Debido a la inmadurez e irresponsabilidad propia de los adolescentes, provoca que el padre adolescente se desligue de su rol de padre y que sus hijos pasen a ser criados y orientados solo por la madre adolescente

Factores Predisponentes y Determinantes

El conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, nos va a permite detectar a las jóvenes en riesgo, ayudándonos a tomar medidas preventivas.

A. – Factores Predisponentes:

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

2. – Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: Cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

3. – Familia Disfuncional: Donde existe ausencia de uno o los dos padres o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo entre los padres e 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, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo, lo que no ocurre con las adolescentes de bajo nivel educativo ya que su única aspiración es llegar a formar una familia

6.– Migraciones Recientes: Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo o por motivo de estudios superiores, llegando a una disfunción familiar y un descontrol por parte de sus padres, dando lugar en muchas ocasiones al libertinaje y una vida sexual irresponsable

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 no se embarazarán 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.

B. – Factores Determinantes

- Relaciones Sin Anticoncepción
- Abuso Sexual
- Violación

Consecuencias del Embarazo y maternidad adolescente

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad en la segunda década de la vida.

Consecuencias psicosociales

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce las probabilidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su

elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

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

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

Consecuencias Biológicas

Las consecuencias biológicas y los riesgos obstétricos que pueden producirse durante el embarazo en las adolescentes, dependen de la etapa del embarazo en la que se encuentre, por lo cual se los ha agrupado en trimestres.

Primer Trimestre

Trastornos Digestivos

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada, o por el deseo de no engordar.

Metrorragias

Ocurre en un 16,9% de las adolescentes, en relación a un 5,7% en adultas.

Abortos Espontáneos

Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

Embarazos Extrauterinos

Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas

B. – Segundo y tercer trimestre

Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel sociocultural y económico. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes a comparación de un 3,97% en las embarazadas adultas.

En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Relacionando de una manera muy estrecha la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

Infecciones Urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

Amenaza de Parto Pretérmino

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas.

Hipertensión Arterial Gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del tercer mundo puede alcanzar un 18,2% de pre eclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.

Parto Prematuro

Es más frecuente en las adolescentes, con una diferencia de alrededor una semana menos respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades tanto nutritivas, médicas, sociales y psicológicas.

Crecimiento Intrauterino Retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas como la malnutrición o por alguna complicación médica o toxemia. El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

Complicaciones en el parto

Debido a la inmadurez fisiológica de una madre adolescente, durante el parto se puede presentar varias complicaciones para las cuales es imprescindible la asistencia médica para preservar la salud e incluso la vida tanto de la madre como del niño. Entre las complicaciones más frecuentes tenemos:

Desproporciones Cefalopélvicas: Cuando el canal pélvico es demasiado estrecho o el feto demasiado grande, afectando gravemente la salud del feto ya que altera negativamente sus constantes vitales, especialmente su ritmo cardiaco y frecuencia respiratoria debido al esfuerzo que acarrea el proceso de parto, por lo que es necesario recurrir a cesáreas de emergencia

Parto prolongado: Debido principalmente a un mal manejo de la respiración, el pujo o contracciones anormales o una mal posición fetal, si el parto se prolonga durante demasiado tiempo existe un verdadero riesgo tanto para la madre como para el feto, así que se debe recurrir a la cesárea

Presentaciones Fetales Distólicas

Las presentaciones de nalgas afectan del 1,9% al 10% de los hijos de madres adolescentes.

Tipo De Parto

En las embarazadas adolescentes es más frecuente el parto por cesárea, dado principalmente por una desproporción cefalopélvica.

Alumbramiento

Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HIJO DE MADRE ADOLESCENTE

Otra de las variables presentes en la investigación es el crecimiento antropométrico y el desarrollo de los hijos de madres adolescentes evaluado según los test de Aldrich y Norval, Barreras - Moncada y el test de Denver. Además del estado nutricional y la influencia del esquema de vacunación, el cual también trataremos en esta investigación.

Salud Infantil

A la salud infantil se la puede definir como un conjunto de actividades enfocadas a atender a una de las poblaciones más vulnerable como son los infantes, sin dejar a un lado el bienestar familiar y el entorno donde el niño se desarrolla, promocionando y promoviendo la salud, previniendo enfermedades, curando y rehabilitando.

Niñez

Representa una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño y niña. A la niñez se la considera como una de las etapas más vulnerables del crecimiento puesto que es la etapa en la que se muestra gran dependencia, motivo por el cual requieren especial protección.

En esta fase se forman las capacidades y condiciones esenciales para la vida, la mayor parte del cerebro y sus conexiones. El amor y la estimulación intelectual permiten a los niños y niñas desarrollar la seguridad y autoestima necesarias. Para ello su entorno y las condiciones de vida de la madre son fundamentales.

Entorno Familiar

Para lograr un desarrollo integral de los niños es necesario no solo enfatizar en los aspectos físicos o intelectuales, sino también incursionar en un el ámbito emocional. Un medio o herramienta fundamental es la comunicación, que solo pueden utilizar los seres humanos por medio de signos orales y escritos que poseen un significado.

La comunicación es el envío y la recepción de un mensaje, el cual es entendible gracias al lenguaje, herramienta que sólo los seres humanos podemos utilizar. La familia forma parte esencial en el desarrollo del niño y el adolescente ya que desde muy temprana edad necesita la orientación de los padres en especial durante su etapa de aprendizaje.

La comunicación familiar con los infantes ayudará a guiarlos y enseñarles la realidad de forma comprensiva ayudándolos a comprender que la etapa por la que está pasando no es fácil y necesita una voz de comprensión.

A pesar de ser difícil es importante informar a los padres, madres o familiares con quienes viven las adolescentes para que mediante la guía a la madre se ayudará en el crecimiento y desarrollo biopsicosocial del niño.

Etapas de la niñez

Postnatal:

- Perinatal: Nacimiento a 48 horas.
- Neonatal: 48h. a 28 días.

Primera infancia:

- 2º a 12º mes (lactancia).
- 13 a 24 meses (destete).

Segunda infancia:

- de 3-6 años.

Tercera infancia:

- de 7 años a la pubertad.

Control del niño

Se lo realiza en etapas de acuerdo a la edad del niño, independientemente de si se encuentra enfermo o no, con la finalidad de valorar el crecimiento del niño.

Primer control: Después de los 7 y 10 días de nacido.

Segundo control: Al mes de nacido.

Siguientes controles: En periodos de un mes hasta cumplir 1 año de nacido.

Después del año: Controles cada 2 o 3 meses hasta los dos años.

A partir de los 2 años: Control cada 6 meses.

Actividades que incluye el control del niño sano

- Entrevista con los padres
- Evaluación del desarrollo psicomotor
- Antropometría
- Examen físico
- Evaluación del estado nutritivo
- Evaluación de visión – audición
- Entrega de contenidos educativos sobre alimentación, higiene, vestuario, estimulación desarrollo psicomotor, prevención de accidentes y otros
- Vacunación

Crecimiento

El crecimiento se define como el aumento en el número de células de un organismo, lo que conlleva al aumento de tamaño. Es medible y cuantificable. El crecimiento se consigue por una doble acción: un aumento en el tamaño de las células del cuerpo, y un aumento en su número real.

Tanto el crecimiento como la división celular dependen de la capacidad de las mismas para asimilar los nutrientes que encuentran en el ambiente en que se desarrollan, además de ser un factor hereditario.

El crecimiento no puede seguir manteniendo los valores tan elevados del primer año de vida. De hecho el crecimiento de un individuo sufre cambios previsibles a lo largo de la vida. Un modelo predeterminado de crecimiento puede considerarse en ocho etapas como son la prenatal, la infancia, la niñez, la pubertad, la adolescencia, la juventud, la adultez y la senectud, siendo durante la infancia, niñez y adolescencia donde se alcanzan los niveles de crecimiento más altos.

Medidas Antropométricas

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.

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. En el ámbito de poblaciones constituye un elemento valioso para la toma de decisiones en cuestiones de salud pública

Las diversas medidas que es posible obtener para evaluar el tamaño, proporciones y composición corporal son: el peso, la longitud, las circunferencias, los pliegues cutáneos y los diámetros.

La obtención de estas medidas nos van a permitir comparar a los niños con sus pares y descubrir aquellos niños que se encuentran en riesgo, además de permitirnos evaluar a través de intervalos de tiempo la evolución de los niños en cuanto a su crecimiento y a su edad.

Peso

Es el parámetro encargado de medir la masa corporal total y es una variable sujeta a poco margen de error con el empleo de técnicas y el equipo adecuados. Es un

parámetro muy importante y de gran utilidad y sensibilidad, especialmente en lactantes y la primera infancia para estimar el estado nutricional y de salud en general.

Permite vigilar el estado de nutrición del niño 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.

Comparada con el peso ideal para la edad, se continúa usando para el diagnóstico de desnutrición cuando existe un déficit mayor al 10% y obesidad cuando hay exceso de 20%.

Esta medida, sin lugar a dudas la más empleada, se obtiene en los menores de dos años en decúbito y después de esta edad en la posición de pie. Ocasionalmente se requiere, entre los 2 y 3 años, que el niño sea cargado por un colaborador cuyo peso se resta del total encontrado. El peso se registrara en Kg.

Talla

Es la medición del crecimiento longitudinal del niño. Es un parámetro muy sensible a las alteraciones agudas y crónicas en el aporte de nutrientes

Parámetros

- En los primeros 3 meses de vida aumenta 9 cm de talla
- Crece 7cm de los 3-6 meses
- Aumenta 5cm de los 6 – 9 meses
- Aumenta 3 – 4cm de los 9 – 12 meses.

La técnica a utilizarse para realizar la medición es la siguiente:

Para medir al niño/a menor de dos años, en decúbito dorsal, se utiliza el paidómetro o el infantómetro y se requiere de dos personas, una de ellas sujeta la cabeza del niño/a en decúbito dorsal contra el plano fijo, la persona que realiza la

medición sostiene las rodillas y aplica la escuadra móvil a la planta de los pies manteniéndolo en ángulo recto.

Al niño/a mayor de dos años se le mide de pie, se utiliza el tallímetro de pedestal o una cinta métrica pegada a la pared, se verifica los puntos de contacto (talón, nalgas, hombro y nuca). La talla se registra en centímetros en los formularios respectivos

Peso para la Talla

Esta relación permite identificar un compromiso reciente del crecimiento que afecta únicamente la ganancia de peso pero aun no afecta el crecimiento en longitud, a diferencia del peso/edad que puede deberse tanto a un problema reciente como antiguo.

La medición del peso y la talla para la edad, y el peso para la talla, constituyen los parámetros más fieles para evaluar crecimiento y estado nutricional del niño. En los menores de dos años, que no ha sido un recién nacido pretérmino ni tiene una talla anormal baja por razones genéticas, el peso para la edad refleja mejor el estado nutricional, ya que el deterioro ponderal puede determinar precozmente la reducción de la velocidad de crecimiento de la talla, y el parámetro peso para la talla se compromete en menor grado.

En el preescolar y escolar en cambio, tiene mayor valor en la evaluación nutricional el parámetro talla para la edad asociado a la evaluación del peso para la talla, siendo este último más sensible a alteraciones agudas en el aporte de nutrientes, mientras que el compromiso de la talla es mejor reflejo de alteraciones nutricionales crónicas.

Además de la medición de los valores actuales de la antropometría en el niño resulta especialmente valiosa la evaluación de la curva y velocidad de incremento de estos parámetros en el tiempo, ya que por ejemplo una desaceleración de la talla de etiología nutricional será habitualmente precedida por menor incremento o bajo de peso.

La principal alteración en cuanto al peso y la talla es la Desnutrición calórico - proteica, la cual se produce por una nutrición deficiente crónica, donde predomina especialmente el déficit calórico y cantidad insuficiente de todos los nutrientes.

En su grado extremo, el marasmo aparece como una gran emaciación, piel de viejo, deficiente capacidad de concentración renal, problemas con la homeostasis hidroelectrolítica y ácido-base, lo que favorece la deshidratación frente a cualquier aumento de las pérdidas especialmente diarrea y vómito.

El marasmo nutricional no se asocia en forma importante a la anemia ni a otras carencias, excepto en su periodo de recuperación, en que pueden manifestarse carencias de hierro, zinc, vitamina D, entre otros.

La desnutrición calórico proteica grave prolongada durante los primeros dos años de vida puede alterar el desarrollo neurológico del individuo, aunque en realidad es la deprivación socio-afectiva, que se la asocia con gran frecuencia, tiene el impacto mayor en este aspecto.

La desnutrición Proteica en países de tercer mundo se produce en relación al destete, en situaciones de extrema miseria. En un paciente menor de dos años que ingresa con desnutrición proteica debe sospecharse siempre una enfermedad celiaca descompensada, aún si no hay claros antecedentes de diarrea crónica. A este se le debe considerar un paciente de alto riesgo.

Índice de Masa Corporal

Propuesto por Quetelet en 1869, se calcula como peso en kilogramos dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado (P/T²). Su incremento se debe a exceso de peso o talla corta, habiéndose demostrado recientemente su relación con la grasa corporal, por lo que es válida como medida de obesidad o desnutrición para niños y adolescentes.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso Kg}}{(\text{Talla en m})^2}$$

Perímetro Cefálico

Se obtienen con la ayuda de una cinta métrica, es conveniente controlarla periódicamente con una regla rígida y cambiarla cada vez que sea necesario.

El perímetro cefálico representa la máxima circunferencia del cráneo en un plano horizontal que pasa por encima de las cejas y la prominencia occipital. Aporta información valiosa en relación al desarrollo del cerebro, especialmente en los primeros tres años de vida, durante los cuales alcanza el 80% de su peso definitivo; a los 6 años llega al 93%; de 7 a 18 años aumenta sólo 4 cm. y después de los 18 años prácticamente ya no aumenta más. Su relación con el perímetro torácico es un buen elemento para la detección de microcefalia o hidrocefalia.

Parámetros de crecimiento del perímetro cefálico

- Nace: 33 cm.
- 1° Trimestre: 2 cm. por mes= 39 cm.
- 2° Trimestre: 1 cm. por mes= 42 cm.
- 7° al 12° mes: ½ cm. por mes= 45 cm
- Del 1° al 2° año: 3 cm.= 48 cm
- Del 2° al 5° año: 2cm. = 50 cm

Inmunizaciones

El sistema inmunológico en relación de un organismo con su entorno es la capacidad de desarrollar mecanismos que le permiten protegerse del ataque de agentes patógenos dañinos.

El sistema inmunológico es capaz de identificar y eliminar a los patógenos, que pueden ser desde virus hasta parásitos, sino que tienen la facultad de diferenciarlos de las células y los tejidos normales para no llegar a autodestruirse en el proceso de defensa

Respuesta inmune

Si las barreras inmunológicas no son suficientes y el patógeno penetra al cuerpo, se desencadena en el organismo una respuesta inmune. Entre dos tipos de respuesta inmune: la innata y la adaptativa

Inmunidad innata

Es la primera respuesta del sistema inmunológico cuando un patógeno penetra al organismo. Esta inmunidad da una respuesta inmediata pero no es específica, es decir, que también se ven afectadas células propias del organismo.

Inmunidad adaptada

Cuando el sistema inmunológico innato no es suficiente defensa contra un patógeno, entra a funcionar el sistema inmunológico adaptativo que desencadena una respuesta específica ante los antígenos. Un antígeno es una molécula que no es parte del organismo sino del patógeno y es reconocida como una molécula extraña. A este nivel, la respuesta está a cargo de otro grupo de leucocitos llamados linfocitos.

La vacunación

Consiste en introducir un antígeno de un patógeno para estimular la producción de anticuerpos específicos contra ese patógeno, sin causar la enfermedad. Las vacunas son preparadas con gérmenes muertos o debilitados con la intención de prevenir enfermedades infecciosas y se administran por vía oral o inyección.

Cuando el organismo se pone en contacto con bacterias o virus verdaderos, la vacuna evita que causen trastornos. Los anticuerpos permanecen en el organismo por muchos años, evitando así contraer enfermedades.

El desarrollo de vacunas ha permitido la erradicación de enfermedades contagiosas de alta mortalidad. La vacuna es un tipo de inmunización artificial que se recomienda utilizar en toda la población, por lo que las entidades responsables de la salud tienen varios programas de vacunación.

Nutrición

Es un conjunto de procesos que tienen como finalidad transformar y utilizar los nutrientes para obtener energía, así como para mantener y reparar los tejidos.

Gracias a la nutrición se logra la energía necesaria para realizar las numerosas reacciones químicas que constituyen el metabolismo, y la materia necesaria para construir y reparar los tejidos

La nutrición es un proceso involuntario que comprende la absorción y las transformaciones que experimentan los nutrientes para convertirse en sustancias químicas sencillas. Sin embargo la nutrición no sería posible si no fuese por la ingesta de alimentos. La alimentación es un proceso voluntario y consciente mediante el cual el ser humano lleva a cabo la ingestión de alimentos ricos en materia orgánica e inorgánica.

Los nutrientes son sustancias químicas que componen los alimentos. Se consideran nutrientes a las proteínas, los carbohidratos, los lípidos, las vitaminas, los minerales y el agua.

Las Proteínas: Desempeñan funciones estructurales, de defensa, regulación y transporte. Su función principal es asegurar el crecimiento y permitir la reparación de los tejidos dañados, ya que forman parte de la estructura de las células.

Carbohidratos: Constituyen solo de un 2 a un 3% de masa corporal. Nuestro organismo los utiliza como fuente principal de energía rápida

Lípidos: Constituyen entre un 18% y un 25% de la masa, se caracterizan por ser insolubles en agua. Son imprescindibles como moléculas estructurales para la formación de las membranas celulares o para la absorción de vitaminas, su función principal es constituir las reservas energéticas del organismo y se almacenan para ser utilizados en caso de que se reduzca el aporte de carbohidratos. Los lípidos producen más del doble de energía que los hidratos de carbono.

Los minerales: Son elementos inorgánicos necesarios para la actividad celular. Constituyen cerca del 4% del peso corporal y se concentran sobre todo en el esqueleto. Son nutrientes esenciales porque el organismo no es capaz de sintetizarlos y deben ser aportados por la dieta.

Los minerales intervienen en funciones reguladoras, plásticas y de transporte. Algunos, como el calcio, el hierro, el manganeso y el magnesio forman parte de determinadas coenzimas y regulan algunas reacciones enzimáticas; otros participan en procesos como la contracción muscular, la actividad nerviosa y la coagulación de la sangre.

A los minerales se los clasifican de acuerdo a las cantidades que nuestro organismo necesita:

Macrominerales son aquellos que el organismo necesita en grandes cantidades, como el calcio, el fósforo, el sodio y el potasio

Microminerales u oligoelementos son necesarios en cantidades muy pequeñas, como el hierro, el yodo, el flúor y el cinc.

El calcio: Es necesario para desarrollar los huesos y conservar su rigidez. También participa en la formación del citoesqueleto y las membranas celulares, así como en la coagulación de la sangre, la regulación de la excitabilidad nerviosa y la contracción muscular.

El fósforo: Participa en la formación de huesos y dientes, interviene en la contracción muscular y la actividad nerviosa, forma parte de muchas enzimas e interviene en la transferencia de energía. Las fuentes de fósforo son los productos lácteos, pescados, carnes, huevos, legumbres y frutos secos.

El magnesio: Es esencial para el metabolismo y muy importante para mantener el potencial eléctrico de las células nerviosas y musculares. Se encuentra principalmente en vegetales verdes, frutos secos, pescados, plátanos, cereales integrales y marisco.

El sodio: Desempeña un papel regulador, influyendo principalmente en la distribución del agua en el organismo. Interviene en los impulsos nerviosos y en la contracción muscular. Su exceso produce edema.

El potasio: Es necesario para la generación de impulsos nerviosos, la contracción muscular y la regulación de líquido extracelular. Se encuentra en los cereales integrales, legumbres, carnes, vegetales y frutas como el plátano y la naranja.

El cobre: Necesario para la síntesis de hemoglobina, proteína conjugada responsable del transporte de oxígeno en la sangre, e interviene en numerosas reacciones metabólicas. Está presente en alimentos como hígado, mariscos, legumbres, cereales integrales, carnes y frutos secos.

El hierro: Es un componente de la hemoglobina, proteína en la que se localiza alrededor del 66% del hierro del organismo. El hierro se encuentra en alimentos como carnes, hígado, yema de huevo, legumbres, mariscos, cereales, espinacas y frutos secos. Este mineral no es absorbido con facilidad por el sistema digestivo.

El yodo: Imprescindible para la síntesis de las hormonas de la glándula tiroides que regulan el índice metabólico. Las fuentes de yodo son la sal yodada, los vegetales que proceden de suelos ricos en yodo, las algas, los pescados de mar y los mariscos.

El cinc: Forma parte de un gran número de enzimas. Es necesario para el crecimiento y para la cicatrización de las heridas. Se encuentra en alimentos como pescados, carnes, mariscos, huevos, lácteos, frutos secos y cereales integrales.

El flúor: Es un componente de los huesos y los dientes. Son importantes para evitar la desmineralización de los huesos. El alimento que contiene más fluoruro es el pescado.

Las vitaminas: Son sustancias orgánicas que, aunque se requieren en pequeñas cantidades, son imprescindibles para mantener el crecimiento y el metabolismo. La mayoría actúa como coenzimas.

Las vitaminas liposolubles se absorben en el intestino delgado pero para que su absorción sea adecuada, requieren sales biliares y algunos lípidos. El exceso de estas vitaminas se almacena principalmente en el hígado.

Las vitaminas hidrosolubles como la vit. C y complejo vitamínico B son solubles en agua y no se pueden almacenar y su exceso se excreta en la orina. Por esta razón, para suplir las necesidades del organismo es necesario su consumo diario

Una buena nutrición basada en una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular es un elemento fundamental de la buena salud. Según la OMS expone que *“La nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades una nutrición mejor permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una salud más robusta”*. Nutrición y lactancia materna. Disponible en: www.who.int/topics/nutrition/es/

Los niños sanos aprenden mejor. La gente sana es más fuerte, más productiva y está en mejores condiciones de romper el ciclo de pobreza y desarrollar al máximo su potencial

Lactancia Materna

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna óptima previene la malnutrición y puede salvar la vida a cerca de un millón de niños.

La OMS fomenta activamente la lactancia materna como la mejor fuente de nutrientes para los lactantes y niños pequeños, ya que según estudios los menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna no llegan al 40%. Un apoyo adecuado a las madres y a las familias para que inicien y mantengan la lactancia materna podría salvar la vida de muchos infantes

La leche materna, llamada también sangre blanca, es la primera y exclusiva comida natural para los lactantes. La leche materna. Aporta toda la energía y los

nutrientes que el niño necesita sin la necesidad de aportar con otro tipo de alimentos antes de los seis meses.

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas

La lactancia materna exclusiva tiene múltiples ventajas como son la menor incidencia de infecciones, de enfermedades diarreicas agudas y crónicas, enfermedades alérgicas, constituye además una fuente de nutrientes que son necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

DESARROLLO

El desarrollo es un proceso continuo que abarca desde la concepción hasta la madurez del niño.

Según Francisco Hijano Bandera autor del artículo Evaluación del Desarrollo Psicomotor expone que el desarrollo psicomotor es la progresiva adquisición de las habilidades en el niño como resultado de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC).

Las influencias externas juegan un papel fundamental especialmente la interacciones con los padres, estímulos sensoriales, alimentación, entre otros, esto va a influir tanto positiva como negativamente, es lo que se conoce como plasticidad neurológica; así se sabe que la ausencia de un estímulo concreto en un periodo crítico puede llevar a una alteración en el desarrollo que en ocasiones puede ser irreversible, en tanto que una buena nutrición, un sólido vínculo madre-hijo y una estimulación sensorial adecuada, favorecer un adecuado progreso psicomotor.

La detección precoz de los trastornos del desarrollo o de los niños que tienen riesgo de padecerlos tiene por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan estos niños y disminuir su impacto sobre el funcionalismo del niño y de la familia. Menos del 50% de los niños con trastorno del desarrollo psicomotor se identifican antes de ingresar en educación infantil.

La prevalencia de los trastornos del desarrollo es del 1 – 2 % en los dos primeros años de vida, del 8% entre los 2 y los 6 años, y del 12 – 17% cuando consideramos el tramo de edad entre 0 y 22 años.

Esto nos da a notar que mientras más pronta sea la detección, menores van a ser las consecuencias o el retardo del desarrollo de los niños. Para poder detectar algún tipo de alteración debemos conocer profundamente los hitos normales del desarrollo psicomotriz del niño, siendo estos los siguientes:

Edad	Motor	Motor fino / ojos	Audición / lenguaje	Social / personal	Signos de alarma
1 mes	<ul style="list-style-type: none"> • Sostiene la cabeza unos segundos. • Hipertonía de músculos flexores 	<ul style="list-style-type: none"> • Sigue una luz con la mirada en una curva de 90° 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacción a los sonidos. • Se asusta con los ruidos. • Se tranquiliza con la voz de su madre 	<ul style="list-style-type: none"> • Deja de llorar al cogerlo 	
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Levanta cabeza en decúbito prono 	<ul style="list-style-type: none"> • Sigue objetos de colores vivos vertical y horizontalmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Cesa momentáneamente en su actividad cuando oye un ruido 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonríe 	
3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Pataleo 	<ul style="list-style-type: none"> • Se mira las manos y juega 	<ul style="list-style-type: none"> • Busca un sonido 	<ul style="list-style-type: none"> • Sigue con la mirada a una 	<ul style="list-style-type: none"> • No sonrío

	libre.	con ellas. • Mira de un objeto a otro. • Fija, converge y enfoca	con la mirada • Contesta con sonidos: e, a , o	persona	• No sostiene bien la cabeza • No fija la mirada
4 meses	• Sostiene la cabeza y el tórax en decúbito prono.	• Coge al contacto y retiene un cubo, llevándoselo a la boca.	• Ríe a carcajadas. • Gorjea y grita para llamar la atención.	• Devuelve la sonrisa al examinador	
5 meses	• Sostiene la cabeza sin apoyo.	• Se quita un pañuelo de la cara.	• Vuelve la cabeza hacia el sonido	• Disfruta con el juego. • Reconoce a quienes están con él. • Establece un lazo afectivo con las personas que le rodean	
6 meses	• Se incorpora apoyándose en sus muñecas boca abajo. • Se sostiene sentado con apoyo	• Se coge los pies y va descubriendo su cuerpo • Toma un cubo de la mesa	• Parlotea ante una voz • Empieza a imitar los sonidos, vocaliza imitando a un adulto	• Vuelve la cabeza hacia un interlocutor	• No tiene interés por los objetos, ni hace intención de cogerlos

7 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Se da la vuelta en la cuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explora los objetos dándoles vueltas en sus manos. • Sigue un objeto al caer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emite 4 sonidos: ga, ta, da. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede beber de un vaso, aunque lo normal es realizarlo a los 10 – 12 meses 	
8 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Ensaya el gateo o rastreo 	<ul style="list-style-type: none"> • Intenta coger cosas que están fuera de su alcance. • Pasa un juguete de una mano a otra. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emite sonidos para llamar la atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Se contempla en el espejo. • Llora al dejarle con extraños. 	
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Voltea sobre sí mismo en el suelo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manipula simultáneamente dos objetos, uno en cada mano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice papá y mamá. • Los sonidos adquieren entonación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sostiene un vaso para beber. • Palmotea y dice adiós con la mano. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se sostiene sentado • No parlotea • No tiene interés por mirar o tocar las cosas
10 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Se sostiene con ayuda o agarrándose a los barrotes de la cuna. • Gatea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Golpea dos objetos conjuntamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha un reloj. • Debe responder a su nombre, aún en voz baja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonríe y toca su imagen en el espejo. 	
11	<ul style="list-style-type: none"> • Se endereza para 	<ul style="list-style-type: none"> • Agarra con 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 2 palabras 	<ul style="list-style-type: none"> • Come con 	

meses	sostenerse en pie.	pinza	con significado	los dedos. • Reconoce cuando le nombran a papá y a mamá y los busca.	
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Camina con apoyo • Anda alrededor del parque. 	<ul style="list-style-type: none"> • Introduce unos objetos dentro de otros y hace torres con cubos grandes. • Sostiene un lápiz con intención. • Tira del mantel para coger juguetes 	• Dice 3 palabras con significado	<ul style="list-style-type: none"> • Juego organizado, interactivo: interpreta mensajes, acompaña con gestos,... 	<ul style="list-style-type: none"> • No se sostiene de pie con apoyo • No se comunica ni balbucea • No hace gestos (decir adiós) • No coge los juguetes
13 meses	• Se sostiene solo.	<ul style="list-style-type: none"> • Preferencia por una mano. • Mira ilustraciones. • Señala a personas u objetos familiares si se le pide. 	• Señala un ruido inesperado.	<ul style="list-style-type: none"> • Se interesa por los juguetes de los otros niños. • Sostiene un vaso 	
14 meses	• Camina solo.	• Raya con un lápiz.	• Reconoce su nombre.	• Usa la cuchara.	

15 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Trepa escaleras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloca un objeto sobre otro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 4 palabras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseña los zapatos. 	
16 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Empuja un cochecito, juguete,... 	<ul style="list-style-type: none"> • Garabatea libremente 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 6 palabras. • Sigue indicaciones sencillas sin ayudas gestuales. • Señala y nombra objetos y partes de su cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intenta voltear un tirador de la puerta. 	
17 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Trepa a una silla 	<ul style="list-style-type: none"> • Tira del mantel para coger un juguete, busca estrategias para conseguir un fin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversación, balbuceo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maneja bien un vaso. 	
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Anda hacia atrás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Juego constructivo con juguetes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfruta con un libro con dibujos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se quita los zapatos y los calcetines. 	<ul style="list-style-type: none"> • No dice palabras sencillas. • No camina • No conoce el nombre de los objetos y personas más familiares
19 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Trepar sube y baja escaleras 	<ul style="list-style-type: none"> • Torre de 3 ladrillos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 9 palabras. • Señala las partes del cuerpo cuando se le pide. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce una parte de su cuerpo. 	

20 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Puede saltar aunque lo normal es que lo haga a los 24 m. 	<ul style="list-style-type: none"> • Torre de 4 ladrillos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 12 palabras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control intestinal. 	
21 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Corre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garabateo circular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frases de 2 palabras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control diurno de orina. 	
22 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sube escaleras a pie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Torres de 5 o más ladrillos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha cuentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intenta explicar experiencias. 	
23 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Se sienta por si mismo en la mesa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia trazos verticales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 20 o más palabras. • Baila al ritmo de la música. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce 2 partes de su cuerpo 	
24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sube y baja escaleras a pie él solo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede copiar trazos horizontales, aunque lo normal es que lo haga a los 30 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frases de 3 palabras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce 4 partes del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • No dice frases espontáneas de 2 palabras
3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Sube y pedalea en triciclo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Torre de 9 o 10 ladrillos. • Copia círculos 	<ul style="list-style-type: none"> • Usa plurales. • Es la edad de todas las preguntas: qué es, dónde, cómo,... 	<ul style="list-style-type: none"> • Come bien por si mismo 	

Cuadro N°1: Hitos normales del Desarrollo Psicomotriz

A la hora de valorar el desarrollo ha de tenerse en cuenta que éste no es un proceso rígido ni estereotipado, sino que existe una gran variabilidad individual;

así nos podemos encontrar con desfases temporales en áreas concretas que se acompañan de normalidad en el resto.

Test de Evaluación del Desarrollo de los Niños

En el crecimiento y desarrollo del niño son muchos los factores que influyen en los procesos psicomotores y para medir dichos avances existen diversos test, siendo los más importantes el test de Aldrich y Norval, el test de Barreras-Moncada y el test de Denver

Test de Aldrich y Norval: Está diseñado para evaluar el desarrollo de los niños hasta los 12 meses de edad.

Se valoran parámetros psicomotrices como:

- La sonrisa
- La vocalización de sonidos
- El control de la cabeza
- El control de la mano
- Si rueda o no
- La prensión
- La marcha

Test de Barrera - Moncada: Evalúa el desarrollo de los niños desde los 12 a los 60 meses de edad, trabaja en la detección de alteraciones del desarrollo psicomotriz, permitiéndonos intervenir oportunamente y corregir cualquier tipo de alteración que pueda presentarse.

Los parámetros que se valoran son: si bebe bien del vaso, la vocalización de más de 5 palabras, si salta de dos pies, si se lava y seca las manos, si dice su nombre completo, si copia un círculo, si se balancea en un solo pie, si controla esfínteres, si copia un cuadro, si reconoce cuatro colores básicos, si reconoce el material de cuchara, puerta, zapato.

Estos parámetros se valoraran de acuerdo a la edad del niño y teniendo claro las diferencias individuales en cuanto al desarrollo.

Test de Denver: Es muy importante al momento de valorar minuciosamente algún tipo de alteración que ya ha sido detectada con los test de Aldrich y Norval y el test de Barreras - Moncada.

La finalidad del test de Denver no es medir la inteligencia sino utilizarlo como una herramienta útil para la recolectora de datos, los cuales van a ser observados y evaluados, y en función de ellos saber si el desarrollo psicomotor del niño, como lo es la adquisición progresiva de habilidades está ligada directamente al desarrollo correcto del Sistema Nervioso Central, si se encuentre dentro del rango esperado para su edad comprendido entre los 6 meses y 6 años de vida.

La función del test de Denver es preventiva ya que busca advertir futuros problemas en el desarrollo psicomotor. Para ello, utiliza 4 categorías o áreas para la evaluación, siendo estas las siguientes: motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje, sociabilidad.

1. Desarrollo de las habilidades motoras:

Tiene que ver con la coordinación corporal y los movimientos.

2. Desarrollo de habilidades motoras finas:

Tienen que ver con la coordinación, concentración y destrezas manuales.

3. Contacto con el entorno:

Se evalúa el manejo de sociabilidad del niño en su entorno y con el medio que lo rodea.

4. Desarrollo del lenguaje:

Se evalúa como ha sido el proceso de adquisición del lenguaje y su evolución. Cómo escucha y se comunica.

A la prueba se la ha criticado por carecer de sensibilidad para tamizar a los niños quienes pueden tener problemas de desarrollo posterior o rendimiento escolar.

Los resultados del test pueden ser: anormal si se producen 2 fallas o más en 2 áreas o más, dudoso cuando hay una falla en varias áreas o 2 en una misma, e irrealizable cuando son muchas las fallas para realizar la evaluación.

A los niños a los cuales se les considera con algún tipo de alteración o retaso deben ser referidos a un especialista para una evaluación adicional.

La persona que debe administrar la prueba deben ser los profesionales entrenados y con amplio conocimiento sobre el test

La aplicación del test tomará unos 10 a 20 minutos, en promedio.

ALTERACIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

La incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas pueden repercutir seriamente en el proceso normal del crecimiento y desarrollo especialmente durante los primeros años de vida, aumentando enormemente la morbi-mortalidad en la infancia.

Las principales enfermedades por complicaciones en el embarazo y parto son:

Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCI):

Es un desajuste que impide el adecuado desarrollo del feto, se restringe su crecimiento, llegando a pesar menos del 90% que otros bebés de la misma edad gestacional.

Las causas más comunes son un mal funcionamiento de la placenta, que es el tejido que transporta el alimento y el oxígeno, las alteraciones genéticas, las malformaciones, el consumo de tabaco o drogas y la tensión alta antes o durante la gestación. Las exposiciones a rayos-X y las infecciones durante el embarazo como la rubéola, el citomegalovirus, la toxoplasmosis y la sífilis también pueden incidir en el peso fetal.

Tipos de Restricción del Crecimiento Intrauterino

Dependiendo de la causa de este retraso, el feto puede ser simétricamente pequeño o tener una cabeza del tamaño normal para su edad gestacional, mientras el resto de su cuerpo es pequeño. En este sentido, se describen tres tipos de Restricción del Crecimiento Intrauterino, basándose en la incorporación a la clínica del concepto de las tres fases de crecimiento celular descritas por Winnick:

- **Restricción del Crecimiento Intrauterino tipo I o simétrico:** Se presenta cuando en la fase de hiperplasia celular que ocurre en las primeras 16 semanas se produce un daño con disminución del número total de células. En estos recién nacidos hay un crecimiento simétrico de la cabeza, el abdomen y los huesos largos.
- **Restricción del Crecimiento Intrauterino tipo II o asimétrico:** Se presenta una hipertrofia celular, que se presenta a partir de las 32 semanas de gestación y dura aproximadamente 8 semanas. Se caracteriza por un crecimiento desproporcionado entre la cabeza y los huesos largos y el abdomen fetal.
- **Restricción del Crecimiento Intrauterino tipo III o mixto:** Ocurre entre las 17 y las 32 semanas de gestación, en la fase de hiperplasia e hipertrofia concomitante y la apariencia dependerá del tiempo en el que se produzca la lesión.

Otra clasificación está basada en la etiología o el origen del trastorno:

- **Restricción del Crecimiento Intrauterino intrínseco:** Por causas que están en el mismo feto, como defectos cromosómicos
- **Restricción del Crecimiento Intrauterino extrínseco:** Por elementos externos al feto, como una patología placentaria.
- **Restricción del Crecimiento Intrauterino combinado:** Por la combinación de los factores anteriores.
- **Restricción del Crecimiento Intrauterino idiopático:** Donde se desconoce la causa del trastorno del crecimiento fetal.

Hipoxia perinatal:

Dada por varios factores, especialmente por las complicaciones antes expuestas. Es una de las complicaciones más frecuentes durante el parto. Durante la asfixia perinatal se dan unas modificaciones hemodinámicas que generan un aumento de la tensión arterial, adrenérgico inducida con vasoconstricción periférica y redistribución del gasto cardiaco, esto con el objetivo de proveer sangre oxigenada a los órganos vitales, excluyendo la circulación al resto de los órganos.

Por ende la asfixia perinatal se considera como una agresión al feto o recién nacido debido a la falta de oxigenación generalizada en diversos órganos. Su importancia fundamental es que puede contribuir a la aparición de parálisis cerebral y retraso mental. Sus causas son: Deterioro de la oxigenación materna, insuficiente irrigación placentaria, alteración del intercambio de gases en la placenta, interrupción de la circulación umbilical, incapacidad del feto para mantener una función cardiaca y circulatoria normal.

Sus principales manifestaciones clínicas incluyen alteraciones del nivel de conciencia, depresión, alteración del tono muscular y presencia de convulsiones. La intensidad de estas manifestaciones y su relación temporal permiten establecer un pronóstico de daño neurológico. Las secuelas y complicaciones de la hipoxia perinatal son:

Lesiones cerebrales no progresivas muy graves como las atetosis, retardo mental, cuadriplejia, hasta déficits muy concretos en el desarrollo neuromuscular. Las complicaciones inmediatas se encuentran relacionadas con lesiones orgánicas secundarias como alteraciones del riego vascular, por ejemplo hemorragia pulmonar, necrosis aguda cortical con insuficiencia renal consecuyente.

La detección y el control prenatal adecuados junto a la asistencia oportuna, normal del parto y del neonato disminuyen evidentemente dichas complicaciones, y así evitar posibles lesiones irreversibles que afectan drásticamente el desarrollo del recién nacido

Desnutrición

Es una enfermedad causada por una dieta deficiente e inapropiada, hipocalórica e hipoprotéica. También puede ser causada por mala absorción de nutrientes como en la anorexia. Tiene influencia en los factores sociales, psiquiátricos o simplemente patológicos. Ocurre principalmente en países subdesarrollados y entre los niños provenientes de familias de bajos recursos económicos.

Marasmo: Es el déficit de proteínas y energía. Se manifiesta con un grave decaimiento o debilidad corporal y funcional del organismo.

Puede ser causado por un abandono temprano del pecho materno, infecciones intestinales como la parasitosis o por una gastroenteritis

La falta de un aporte suficiente de proteínas y calorías en la primera infancia tiene consecuencias graves, ya que la carencia de proteínas impide el crecimiento y aumenta considerablemente el riesgo de infecciones. Una carencia de calorías significa que las necesidades energéticas del cuerpo no pueden ser satisfechas; esa circunstancia, unida a la escasez de enzimas, afecta a todos los procesos corporales, incluyendo el metabolismo y el crecimiento, provocando retraso tanto físico como mental. Aunque la nutrición mejore con posterioridad y el niño sobreviva, esas deficiencias en el desarrollo nunca podrán ser superadas.

El tratamiento, cuando es posible, consiste en la aplicación de una dieta equilibrada, en la que el componente más importante es la leche, que en un principio se administra de forma diluida y poco a poco se va haciendo más concentrada. Una vez que la ingestión de proteínas es adecuada, se añaden calorías en forma de azúcar y cereales.

Kwashiorkor: Es un trastorno dietético ocasionado por la ingesta disminuida de proteínas, con un aporte energético adecuado, se observa en los niños entre 10 meses y 10 años de edad.

Las proteínas constituyen el principal material estructural del cuerpo, y son necesarias para la síntesis de anticuerpos contra las infecciones y de enzimas, de

las que dependen todos los procesos bioquímicos, por lo que su deficiencia va a ocasionar varios trastornos

Estos niños siempre están hambrientos, y sus padres, en un intento de aliviar el hambre y de aportar las necesidades energéticas, les suministran grandes cantidades de carbohidratos que por sí solas tienen un valor nutricional bajo. El término *kwashiorkor* procede de una palabra de Ghana que significa 'afección del niño que deja de mamar.

El trastorno se produce cuando el niño es destetado y privado del elevado valor nutricional y contenido proteico de la leche materna. También puede aparecer porque el apetito del niño esté afectado por otra enfermedad, en particular infecciones como el sarampión y las gastroenteritis.

Debido a que los anticuerpos están formados por proteínas, los niños con una ingesta proteica muy baja son más susceptibles a padecer infecciones y presentan una escasa resistencia frente a éstas. De hecho, son inmunodeficientes y suelen fallecer en la infancia a causa de infecciones generalizadas.

Sus características físicas son una expresión de gran tristeza del rostro y el llanto débil casi continuo, su cara es redonda y rolliza, el grosor de las extremidades parece adecuado y el abdomen es prominente. El pelo rojizo es característico de la enfermedad y la piel puede estar más pálida de lo normal y con un tinte rojizo.

2.5. Hipótesis

"Ser madre adolescente influye en la relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés del MSP de la Provincia de Tungurahua, en el periodo junio 2012 a Diciembre 2012"

2.6. Variables de la Hipótesis

Variable Independiente:

- Madre adolescente

Variable Dependiente:

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

Término de Relación:

- Influye

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Enfoque

Al tratarse de una investigación enmarcada dentro del paradigma crítico-propositivo, el enfoque es mayormente cualitativo sin dejar de lado el enfoque cuantitativo pues trata de comprender el fenómeno en su totalidad, logrando una visión más amplia en los aspectos globales del mismo. 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.

3.2 Modalidad básica de la investigación

Se trabajó con una modalidad mixta tanto de campo como bibliográfica, pues se investigó a los hijos de madres adolescentes en su entorno, pudiendo observar la realidad de su situación, sus condiciones de vida y de manera especial se identificó las alteraciones que presentaron en cuanto a su crecimiento y desarrollo durante los dos primeros años de vida. Al mismo tiempo se profundizó en el aspecto teórico de esta problemática basándose en criterios científicos de varios autores al igual que se revisó estándares utilizados por el Ministerio de Salud Pública para valorar a los niños. Para la realización de esta investigación se revisaron los programas y políticas de salud dirigidos hacia esta población y que están siendo utilizados en las áreas de trabajo.

3.3 Nivel o tipo de investigación

La investigación partió de un nivel exploratorio que nos permitió ubicar de manera correcta la situación objeto para continuar en el nivel descriptivo en el que

se compartió las diferentes problemáticas presentes en el estudio y finalmente se utilizó la asociación de variables a fin de identificar si la presencia de alteraciones o patologías en el desarrollo y crecimiento del niño tiene relación con la maternidad ocurrida en la adolescencia. Este tipo de investigación permitió evaluar las variables de comportamiento de una variable en función de la otra

3.4 Población y Muestra

3.4.1. Población

Los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés del Cantón Píllaro pertenecientes al área de Salud N° 6, lugares en donde se realizó la presente investigación, contaron con un universo de trabajo de dos médicos rurales los cuales son directores de los subcentros antes mencionados, dos médicos de planta, una obstetriz, tres licenciadas en enfermería, dos odontólogos, un promotor de salud y dos auxiliares de enfermería. Existen 7387 historias clínicas de las cuales 24 pertenecen a madres adolescentes y 24 a sus hijos niños de 0 a 2 años 6 meses. Del total de esta población se tomó la muestra para la investigación.

N: 48

3.4.2. Muestra

Para esta investigación se ha realizado un muestreo no probabilístico intencional ya que por decisión de la parte investigadora se ha seleccionado a todas las madres adolescentes de 10 a 19 años y sus hijos de 0 a 2 años 6 meses, debido a que el número de casos existentes en los sitios de investigación son limitados.

n:48

3.5 Operacionalización de Variables

3.5.1. Variable Independiente: Madres Adolescentes					
Conceptualización	Categorías	Indicadores	ÍTEMS	Técnicas	Instrumentos
Se llama madre adolescente a quien ha tenido un embarazo entre los 10 y 19 años de edad	Adolescencia	Cambios morfo-fisiológicos y psicológicos	¿Cómo afecta el embarazo en el desarrollo normal de la adolescente tanto fisiológica como psicológicamente?	Observación	Ficha de observación
	Embarazo en adolescentes	Sexualidad	¿Cuáles son los principales factores que intervienen para el inicio de la sexualidad en la adolescencia?		
		10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años	¿En qué etapa de la adolescencia es en la que predominan los embarazos en las adolescentes? ¿Entre 10 y 13? ¿Entre 14 y 16? ¿Entre 17 y 19?		
		Complicaciones durante el embarazo y parto	¿Cuáles son las principales complicaciones que aquejan a la adolescente durante el embarazo y el parto?		

Cuadro N° 2: Operacionalización Variable Independiente

Fuente: Madres adolescentes de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Autora: Sara Jiménez

3.5.2. Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del niño					
Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems	Técnica	Instrumentos
Proceso continuo que incluye cambios tanto físicos como del desarrollo psicomotriz del niño	Cambios físicos	Medidas antropométricas	¿Cuáles son los índices antropométricos de los niños, hijos de madres adolescentes?	Observación	Fichas de Observación
		Nutrición	¿El estado nutricional del niño altera sus medidas antropométricas?		
	Desarrollo psicomotriz	Desarrollo motor, cognoscitivo, social y de lenguaje	¿Los niños presentan alteraciones al momento de aplicar los test de Aldrich y Norman, Barrera - Moncada o en el test de Denver?		

Cuadro N° 3: Operacionalización Variable Dependiente

Fuente: Niños hijos de Madres adolescentes de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Autora: Sara Jiménez

3.6 Técnicas e Instrumentos

La Observación permitió identificar el aspecto y salud general del infante, al igual que las condiciones ambientales que rodean al niño y a la madre. Como instrumento se utilizó la ficha de observación la cual fue evaluada mediante registros específicos como son la Historia Clínica y el carnet de salud de los infantes a fin de obtener información sobre medidas antropométricas y esquema de vacunación para la evaluación de su crecimiento. Para valorar el desarrollo se utilizó los test de Aldrich y Norman, Barrera-Moncada y el test de Denver

3.7. Plan de Recolección de Información

1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar hipótesis
2.- ¿De qué personas?	De madres adolescentes y sus hijos de 0 a 2 años 6 meses
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Interrelación entre ser madre adolescente y su influencia con el crecimiento y desarrollo del niño
4.- ¿Quién?	Sara Jiménez
5.- ¿Cuándo?	Durante el periodo Junio – Diciembre del 2012
6.- ¿Dónde?	Subcentros de salud de Huapante y San Andrés del Cantón Píllaro
7.- ¿Cuántas veces?	Las veces que sean necesarias
8.- ¿Con qué técnicas de recolección?	Observación
9.- ¿Con qué?	Fichas de observación
10.- ¿En qué situación?	En un ambiente accesible y colaborador

Cuadro N°4. Recolección de Información
Elaborado por: Sara Jiménez

Para recolectar la información se elaboró:

- **La Prueba piloto de aplicación de los instrumentos**

Se realizó con el fin de comprobar la efectividad de las fichas de observación realizadas, dicha aplicación se hizo durante los 10 primeros días del mes de octubre del 2012, aplicándola a una población de 5 madres adolescentes y a 5 niños, donde se precisó

volver a reestructurar dicho instrumento, haciéndolas más específicas, logrando con esto resultados positivos para la investigación

3.8. Plan de procesamiento de la Información

Luego de la aplicación de las fichas de observación, a través de la estadística descriptiva se tabularon los datos mediante cuadros y gráficos estadísticos, además del análisis y la interpretación de los resultados de los diferentes aspectos que se investigaron, obteniendo resultados numéricos y porcentuales, para de este modo inferir las conclusiones que llevan a verificar las hipótesis planteadas

Al momento de procesar la información se realizó:

- **Limpieza de información defectuosa**

Al aplicar las fichas de observación tanto a las madres adolescentes como a sus hijos niños de 0 a 2 años 6 meses, se verificó que los datos que arrojan cada uno de los instrumentos fuesen fiables y de esta manera se tuvo la seguridad de que los instrumentos permitirían obtener información que respondiera a los objetivos de la investigación

- **Tabulación de la información**

La recolección de datos para la tabulación, se obtuvo mediante la graficación y presentación de datos estadísticos de la población.

Una vez concluida la aplicación de las encuestas, se procedió a procesar y tabular la información obtenida de acuerdo con los respectivos objetivos planteados.

- **Elaboración recuadros y gráficos**

Una vez obtenidos los resultados numéricos gracias a la tabulación se procedió a elaborar las representaciones gráficas respectivas, una para cada instrumento de investigación, en donde de manera clara se establece datos cuantitativos y cualitativos que responden a las hipótesis planteadas.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. Fichas de observación dirigidas a las madres adolescentes

1: Grupos etáreos al convertirse en Madres Adolescentes

Grupos Etáreos	Número	Porcentaje
10 – 13	0	0 %
14 – 16	5	21%
17 – 19	19	79%
Total	24	100%

Cuadro N° 5

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez



Gráfico N° 2

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: De 24 madres adolescentes que son el 100%. El 79% correspondiente a 19 madres se encontraron entre 17 – 19 años y el 21% que corresponde a 5 madres estuvieron entre los 14 a 16 años. Siendo que a la adolescencia se la clasifica en tres etapas que son la temprana de 10 a 13 años, la media entre 14 a 16 años y la tardía de 17 a 19. Se pudo determinar que la mayor parte de adolescentes se convirtieron en madres en la adolescencia tardía.

2. Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales

Grupos Etáreos	Población	Porcentaje
10 – 13	1	4 %
14 – 16	7	29%
17 – 19	16	67%
Total	24	100%

Cuadro N° 6

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

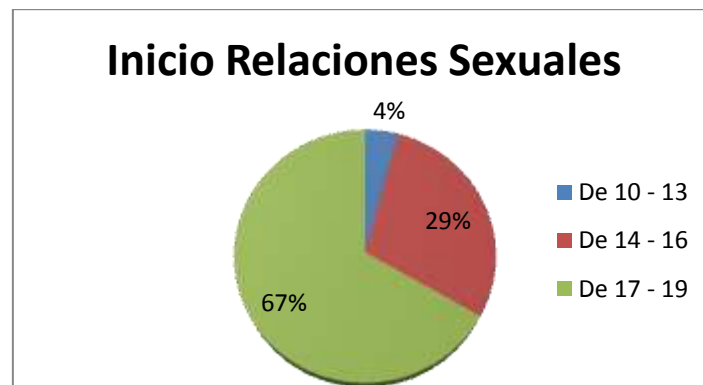


Gráfico N° 3

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: Del 100% de madres adolescentes que corresponde a 24 madres. El 67% con 16 madres tuvieron su primera relación sexual entre los 17 a 19 años, y el 29% que son 7 madres iniciaron su vida sexual entre los 14 a 16 años. Considerando que una relación sexual es una forma natural de intimidad física con el propósito de reproducción, expresión de afecto y placer. Se puede observar que la mayor parte de adolescentes tuvieron su primera relación sexual de 17 a 19 años de edad, concordando este dato con la edad al convertirse en madre, siendo un indicador de la escasa o nula planificación familiar.

3. Estado Civil de las Madres Adolescentes

Estado Civil	Número	Porcentaje
Soltera	6	25%
Casada	4	17%
Unión libre	14	58%
Total	24	100%

Cuadro N° 7

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

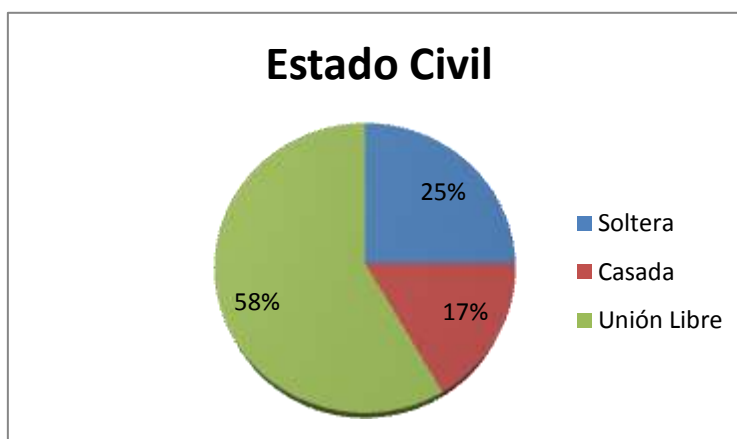


Gráfico N° 4

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: De 24 madres adolescentes que son el 100%. El 58% que pertenece a 14 madres se encuentran en unión libre. El 25 % que corresponde a 6 madres son solteras, el 17% que corresponden a 4 madres son casadas. Permittiéndonos darnos cuenta que el 58% de madres adolescentes, es decir la mayor parte de ellas se encuentra en unión libre con sus parejas, dato que revela que las madres adolescentes cuentan con el apoyo de su pareja para la crianza de los niños.

4. Nivel Educativo de las Madres Adolescentes

Nivel Educativo	Número	Porcentaje
Primaria	6	25 %
Secundaria	18	75%
Total	24	100%

Cuadro N° 8

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

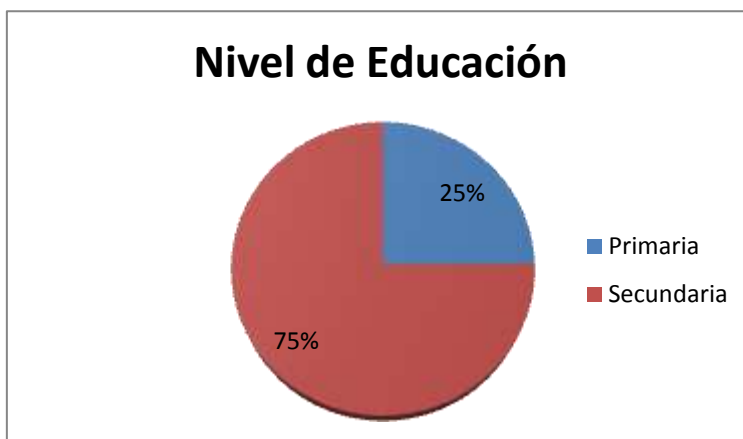


Gráfico N° 5

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: De 24 madres adolescentes que son el 100%. El 75% correspondiente a 18 madres tienen un nivel de educación secundaria y el 25% que corresponde a 6 madres adolescentes tienen un nivel de educación primario. Estableciendo que la mayor parte de madres adolescentes se encontraron cursando el nivel de educación secundario cuando se convirtieron en madres, siendo un factor de riesgo debido a la poca experiencia y escasos conocimientos en cuanto a nutrición, control del niño sano y al cuidado del niño general del niño.

5. Edad gestacional al momento del primer control prenatal

Edad gestacional	Número	Porcentaje
De 0 a 12 semanas	9	37 %
De 13 a 26 semanas	6	25%
De 27 a 38 semanas	4	17%
Sin Controles	5	21%
Total	24	100%

Cuadro N° 9

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

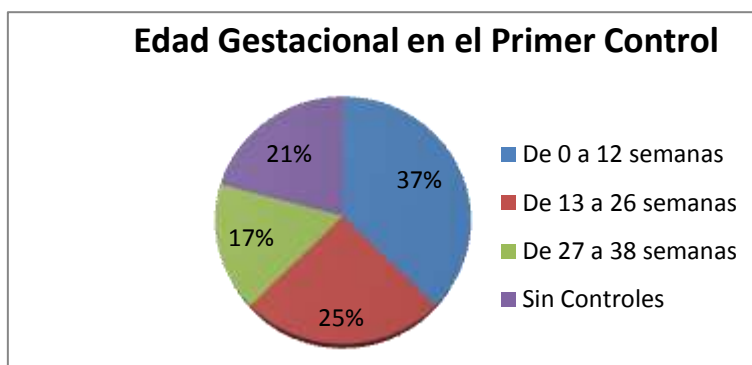


Gráfico N° 6

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: De 24 madres adolescentes que son el 100%. 9 que representan el 37% se realizaron su primer control entre 0 a 12 semanas de gestación, 6 madres que son el 25% tuvieron su control de 13 a 26 semanas. El 21% correspondiente a 5 madres no tuvieron ningún control prenatal y un 17% se realizaron su control de 27 a 38 semanas. Se puede observar que la mayor parte de las madres adolescentes se realizaron su primer control médico entre las 0 – 12 semanas, además hay que tener en cuenta el alto índice de madres con un 21% que no registran ningún control prenatal en su Historia Clínica, lo que puede llegar a ser determinante en la salud del niño

6. Número de controles prenatales

Nº de Controles	Población	Porcentaje
De 1 a 3	8	33%
De 4 a 6	5	21%
De 7 a 9	6	25%
Ninguno	5	21%
Total	24	100%

Cuadro N° 10

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

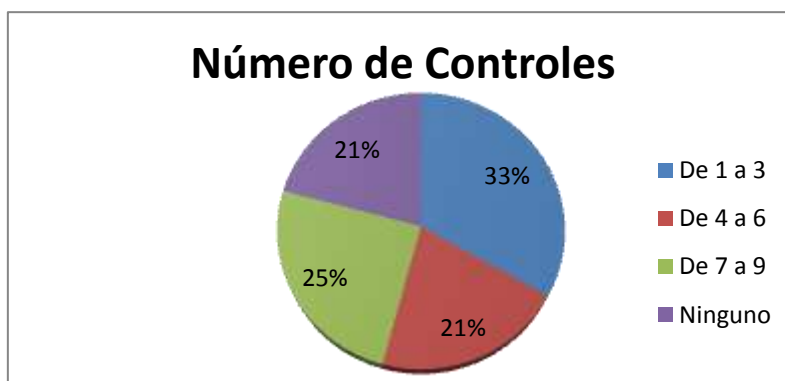


Gráfico N° 7

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: De 24 madres adolescentes que representan el 100%. El 33% que corresponde a 8 madres se realizaron de 1 a 3 controles, el 21% perteneciente a 5 madres se realizaron de 4 a 6 controles, el 25% que corresponde a 6 madres tienen de 7 a 9 controles y el 21% que corresponde a 5 madres no se han realizado ningún control prenatal. Dándonos a notar que la mayor parte de madres adolescentes solo se realizaron de 1 a 3 controles prenatales, siendo este un número deficiente tomando en cuenta que se debería realizar un control mensual o mínimo 5 controles durante el embarazo y así controlar de una manera óptima el crecimiento y desarrollo del niño

7. Complicaciones durante el Embarazo

Complicaciones	Población	Porcentaje
Anemia	5	21%
Preeclampsia	2	8%
IVU	2	8%
Sin Complicaciones	15	63%
Total	24	100%

Cuadro N° 11

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

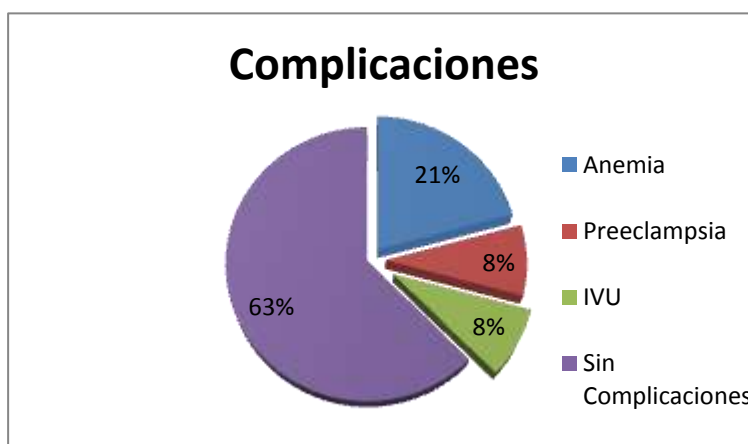


Gráfico N° 8

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: Del 100% de madres adolescentes que corresponde a 24 madres. 15 madres pertenecientes al 63% no presentaron ninguna complicación durante el embarazo. El 21% que son 5 madres tuvieron anemia, 2 madres con un 8% tuvieron preeclampsia y 2 que corresponden al 8% tuvieron IVU. Resaltando que la mayor parte de adolescentes no presentaron ningún tipo de complicación durante su periodo de gestación, pero teniendo en cuenta el alto índice de embarazadas que presentaron anemia lo que posteriormente puede repercutir en el desarrollo y aprendizaje del niño

8.- Tipo de Parto

Tipo de Parto	Población	Porcentaje
Normal	10	42%
Cesárea	14	58%
Total	24	100%

Cuadro N° 12

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

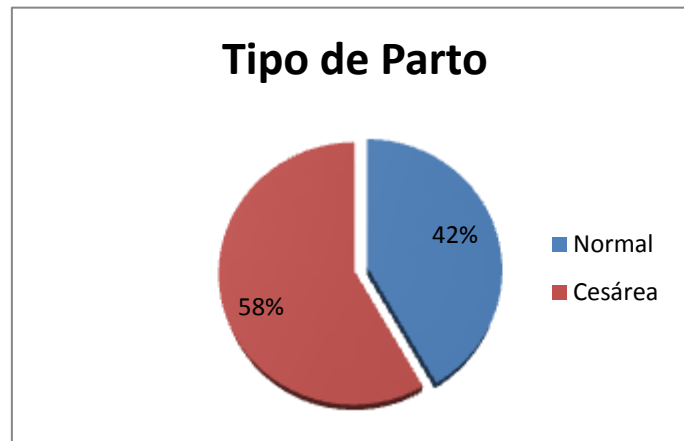


Gráfico N° 9

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: De 24 madres adolescentes que son el 100%. El 58% correspondiente a 14 madres tuvieron un parto mediante cesárea, mientras que el 42% que corresponde a 10 madres tuvieron un parto normal. Siendo que el tipo de parto más común en las madres adolescentes es mediante cesárea debido a las diferentes alteraciones que sufren las madres por un desarrollo físico inconcluso como son pelvis estrecha, agotamiento materno, posición fetal anormal, hidrocefalia fetal, sufrimiento fetal, entre otras.

4.2. Fichas de observación dirigidas a los niños hijos de madres adolescentes

1: Relación Peso/Edad

Alteraciones	Número	Porcentaje
Tendencia de crecimiento sobre 2	0	0 %
Normal (Tendencia de crecimiento sobre -2 a 2)	22	92%
Tendencia de crecimiento bajo de -2	2	8%
Total	24	100%

Cuadro N° 13

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

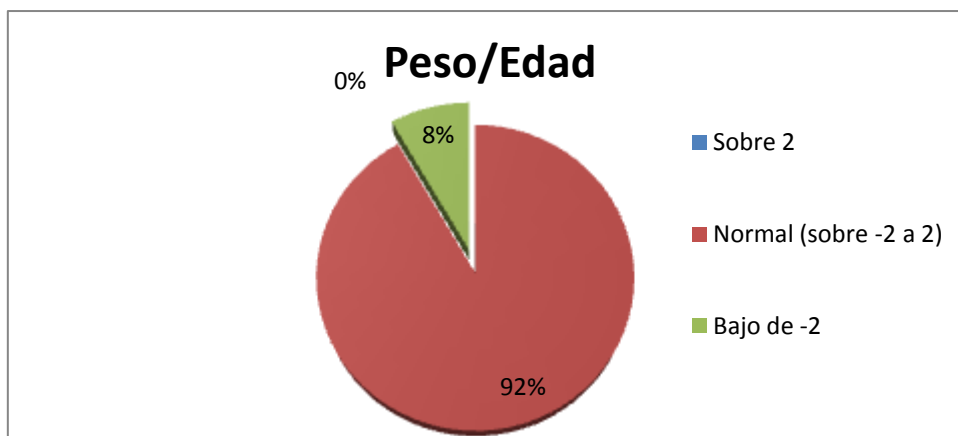


Gráfico N° 10

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: De 24 hijos de madres adolescentes que son el 100%. El 92% que corresponde a 22 niños se encuentran en un rango normal, es decir, entre los parámetros de sobre -2 a 2 según tablas de valoración establecidas por el MSP, mientras que el 8% que son 2 niños están en un rango bajo de -2. Según estos datos en relación al peso/edad, se puede notar que pese a que la mayor parte de los niños se encuentran en un rango normal, 2 de ellos si registran alteraciones, comprometiendo seriamente se crecimiento normal.

2: Relación Talla/Edad

Alteraciones	Número	Porcentaje
Tendencia de crecimiento sobre 2	0	0%
Normal (Tendencia de crecimiento sobre -2 a 2)	23	96%
Tendencia de crecimiento bajo de -2	1	4%
Total	24	100%

Cuadro N° 14

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

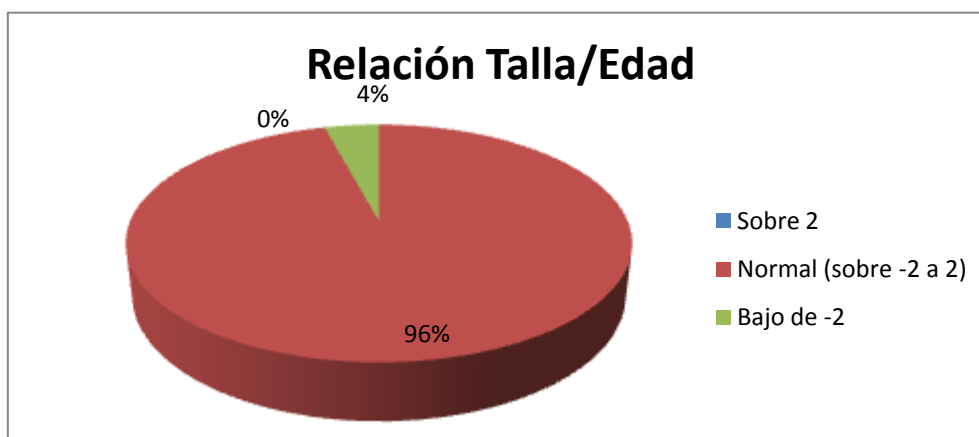


Gráfico N° 11

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: De 24 hijos de madres adolescentes que son el 100%. El 96% que corresponde a 23 niños, se encuentran en un rango normal en la relación talla/edad, el 4% que corresponde a 1 niño está en un rango menor a lo normal. Este indicador permite darse cuenta que la mayor parte de niños hijos de madres adolescentes no presentan alteraciones. Para una óptima valoración se ha tomado como referencia la tabla establecida por el MSP en la cual la mayor parte de los niños se encuentran en un rango de sobre -2 a 2 considerado como rango normal

3. Relación Perímetro Cefálico/Edad

Alteraciones	Número	Porcentaje
Normal	24	100 %
Anomalías	0	0 %
Total	24	100%

Cuadro N° 15
Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés
Elaborado por: Sara Jiménez

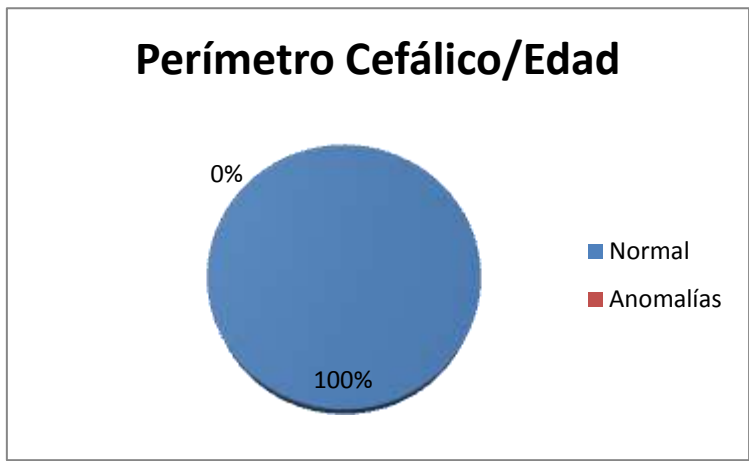


Gráfico N° 12
Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés
Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: De 24 hijos de madres adolescentes que son el 100%. El 0% que corresponde a 0 hijos de madres adolescentes presentaron anomalías en la relación perímetro cefálico/edad. Llegando a la determinación que el ser hijo de madre adolescente no alteró el desarrollo normal del perímetro cefálico, ya que en cada medición realizada estos se encontraron en un rango normal que va de 33 cm al nacer, 39 cm en el 1º trimestre, 42 cm en el 2º trimestre, 45 cm del 7º al 12º mes, 48 cm del 1º al 2º año y 50 cm a partir del 2º año.

4. Alimentación con leche materna exclusiva

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Hasta los 3 meses	6	25%
Hasta los 6 meses	18	75%
Nunca	0	0%
Total	24	100%

Cuadro N° 16

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

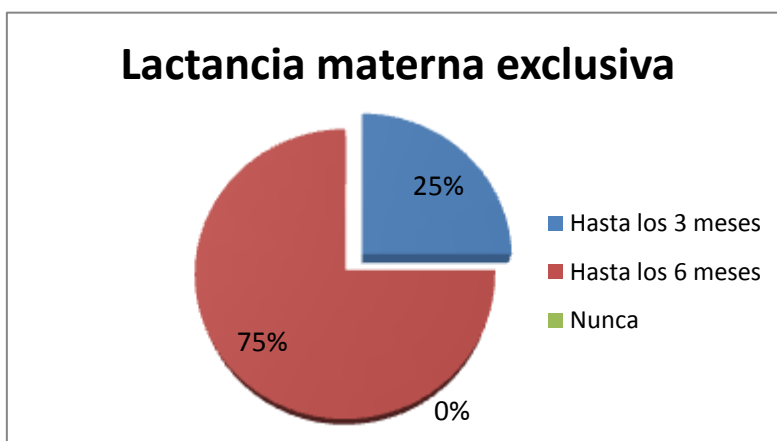


Gráfico N° 13

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 8, se puede observar que de los 24 casos, 6 fueron alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 3 meses lo que representa un 25%, y 18 casos hasta los 6 meses representado con un 75%. Parámetro favorable para el crecimiento y desarrollo de los niños, ya que la leche materna es un alimento que aporta gran cantidad de nutrientes y especialmente inmunoglobulinas. Además de fomentar el desarrollo sensorial, cognitivo y proteger al niño de infecciones, alergias alimentarias y desnutriciones.

5. Esquema de Vacunación

Alteraciones	Número	Porcentaje
Acorde a la Edad	24	1000%
Retraso para la edad	0	0%
Total	24	100%

Cuadro N° 17

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

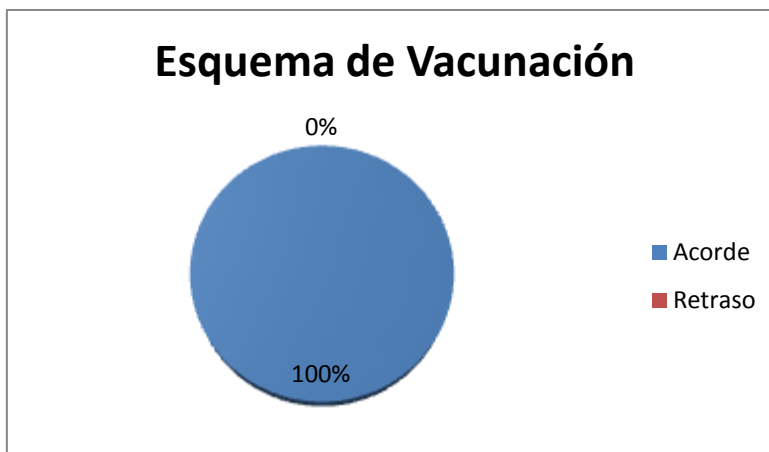


Gráfico N° 14

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: De 24 hijos de madres adolescentes que son el 100%. El 0% que corresponde a 0 hijos de madres adolescentes tiene un retraso en el esquema de vacunación y el 100% que corresponden a 24 niños están con el esquema de vacunación acorde a la edad. Disminuyendo con esto la posibilidad de padecer alguna enfermedad prevenible y que altere su crecimiento y desarrollo normal

6. Niños con valoración de Test de Denver en las Historia Clínica.

Alteraciones	Número	Porcentaje
Valorados	3	12 %
No Valorados	21	88%
Total	24	100%

Cuadro N° 18

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

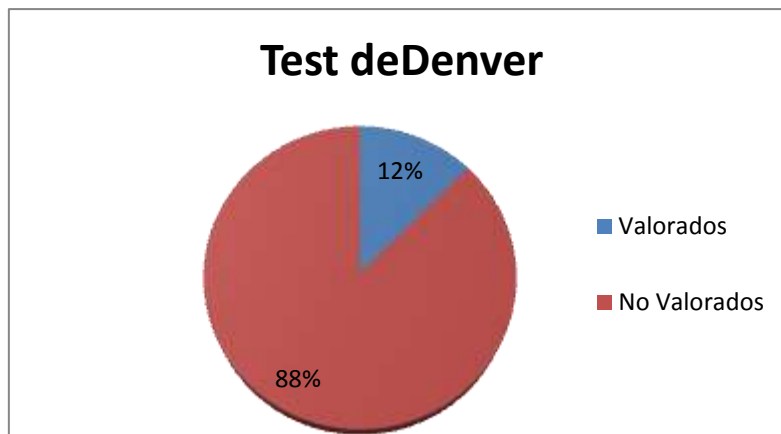


Gráfico N° 15

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: De 24 hijos de madres adolescentes que son el 100%. El 88% que corresponde a 21 niños no registran la valoración del Test de Denver en las Historias Clínicas y el 12% que corresponde a 3 niños si tienen valoración. Dándonos a notar que el personal de salud no valora el desarrollo psicomotriz, convirtiéndose en un grave problema ya que de no haber control, tampoco existirá una detección oportuna de alguna alteración en el desarrollo, ya que este Test valora 4 parámetros que son el social, lenguaje, motricidad fina y motricidad gruesa

7. Alteraciones fisiológicas de los niños hijos de madres adolescentes

Alteraciones	Número	Porcentaje
EDA	5	21%
IRA	4	17%
Desnutrición	0	0%
IRA y EDA	2	8%
Ninguna	13	54%
Total	24	100%

Cuadro N° 19

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

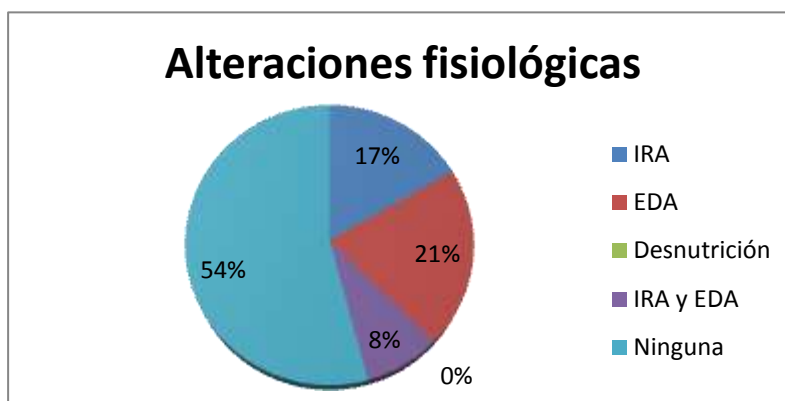


Gráfico N° 16

Fuente: Historia Clínica de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés

Elaborado por: Sara Jiménez

Análisis e Interpretación: De 24 hijos de madres adolescentes que son el 100%. El 54% que corresponde a 13 niños no presentaron ningún tipo de alteración, el 17% que corresponde a 4 niños tuvieron IRA, 5 niños que son el 21% tuvieron EDA y 2 niños que corresponden al 8% tuvieron IRA y EDA. Por lo que no existe ningún indicativo que el ser madre adolescente haya influido negativamente con el crecimiento y desarrollo. Un 21% de niños presentaron EDAS las cuales no trascendieron debido a la amplia cobertura de vacunas impuestas por el MSP.

Aplicación de la prueba del CH²

Frecuencias Observadas	si	no	total
1	4	5	9
2	3	4	7
3	2	1	3
Total	9	10	19

Cuadro N° 20. Frecuencias observadas
Elaborado por: Sara Jiménez

Frecuencias Esperadas	si	No	total
1	4.26315789	4.73684211	9
2	3.31578947	3.68421053	7
3	1.42105263	1.57894737	3
Total	9	10	19

Cuadro N° 21. Frecuencias esperadas
Elaborado por: Sara Jiménez

$$X^2 = \text{Sumatoria } (O - E)^2 / E^2$$

	Si	No	
1	0.00381039	0.00308642	0.00689681
2	0.00907029	0.00734694	0.01641723
3	0.1659808	0.13444444	0.30042524
	0.17886149	0.1448778	0.32373929

Cuadro N° 22. CH²
Elaborado por: Sara Jiménez

X2 =	0.32373
X2 critico =	0.85055177

La Ho se acepta porque X2 calculado es menor al X2 de tablas, es decir no hay diferencia significativa entre los grupos 1, 2 y 3 con respecto al ítem si y no

4.3 Verificación de Hipótesis

4.3.1.-Comprobación de la Hipótesis:

“Ser madre adolescente influye con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses”.

La Hipótesis planteada en el trabajo investigativo se ha convertido en una hipótesis estadística debido a que los datos obtenidos han permitido comprobar lo planteado, ya que de los 24 niños hijos de madres adolescentes de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés pertenecientes al Área N° 6 del Cantón Píllaro, dos han presentado alteraciones en la relación peso/edad y uno en cuanto a su talla, siendo esta una cifra determinante en la relación madre adolescente con el crecimiento y desarrollo, según la información que arrojaron las fichas de observación aplicadas. Por lo cual podemos decir que la Hipótesis se acepta.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Los resultados obtenidos en base a los controles prenatales realizados por las madres adolescentes determinan una deficiencia en cuanto a su número, ya que de las 24 madres solo 6 se realizaron de 7 a 9 controles, mientras que las demás tienen menos de 6 no cumpliendo con el parámetro óptimo de un control mensual.
- Según los datos arrojados se puede concluir que no se valora correctamente el desarrollo psicomotriz de los niños ya que el personal de salud no aplica el Test de Denver, el cual tiene como finalidad detectar posibles alteraciones de manera eficaz y temprana.
- Pese a que un 92% de los niños hijos de madres adolescentes no presentaron alteración significativa dentro del crecimiento y desarrollo de acuerdo a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública. Se debe destacar la aparición de 2 casos con alteraciones en la relación peso/edad y un caso en cuanto a talla/edad, alteraciones que de no ser tratadas oportunamente pueden convertirse en problemas irreversible para el niño

5.2. Recomendaciones

- Que el personal de salud realice conferencias y charlas educativas permanentemente dirigidas a las adolescentes y madres adolescentes acerca del cuidado y los controles prenatales que deben tener para un desarrollo normal del embarazo y de esta manera prevenir alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños.
- Que el personal de salud haga hincapié en el control del desarrollo de los hijos de madres adolescentes mediante la aplicación del test de Denver, para de esta manera lograr una detección oportuna de las alteraciones que se podrían presentar.
- Capacitar y fomentar en la madre la lactancia materna, hábitos alimenticios sanos y óptimos de acuerdo a la edad del niño, con la finalidad de prevenir la desnutrición y posteriores alteraciones en cuanto a sus medidas antropométricas. Parámetro que se lo utilizará para la elaboración de la propuesta, en donde se ampliará el tema.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

6.1. DATOS INFORMATIVOS

6.1.1. Título

Plan de capacitación sobre lactancia materna y alimentación complementaria con la finalidad de mejorar el estado nutricional de los niños, dirigido a las madres adolescentes de los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés del Cantón Píllaro.

Institución Ejecutora

Universidad Técnica de Ambato

6.1.2. Beneficiarios

Madres adolescentes y sus hijos de 0 a 2 años 6 meses de edad

6.1.3. Ubicación

Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés del Cantón Píllaro

6.1.4. Tiempo estimado para la ejecución

Fecha de inicio: Octubre 2012

Fecha de finalización: Diciembre 2012

6.1.5. Equipo técnico responsable

Sara Patricia Jiménez Vásconez

Personal de Salud

6.1.6. Costo

Materiales	Costos
Material de Escritorio y bibliográfico	\$ 200
Transporte	\$ 150
Material Didáctico	\$ 350
Refrigerio	\$ 100
Total	\$800

Cuadro N°23. Costos
Elaborado por: Sara Jiménez

6.2. Antecedentes de la Propuesta

Según el estudio realizado en el trabajo de investigación “Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses en los Subcentros de salud de Huapante y San Andrés del Área N° 6 del Ministerio de Salud Pública, Cantón Píllaro de la Provincia de Tungurahua, durante el periodo junio - Diciembre del 2012” se encontró que de una población de 24 niños hijos de madres adolescentes un 8% que corresponde a 2 niños registraron una valoración peso/edad bajo lo normal en sus historias clínicas, y un 4% que corresponde a un niño se encuentra bajo lo normal en la relación talla/edad.

Se debe tomar en cuenta que del 100% de madres adolescentes, un 33% solo se realizaron de 1 a 3 controles prenatales, siendo la mayor parte de ellos en las últimas semanas de embarazo, entre las 27 a 38 semanas de gestación, además que el 21% de ellas no tuvieron ningún control prenatal

Al respecto también se considera el ítem del rango de edad de la adolescente al convertirse en madre, el cual nos indica que de 24 madres adolescentes que son el 100%. El 21% que corresponde a 5 madres adolescentes pertenecen al grupo etéreo de

14 – 16 años, es decir durante la adolescencia media y el 79% correspondiente a 19 madres pertenecen al grupo etáreo de 17 – 19 años durante la adolescencia tardía, es entonces que se puede observar que el grupo etáreo donde la mayor parte de adolescentes se convirtieron en madres fue de 17 a 19 años de edad, por lo que éste dato es muy significativo para el direccionamiento de la investigación, por estar incluida la variable, edad de la madre en relación a madre adolescente, siendo este a la vez relacionado con el estado de salud y el óptimo control del niño sano.

La principal causa de un desbalance en cuanto al peso y talla de acuerdo a la edad de los niños es la alimentación recibida desde sus primeros días de vida, y dado el caso que un 25% de las madres alimento a los niños con leche materna exclusiva solo hasta los 3 meses de edad nos ayuda a determinar la principal causa de las alteraciones y a enfocarnos en la propuesta con la finalidad de evitar el apareamiento de nuevos casos, las complicaciones y tratamiento oportuno de los casos existentes y así evitar alteraciones que pudiesen presentar los niños las cuales pueden ser en la mayoría de los casos irreversibles.

6.3. JUSTIFICACIÓN

En base a las estadísticas obtenidas durante la investigación se puede detectar factores que interfieren negativamente en el crecimiento del niño, como son los escasos controles médicos a los que asistieron las madres durante el período de gestación, ya que un 33% de ellas solo se realizaron de 1 a 3 controles prenatales, y un 21% no tuvieron ningún control, siendo un número deficientes de controles y un grave problema para la salud del niño teniendo en cuenta el gran riesgo que implica ser madre adolescente y el cuidado que esta etapa requiere

El Nivel Educativo de las Madres Adolescentes juega un papel relevante en las condiciones de salud del infante ya que si ellas no poseen un amplio conocimiento sobre lactancia materna y alimentación complementaria no podrán cubrir las necesidades nutricionales de sus hijos lo que conllevará a posibles alteraciones sobre todo en las medidas antropométricas, además de influir en su desarrollo.

Al respecto como base de la investigación se debe tomar en cuenta que de 24 madres adolescentes que son el 100%, el 25% que corresponde a 6 madres adolescentes tienen un nivel de educación primario, y el 75% correspondiente a 18 madres adolescentes se encontraron cursando el nivel de educación secundario pero la mayoría de ellas no culminó esta etapa. Estos indicadores permiten darse cuenta de la importancia que tiene la intervención oportuna del personal de salud al momento de prevenir y detectar alguna alteración y prevenir posibles complicaciones en el crecimiento y desarrollo.

Por esta razón se propone un plan de capacitación sobre la importancia que tiene la lactancia materna y la alimentación complementaria de los niños, dirigido a las madres adolescentes de los subcentros de salud de Huapante y San Andrés pertenecientes al Cantón Píllaro, el cual permitirá fortalecer los conocimientos relacionados con la nutrición y el óptimo crecimiento y desarrollo.

De acuerdo a los datos estadísticos obtenidos anteriormente, mediante la propuesta planteada se busca controlar eficazmente el crecimiento y desarrollo del niño, evitar la aparición de posibles alteraciones y brindar un tratamiento oportuno y adecuado en caso de ya existirla.

Además se tratará de evitar posibles patologías derivadas de la mal nutrición, ya que este factor puede convertirse en un factor de riesgo para la aparición temprana de enfermedades principalmente Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) ya que el organismo del niño no se encuentra completamente maduro ni está apto para recibir algún tipo de alimentación que no corresponda a su edad.

6.4. OBJETIVOS

6.4.1. Objetivo General

- ❖ Promover la lactancia materna y la introducción de la alimentación complementaria acorde a la edad de los niños hijos de madres adolescentes de los subcentros de salud en Huapante y San Andrés mediante talleres.

6.4.2. Objetivos Específicos

- ❖ Educar a las madres sobre lactancia materna y alimentación complementaria

- ❖ Concientizar sobre la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
- ❖ Impulsar el consumo de alimentos óptimos para la nutrición del niño de acuerdo a su edad.
- ❖ Evaluar los conocimientos adquiridos por las madres y valorar posteriormente a los niños con alteraciones en su crecimiento.

6.5. Análisis de Factibilidad

De carácter social porque se realizó un trabajo de investigación con las personas de las comunidades en estudio, teniendo contacto con las mismas y logrando con esto conocer el funcionamiento de los subcentros de salud y hogares de las madres adolescentes.

Organizacional ya que se ha trabajado de manera conjunta con las autoridades de la Dirección Provincial de Salud, con las autoridades cantonales, las autoridades y personal de salud de los subcentros de Huapante y San Andrés los cuales fueron un enlace con las madres adolescentes, sus hijos y sus historias clínicas, además de brindarnos la apertura necesaria para llevar a cabo la presente investigación. Además de un trabajo coordinado con la Universidad Técnica de Ambato que colaboró con los permisos necesarios para acudir a las entidades de salud.

Ambiental ya que se propició un ambiente adecuado para la ejecución de este estudio, contando además con el factor económico necesario para la elaboración de este proyecto.

6.6. Fundamentación Científico - Técnico

La nutrición es un conjunto de procesos que tienen como finalidad transformar y utilizar los nutrientes para obtener energía, así como para mantener y reparar los tejidos. Según la OMS expone que la nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades una nutrición mejor permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una salud más robusta

La detección precoz de los trastornos en el crecimiento de los niños o en aquellos que tienen riesgo de padecerlos tiene por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan estos niños y disminuir su impacto en la salud del niño.

Los niños sanos aprenden mejor. La gente sana es más fuerte, más productiva y está en mejores condiciones de romper el ciclo de pobreza y desarrollar al máximo su potencial. Esto nos da a notar que mientras más pronta sea la detección, menores van a ser las consecuencias o el retardo del crecimiento de los niños

Según la publicación de la UNICEF en el 2006 manifiesta que la alimentación en la primera infancia es en unión con el estímulo, un factor determinante de los mecanismos neurológicos que favorecen el aprendizaje, la salud y una conducta favorable a lo largo de la vida. Los sistemas inmunológicos y las tensiones son regulados por la alimentación en los primeros años de vida

6.6.1. Lactancia Materna

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna óptima previene la malnutrición y puede salvar la vida a cerca de un millón de niños

La leche materna, llamada también sangre blanca, es la primera y exclusiva comida natural para los lactantes. La leche materna. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita especialmente inmunoglobulinas o anticuerpos, los cuales van a fortalecer sus defensas y a prevenir posibles infecciones, sin la necesidad de aportar con otro tipo de alimentos antes de los seis meses.

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.

6.6.1.1. Tipos de leche materna

La composición de la leche materna varía según la etapa de la lactancia. Debemos distinguir dentro de la leche materna al calostro, leche de transición y leche madura.

- **Calostro:** Este tipo de leche materna se secreta durante los primeros días luego del parto. Es un fluido espeso y de color amarillento debido a la alta concentración de beta carotenos, tiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas A, E, K, colesterol y algunos minerales como el sodio, hierro, zinc, azufre, potasio, manganeso y selenio en comparación con la leche madura. El calostro es fundamental para los primeros días de vida del niño, debido a alta concentración de nutrientes e inmunoglobulinas como factores de defensa.
- **Leche de transición:** Se produce entre el 4 y 15 días posparto.
- **Leche madura:** Se produce a continuación de la leche de transición. Los principales componentes de la leche materna son: proteínas, agua, lactosa, grasa, minerales y vitaminas.

6.6.2. Alimentación Complementaria

Inicia a partir de los 6 meses de edad, es definida como el proceso que 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. Estos alimentos se los debe iniciar de forma gradual y de acuerdo a la edad del niño, sin dejar a un lado la leche materna.

Introducción de Alimentos

- **De 6 a 7 meses de edad**

Estadio inicial: Se puede iniciar con una o dos cucharadas diarias del alimento. Al principio puede ser difícil para el lactante al cual le puede costar coger el alimento o que no sepa moverlo hasta el final de su boca y se le caiga o lo escupa, esto es normal. Lo

mejor es ofrecer purés de un solo alimento, sin azúcar ni sal como: patata cocida, arroz o cereales sin gluten diluidos con un poco de leche materna o con agua, una o dos veces al día y siempre después del pecho.

Segundo estadio: una vez que el niño aprende a comer con cuchara se introducen nuevos sabores y mayor variedad de alimentos, en forma de purés aplastados y semisólidos, que además le ayudaran a desarrollar su habilidad motora.

- **De 8 a 11 meses de edad**

La mayoría de los lactantes a esta edad son capaces de comer alimentos blandos como por ejemplo migas de pan, arroz, zanahoria cocida o trocitos de patata que pueden coger por sí mismos, llevárselos a la boca y masticarlos.

Los vegetales deben cocerse para ablandarlos, las carnes trocearse y triturarse en puré no muy fino. Los derivados lácteos sin azúcar añadido pueden estar presentes en la dieta desde los 9 meses. La lactancia materna debe continuar a demanda y si se ofrecen otros líquidos es preferible ofrecerlos en taza o vaso.

- **De 12 a 23 meses de edad**

La mayoría de los niños son capaces de comer casi los mismos tipos de comida que los demás adultos de su casa, teniendo en cuenta que precisan alimentos con alta densidad nutricional y que en esta etapa es tan necesario darle de comer como estimularle para que se autoalimente. La leche materna sigue formando parte de la dieta.

Recomendaciones al iniciar la alimentación complementaria

- No forzar la alimentación, dar de comer despacio, con paciencia y animando al niño a comer pero sin forzar la alimentación.
- Si el niño rechaza los alimentos, es conveniente experimentar con diferentes combinaciones de comida, sabores y texturas y métodos para animarle a comer.
- Minimizar las distracciones durante las comidas si el niño pierde el interés con facilidad.

- Es recomendable hablar con el niño durante la comida estableciendo contacto visual, recordando que el tiempo de la comida es un periodo de aprendizaje y amor.
- Mientras los niños comen siempre deben estar supervisados. Es importante recordar que los niños comen despacio y necesitan que se les dedique tiempo extra, atención y ánimo y que los adultos que les ayudan deben tener paciencia.

Consejos al momento de preparar los alimentos

Se debe tener gran precaución al momento de preparar los alimentos. Buenas prácticas de higiene y manejo adecuado de los alimentos sobre todo entre determinados grupos sociales o colectivos más desfavorecidos es indispensable para mantener una salud adecuada en el niño:

- Limpieza de las manos del cuidador y del niño antes de preparar u ofrecer la comida.
- Almacenar en refrigerador o alimentar inmediatamente después de la preparación.
- Utilizar utensilios limpios para la preparación y la alimentación.
- Evitar el uso de biberones al momento de ofrecer los alimentos

Inconvenientes de la introducción prematura de la alimentación complementaria

- Interfiere con la alimentación al pecho en perjuicio de ésta.
- Incapacidad del riñón de los niños pequeños para expulsar a través de la orina la ingesta excesiva de determinados nutrientes, especialmente proteínas y sodio
- Puede producir alergia a determinados alimentos
- Conlleva un riesgo de trastornos de la regulación del apetito
- Puede contener constituyentes perjudiciales para lactantes pequeños
- Puede contener aditivos y contaminantes.

6.7. Plan Operativo

FASES	ETAPAS	OBJETIVOS	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS Y TIEMPO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Planificación	1. Recolección de información acerca de lactancia materna y alimentación complementaria	Recolectar información concisa y clara para ser impartida a las madres	Lograr que la información obtenida sea de fácil comprensión y asimilación para los asistentes	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de libros e internet como medio de información • Estudio del tema. 	Recursos humanos: 24 madres adolescentes Recursos materiales: libros e internet. Tiempo: 1 semana por mes	Internet \$60 Impresiones \$50 Tinta \$40 Copias \$30 Material de escritorio \$80 Proyector \$60 Banner \$150 Refrigerio \$100 Local \$50 Materiales de Aseo \$30 Transporte \$150	Sara Jiménez
	2. Elaboración de material comunicacional	Elaborar material visual llamativo y claro para la exposición	Lograr que el material realizado ayude a una óptima comprensión del tema.	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar la información que se colocará en cada material. 	Recursos humanos: 24 madres adolescentes Recursos materiales: Material bibliográfico, marcadores, cartulinas, hojas, impresiones. Tiempo: 1 semana por mes		

	3. Adecuación de un lugar y fijación de un horario adecuado para ejecutar las charlas	Hallar un lugar de fácil acceso y establecer un horario de mayor disponibilidad para los asistentes	Obtener un lugar cómodo y de fácil acceso, además de un horario que permita la asistencia de todas las madres	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud del permiso. • Limpieza del lugar. • Coordinación con el personal para establecer el horario 	Recursos humanos: 24 madres adolescentes Recursos materiales: solicitudes de permisos, materiales de aseo Tiempo: 1 semana por mes		
Ejecución	1. Integración de los asistentes	Promover un ambiente relajado y agradable mediante la aplicación de dinámicas	Conseguir la integración entre participantes y expositor, que permita una mejor comunicación entre estos.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer en qué consiste la dinámica a realizarse • Entregar el material a utilizarse, de ser necesario • Ejecutar la dinámica 	Recursos humanos: 24 madres adolescentes Recursos materiales: Tiempo: 15 minutos previos al inicio de la charla		

<p>2. Charla educativa.</p>	<p>Educar y concientizar a las madres sobre lactancia materna y alimentación complementaria y su influencia en el crecimiento y desarrollo del niño</p>	<p>Lograr la comprensión y concientización acerca de los temas expuestos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impartir la charla con la ayuda de carteles demostrativos y diapositivas • Analizar los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna - Alimentación complementaria de acuerdo a la edad - Ventajas • Entrega de trípticos • Satisfacer dudas existentes sobre el tema 	<p>Recursos humanos: 24 madres adolescentes Recursos materiales: Carteles, diapositivas, trípticos, proyector, computadora Tiempo: 1 vez por mes</p>		
<p>3. Tiempo de esparcimiento</p>	<p>Disminuir la tensión y cansancio de los participantes</p>	<p>Lograr una mejor asimilación de conocimientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de bocaditos • Establecer la hora en la que se retomará la charla • Permitir la salida de los participantes 	<p>Recursos humanos: 24 madres adolescentes Recursos materiales: bocaditos Tiempo: 15 minutos intermedios de la charla educativa</p>		

Evaluación	1. Devolución de los temas impartidos.	Evaluar mediante preguntas la cantidad y calidad de conocimientos adquiridos durante la charla.	Recibir respuestas afines a las preguntas planteadas	<ul style="list-style-type: none"> Ronda de preguntas al público asistente. 	Recursos humanos: 24 madres adolescentes Recursos materiales: cuestionario Tiempo: Por 10 minutos, luego de culminada la charla		
	2. Valoración de medidas antropométricas de los niños hijos de madres adolescentes mensualmente	Determinar las medidas antropométricas que tienen los niños y su tendencia de crecimiento.	Lograr una alimentación óptima acorde a la edad y un crecimiento correcto.	<ul style="list-style-type: none"> Examinar si hubo un aumento en la tendencia de crecimiento de acuerdo a las tablas establecidas por el MSP en cuanto a peso y talla 	Recursos humanos: 24 madres adolescentes Recursos materiales: Historias clínicas, formatos en blanco de las tablas de medición de talla y peso del MSP Tiempo: 4 días a la semana		

Cuadro N° 24. Plan operativo de la propuesta
Elaborado por: Sara Jiménez

6.8. Administración de la Propuesta

La propuesta será administrada por la UTA y la investigadora y estudiante del VI Seminario de graduación de Enfermería en los Subcentros de Salud de Huapante y San Andrés.

Para efectos de evaluación se tomará en cuenta las unidades de salud del área en estudio, se considerará el número de 24 personas, como recurso humano.

Las madres adolescentes serán capacitadas una vez por mes, misma que durarán un tiempo estimado de 2 horas, en las cuales se impartirá conocimientos acerca de lactancia materna y alimentación complementaria, esperando que dicho plan se logre implementar en un 80%. A la propuesta se la llevará a cabo mediante un cronograma de actividades para lograr óptimos resultados, siendo este el siguiente:

Grupo de beneficiarios	Fases	Tiempo	Duración por etapas		Total
24 madres adolescentes	Fase 1: Planificación	Del 4 al 22 de marzo	Recolección de información	En 1 semana, 2 horas diarias	30 horas. a 24 personas
			Elaboración de material comunicacional	En 1 semana, 2 horas diarias	
			Solicitud de permisos, Adecuación del lugar, y fijación del horario	En 1 semana, 2 horas diarias	
24 madres adolescentes	Fase 2: Ejecución	25 de marzo	Integración de los asistentes	15 minutos	2 horas 30 minutos a 24 personas
			Charla educativa	2 horas	
			Tiempo de esparcimiento	15 minutos	
24 madres adolescentes	Fase 3: Evaluación	Del 25 al 29 de marzo	Devolución de los temas impartidos	10 minutos	4 horas 10 minutos a 24 personas
			Valoración de las medidas antropométricas	En 4 días. 1 hora diaria	
TOTAL	3 fases	Del 4 al 29 de marzo	8 etapas	4 semanas	36h40 min a 24 personas

Cuadro N° 25. Administración de la propuesta
Elaborado por: Sara Jiménez

6.9. Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

El seguimiento y evaluación se lo ha realizado según lo establecido en el modelo operativo, mediante valoraciones mensuales a los niños hijos de madres adolescentes, por otro lado se examinará los resultados y se tomarán en cuenta las respectivas sugerencias para modificar la propuesta o mantenerla.

Para lograr una valoración más real y eficiente sobre el conocimiento adquirido por parte de las madres adolescentes luego de las charlas se elaborará un cuestionario que constará de las siguientes preguntas:

- ¿Hasta qué edad alimentaría Ud. a su hijo solo con leche materna?
- ¿Qué beneficios proporciona la lactancia materna exclusiva?
- ¿Cuáles son los tipos de leche materna que existen?
- ¿A qué edad iniciaría con la alimentación complementaria?
- ¿Qué tipo de alimentos utilizaría para iniciar la alimentación complementaria?
- ¿Para Ud. cuáles son los consejos más relevantes al momento de la alimentación?

MATERIALES DE REFERENCIA

BIBLIOGRAFÍA

- CEPAL/CELADE. Cifras actualizadas en agosto del 2007 sobre la base de estimación y proyecciones vigentes en la CEPAL/CELADE
- DE ELORZA MARTÍNEZ Gustavo. Manual de Enfermería Zamora. Edición 1ra. Editorial Zamora Editores. 2006
- HIJANO Francisco, Evaluación del Desarrollo Psicomotor, 2008, Pág. 4, 5, 6, 7.
- ISSLER Juan, Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina N° 107, en su trabajo sobre “Embarazo en la Adolescencia”, 2001.
- INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Población y vivienda. Censos 2010
- JOYCE Y JOHNSON. Enfermería Materno – Neonatal. “Complicaciones del Embarazo”. Editorial El Manual Moderno. 2011
- LM EDITORES Ltda, Manual práctico de enfermería, “Enfermería materno infantil”, editorial LND, edición 2010
- LOWDERMILK, Deindra. Enfermería Materno Infantil. Edición 6ta, Edit. Océano, Barcelona.
- MSP, Manual de normas técnicas y procedimientos del sistema integrado de vigilancia alimentaria nutricional
- MSP, Manual de Normas Técnico Administrativas, Métodos y Procedimientos de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliada de Inmunizaciones, Ecuador, 2005.

- MSP. Sistema Común de Información – Proyecto de Población por Cantones y Parroquias 2010
- PRONESA (Programa Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor). Ministerio de Educación y Cultura del Ecuador – Agosto 2006

LINKOGRAFÍA

- Datos estadísticos de proyecciones y estimaciones de población según Cepal/ Celade para Ecuador. Disponible en:
<http://www.eclac.org/publicaciones/search.asp?cat=47&desDoc=Estimaciones%20y%20proyecciones%20de%20poblaci%C3%B3n>
- Datos estadísticos sobre adolescentes y embarazos en adolescentes según la encuestadora ENDEMAIN para Ecuador. Disponible en:
www.ecuadorencifras.com:8080/inecpedia/index.php/ENDEMAIN
- Datos poblacionales de la provincia de Tungurahua. Disponibles en infocentros:
<http://infocentros.gob.ec>
- Declaración Universal de los Derechos Sexuales en el Congreso Mundial de Sexología. Madrid Julio 2012. Disponible en:
<http://amecopress.net/spip.php?article9188>
- Desarrollo Puberal de acuerdo a la clasificación de Tanner. Disponible en:
<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/ejesTematicos/losylasAdolescentes/cap3C.html>
- Desarrollo Puberal. *BuenasTareas.com*. 08, 2011. Disponible en:
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Desarrollo-Puberal/2623535.html>

- El embarazo en adolescentes según la OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Volumen 87. 2009. Disponible en:
http://www.hospitalitaliano.org.ar/personas/index.php?contenido=con_personas_prof_oracle.php&idpersona=133
- Jóvenes Embarazadas entre 12 a 20 años en el 2011 en Tungurahua. INEC, Disponible en: www.inec.ec
- La adolescencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en:
http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Metroecuador (Abril 2010), “Ecuador con altos índices de embarazos jóvenes”. Disponible en: www.metroecuador.com.ec
- Nutrición y lactancia materna. Disponible en: www.who.int/topics/nutrition/es/.
www.who.int/topics/breastfeeding/es/
- Organismo andino de salud convenio hipolito UNANUE. Disponible en:
<http://www.orasconhu.org/remsa/remsa-xxviii>
<http://www.orasconhu.org/search/node/embarazo%20en%20adolescentes>
- Sistema Ampliado de inmunización según el MSP. Disponible en:
<http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA BASE DE DATOS DE LA UTA

- **SCIELO:** ROSSATO, Norma. Lactancia materna e inmunidad: Nuevos aspectos. *Arch. argent. pediatr.* [online]. 2008, vol.106. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752008000500001&lng=es&nrm=iso.
- **SCIELO:** LOPEZ, Diana y BENJUMEA, María. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI, para ferropenia en niños. *Rev. salud pública* [online]. 2011, vol.13. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- **SCIELO:** BARRIUSO, L. MIGUEL, M. y SANCHEZ, M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2007, vol.30, Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000500007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1137-6627.
- **SCIELO:** GATICA, Cristina I. y MENDEZ DE FEU, María. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. *Arch. argent. pediatr.* [online]. 2009, vol.107. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000600005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1668-3501.
- **SPRINGER:** WORLD HEALTH ORGANIZATION STAFF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Editorial Organización Mundial de la Salud. 2003. Disponible en: www.springer.org/estrategiamundialparalaalimentacióndellactante.

ANEXOS



ANEXO 1

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

FICHAS DE OBSERVACIÓN DIRIGIDAS A LAS MADRES ADOLESCENTES

Objetivo: Recolectar información para el trabajo de investigación referente a las Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad

Nombre de la Unidad Operativa:	Ficha N°:
Consolidación de Datos Estadísticos	
Nombre Madre:	Historia Clínica N°:
Edad:	
Edad inicio de relaciones sexuales:	
Estado civil:	
Nivel de Educación:	
Características socioculturales:	
Tipos de Servicios Básicos:	
Evaluación del Embarazo	
N° de controles:	
Edad gestacional en el 1° control médico:	
N° Ecos:	
Exámenes de Lab:	
Semanas de gestación al momento del parto:	
Complicaciones durante el embarazo	
Tipo de complicación:	
Parto	
Vía de parto:	
Lugar del parto:	

ANEXO II



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

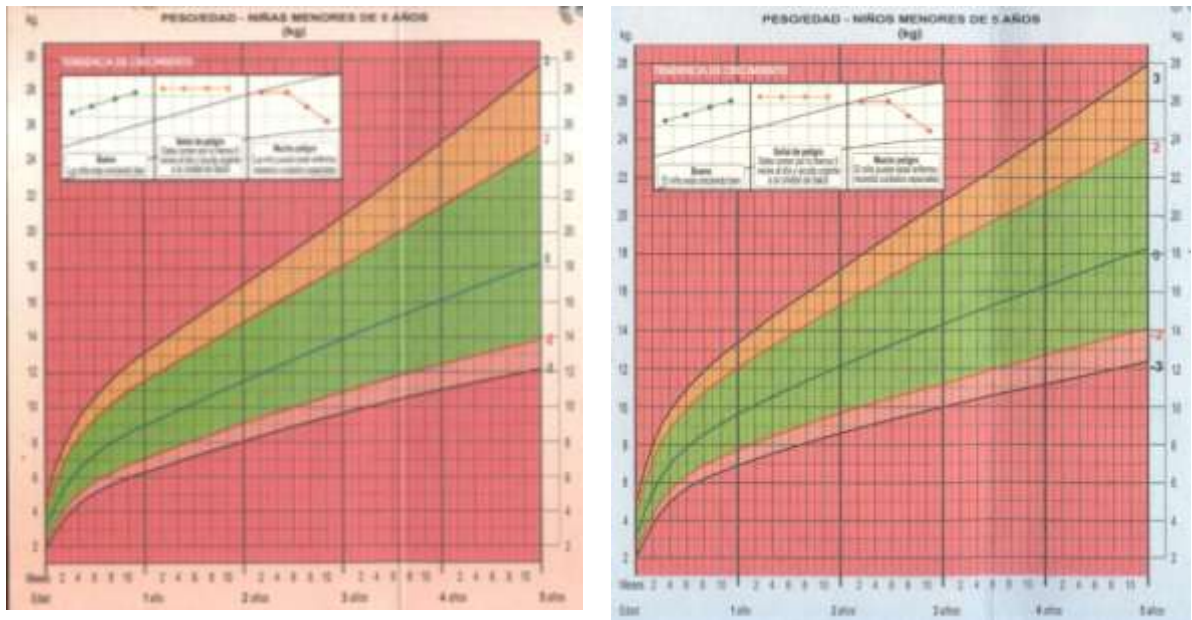
FICHAS DE OBSERVACIÓN DIRIGIDAS A LOS NIÑOS HIJOS DE
MADRES ADOLESCENTES

Objetivo: Recolectar información para el trabajo de investigación referente a las Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad

Nº de Historia Clínica:	Edad:	Ficha Nº:
Nº de Controles:	Intervalos de los controles:	
Evaluación del Desarrollo		
Denver () Aldrich y Norvan () Barrera-Moncada () Ninguno ()		
Relación Edad/Desarrollo:		
Apgar al nacer:		
Evaluación de Crecimiento		
Relación Edad/Peso:		
Relación Edad/Talla:		
Perímetro cefálico:		
Esquema de Vacunación para la edad:		
Enfermedades Prevalentes:		
Malformaciones:		

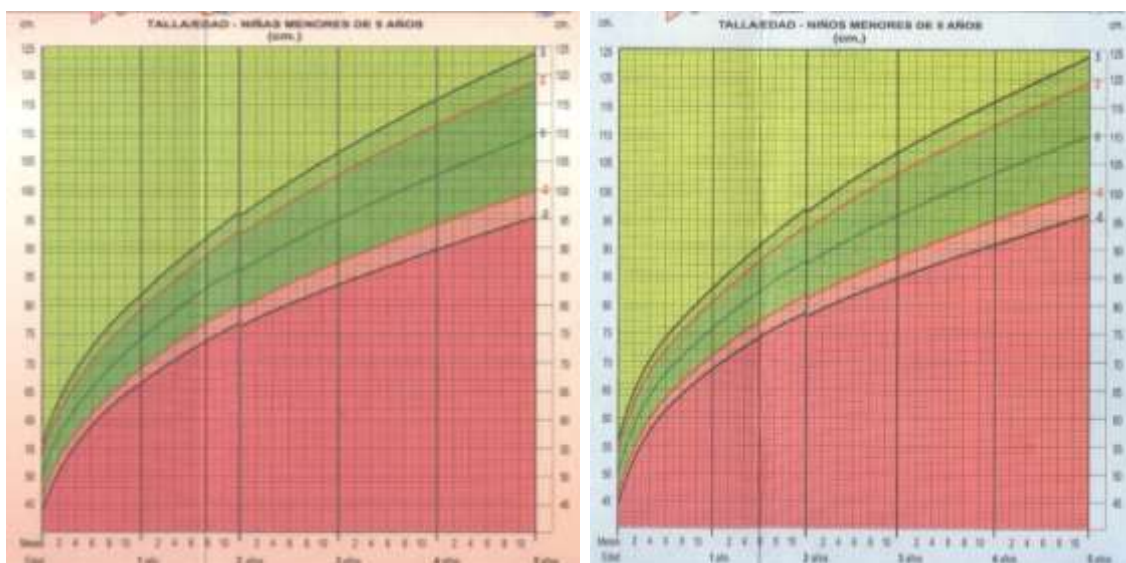
ANEXO III

Gráfica de valoración del Ministerio de Salud Pública en la relación Peso/Edad de niños y niñas menores de 5 años



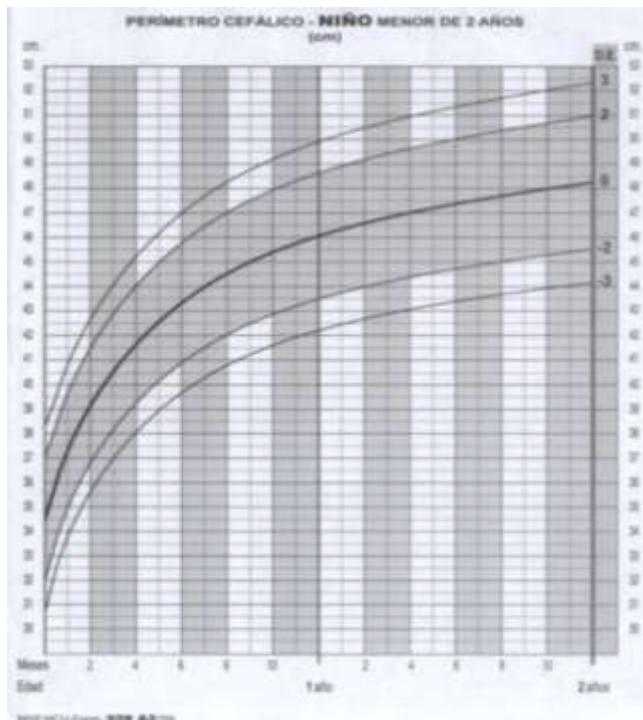
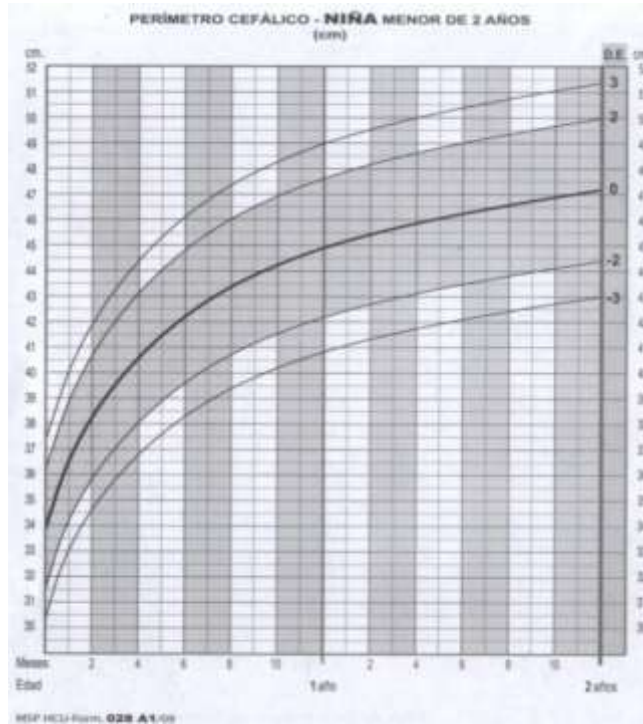
ANEXO IV

Gráfica de valoración del Ministerio de Salud Pública en la relación Talla/Edad de niños y niñas menores de 5 años



ANEXO V

Gráfica de valoración del Ministerio de Salud Pública del Perímetros Cefálico de niños y niñas menores de 5 años



ANEXO VI

Esquema de inmunizaciones

GRUPOS DE EDAD	VACUNA	TOTAL DOSIS	DOSIS RECOMENDADA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN					
					NUMERO DE DOSIS			REFUERZOS		
					1ra: Dosis	2da. Dosis	3ra. Dosis	1er. Refuerzo	2do. Refuerzo	3er. Refuerzo
MENORES DE UN AÑO	BCG	1	*0,05 ml	I.D	R.N					
	HB(Amazonía)	1	0,05 ml	I.M	R.N					
	Rotavirus	2	1 ml	V.O	2 m.	4 m.				
	OPV	3	2 Gts	V.O	2 m.	4 m.	6 m.			
	Pentavalente (DPT+HB+Hib)	3	0,5 ml	I.M	2 m.	4 m.	6 m.			
	Neumococo Conjugada	2	0,5 ml	I.M	2 m.	4 m.				
	SR	1	0,5 ml	S.C			6 m.			
Influenza Pediátrica	2	0,5 ml	I.M			6 m.	Al mes de la 1ra. Dosis	Solo en Campaña.		
12 a 23 meses	DPT	1	0,5 ml	I.M				1 año después de la 3ra. Dosis de Penta.		
	OPV	1	2 Gts	V.O				1 año después de la 3ra.		
	Neumococo Conjugada	1	0,5 ml	I.M				1 año de Edad		
	SRP	1	0,5 ml	S.C	Dosis Única					
	VARICELA	1	0,5 ml	S.C	Dosis Única					
	Fiebre Amarilla	1	0,5 ml	S.C	1 er. Contacto			Cada 10 años		
	Influenza Pediátrica	1	0,5 ml	I.M	Solo en Campaña.					

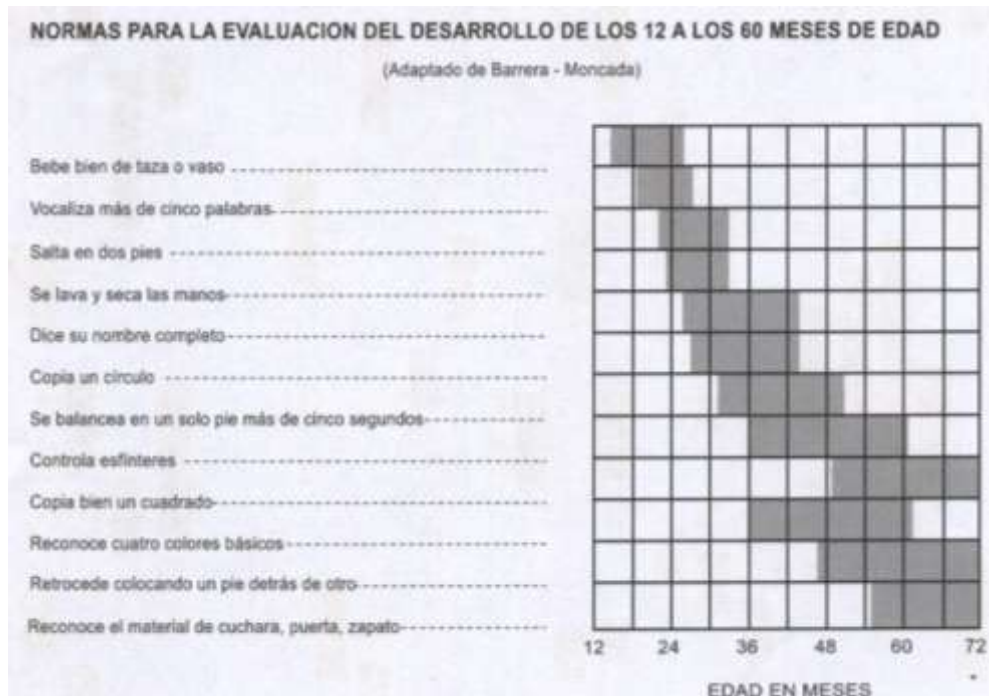
ANEXO VII

Test de Aldrich y Norval



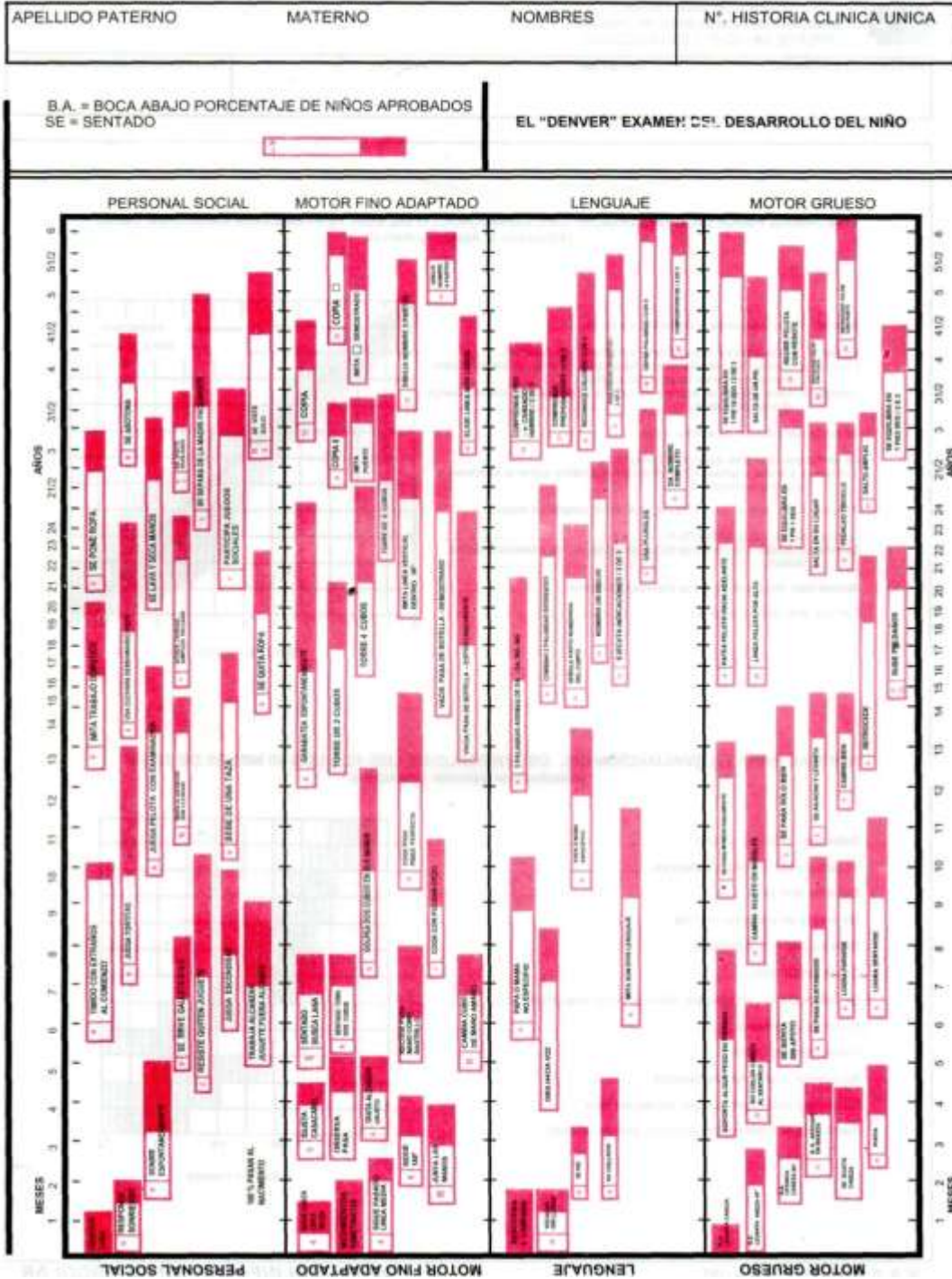
ANEXO VIII

Test de Barrera-Moncada



ANEXO XI

Test de Denver



ANEXO X

TRÍPTICO SOBRE LACTANCIA MATERNA

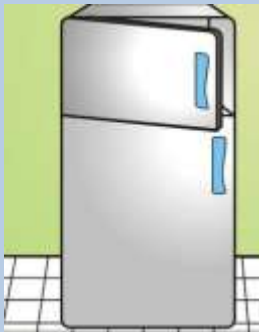
<p><u>LACTANCIA MATERNA</u></p> <p>Es la alimentación con leche del seno de la madre. Es el único alimento y el más importante durante los 6 primeros meses</p>  <p>Es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables</p>	<p><i>¿Cuáles son los tipos de leche materna?</i></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Calostro.-Presente durante los primeros días luego del parto es de color amarillo rica en nutrientes.• Leche de transición.- Se produce ente el 4 y 15 día posparto.• Leche madura.- Sus principales componentes son: proteínas, agua, lactosa, grasa, minerales y vitaminas.	<p><i>Posición correcta para alimentar al bebe</i></p> <p>Una buena posición es aquella en la que tanto la madre y el niño están cómodos.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Espalda correcta✓ Hombros cómodos y relajados✓ Acercar al bebe a la madre y no lo contrario✓ Colocar al bebe frente a la madre barriga con barriga 
---	---	--

Tipo de conservación

- ✓ A temperatura ambiente hasta 10 horas.



- ✓ En el refrigerador de 48 a 72 horas.
- ✓ En el congelador hasta 6 meses, en un recipiente plástico.



Consejos importantes



- ✓ No utilices biberones reemplázalos con una cuchara.
Lavar los senos antes y después de cada alimentación.
- ✓ Alimenta a tu niño de los senos alternativamente.
- ✓ Bríndale cariño durante la lactancia



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA.

TEMA:

Lactancia Materna



Equipo responsables:

- Sara Jiménez
- Equipo de salud.

Año 2012

Alimentación Complementaria

Es definida como el proceso que 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



¿A qué edad se debe iniciar la alimentación complementaria?



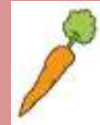
Es importante iniciar la alimentación a los 6 meses porque a esta edad la función digestiva de la mayoría de lactantes es casi totalmente madura.



Alimentos que debe ofrecer a los niños

✓ 6 a 7 meses

Ofrecer una comida al día como papilla (papas, zapallo, zanahoria con pollo, hígado)



✓ 8 a 9 meses

Ofrecer dos comidas al día

Hortalizas: acelga, tomate sin piel.

Frutas: naranja, mandarina.



Carnes y huevos: pescado y yema de huevo



Queso: blando y semiduro.



✓ 10 a 12 meses

Introducir el resto de hortalizas, Huevo entero

Desventajas del inicio precoz de la alimentación complementaria

Puede producir en los niños:

- ✓ Alergia alimentaria
- ✓ Sobrecarga de



solutos

- ✓ Mayor riesgo de infecciones
- ✓ Mayor gusto por el azúcar y la sal.



Consejos para la preparación de los alimentos y el momento de alimentarlo

- Lavarse las manos.



- Alimentar al niño inmediatamente luego de la preparación.
- Utilizar utensilios limpios para la preparación y la alimentación.
- Evitar el uso de biberones para ofrecer los alimentos complementarios.



- Alimentar al niño con paciencia ya que comen despacio.
- Minimizar las distracciones al momento de la comida.

UNIVERSIDAD
TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS
DE LA SALUD

CARRERA DE
ENFERMERÍA.

Tema:

Alimentación

Complementaria



Equipo responsables:

- Sara Jiménez
- Equipo de salud.

Año 2012