



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE HIPOLONGO CUATRO ESQUINAS Y YAYULIHUI DEL CANTÓN QUERO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO- 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”

Requisito previo para optar por el título de Licenciada de Enfermería

AUTORA: Sánchez Naranjo, Esther Orfelina

TUTORA: Lcda. Mg. Venegas Mera, Beatriz

Ambato – Ecuador

Junio 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE HIPOLONGO CUATRO ESQUINAS Y YAYULIHUI DEL CANTÓN QUERO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO- 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012” de Esther Orfelina Sánchez Naranjo, 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, Mayo del 2013

LA TUTORA

Lcda. Mgs. Beatriz Venegas Mera

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el informe de investigación: **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE HIPOLONGO CUATRO ESQUINAS Y YAYULIHUI DEL CANTÓN QUERO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO- 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora del trabajo de grado.

Ambato, Mayo del 2013

LA AUTORA

Esther Orfelina Sánchez Naranjo

DERECHOS DE 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, Mayo del 2013

LA AUTORA

Esther Orfelina Sánchez Naranjo

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 EL PUESTO DE SALUD DE HIPOLONGO CUATRO ESQUINAS Y YAYULIHUI DEL CANTÓN QUERO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO- 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”** de Esther Orfelina Sánchez Naranjo estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Junio del 2013

Para la constancia firman:

Presidente/a

1^{er} Vocal

2^{do} Vocal

DEDICATORIA

A Dios

A mis padres

Y a ustedes

Esther

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato
y todos sus docentes que con toda su
voluntad han hecho posible llegar a
este lugar en especial a mi tutora

Gracias

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁGINAS
PÁGINAS PRELIMINARES	
TÍTULO O PORTADA.....	I
PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
PÁGINA DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	III
PÁGINA DE DERECHOS DE AUTOR.....	IV
PÁGINA DE APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	V
DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTO.....	VII
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	VIII
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.....	XIII
RESUME EJECUTIVO.....	XV
SUMARY.....	XVI
CAPÍTULO 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

CAPÍTULO 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
CAPÍTULO 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
CAPÍTULO 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
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	90
5.2. Recomendaciones.....	91
CAPÍTULO 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: Operacionalización Variable Independiente.....	69
Cuadro N° 3: Operacionalización Variable Dependiente.....	70
Cuadro N° 4: Plan de recolección de información.....	71
Cuadro N° 5: Grupo etáreo 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 DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE HIPOLONGO CUATRO ESQUINAS Y YAYULIHUI DEL CANTÓN QUERO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO- 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”

Autor: Sánchez Naranjo, Esther Orfelina
Tutora: Lcda. Mgs Venegas Mera, Beatriz
Fecha: Mayo de 2013

RESUMEN

La presente investigación de las madres adolescentes y su relación con el crecimiento de los niños de 0 a 2 años 6 meses se basa en un enfoque crítico-propositivo que analiza de forma global el problema con el único propósito de plantear soluciones, que a lo largo de la investigación fueron guiadas por los objetivos que indican la relación en el crecimiento y desarrollo de los niños siendo hijos de madres adolescentes toda esta información se sustenta con el marco teórico desarrollo previamente y se comprueba mediante fichas de observación aplicadas tanto a las madres como a los niños en que se evidencia alteraciones leves en los niños y alarmantes en algunas madres de aquí se toman las conclusiones y recomendaciones que guiaron la elaboración de la propuesta con el único fin de disminuir algunas de las consecuencias irreversibles como el retraso en el crecimiento peso/talla y el desarrollo psicomotriz en los niños hijos de madres adolescentes.

PALABRAS CLAVES: ADOLESCENCIA, SEXUALIDAD, MADRES_ADOLESCENTES, CRECIMIENTO, DESARROLLO, SALUD_PÚBLICA

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

AUTHORIZE SCIENCES OF THE HEALTH

CAREER OF INFIRMARY

“ADOLESCENT MOTHERS AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE GROWTH AND DEVELOPMENT OF THE CHILDREN OF 0 TO 2 ANUSES 6 MONTHS OF AGE THAT GO TO THE POSITION OF HEALTH DE HIPOLONGO FOUR CORNERS AND YAYULIHUI OF THE CANTON QUERO, OF THE COUNTY DE TUNGURAHUA IN THE PERIOD JUNE 23 - NOVEMBER 23 2012”

Author: Sánchez Naranjo, Esther Orfelina

Tutor: Lcda. Mg Venegas Mera, Beatriz

Date: May of 2013

SUMMARY

The present investigation of the adolescent mothers and their relationship with the growth of the children of 0 to 2 years 6 months it is based on a focus criticize-propositive that analyzes in a global way the problem with the only purpose of outlining solutions that were guided by the objectives that indicate the relationship in the growth and the children's development being adolescent mothers' children this whole information along the investigation it is sustained previously with the mark theoretical development and he/she is proven by means of applied observation records as much to the mothers as to the children in that is evidenced light alterations in the children and alarming in some mothers of here they take the summations and recommendations that guided the elaboration of the proposal with the only end of diminishing some of the irreversible consequences as the delay in the growth weight/it carves and the development in the children of adolescent mothers

**PASSWORDS: ADOLESCENCE, SEXUALITY,
ADOLESCENT_MOTHERS, GROWTH, DEVELOPMENT,
PUBLIC_HEALTH.**

INTRODUCCIÓN

La presente investigación está dirigida a las Madres Adolescentes y sus hijos con el propósito de evaluar el ser madre adolescente y la relación en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad que acuden a los Puestos de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui del Cantón Quero

Ser madre adolescente se ha convertido en un problema de salud pública muy grave y preocupante, provocando gran impacto en la sociedad debido a que la adolescente es inmadura física y psicológicamente y no está lo suficientemente preparada para brindar los cuidados mínimos necesarios a sus niños.

El ser madre adolescente tiene consecuencias no solo en su vida sino en su familia, economía y sociedad. Muchas adolescentes no pueden continuar con sus estudios perdiendo así la oportunidad de superarse y así quedado dependiendo de terceras personas, que muchas veces las maltratan física y psicológicamente.

Las consecuencias de los hijos de madres adolescentes tienen complicaciones irreversibles tanto en el crecimiento como en el desarrollo convirtiéndose en un factor de riesgo muy alto para el niño, quien puede presentar a lo largo de su vida problemas que afectaría tanto físico como psicológico.

Dando a conocer la problemática de las madres adolescentes a nivel de Latinoamérica, Sudamérica, Ecuador, Provincia de Tungurahua, Cantón Quero y los Puestos de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui, el impacto hacia la sociedad y la importancia del estudio investigativo, el análisis crítico nos llevo a definir la prognosis y los objetivos.

Los diferentes estudios científicos previos 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, El Código de la Niñez y la Adolescencia, se realiza también el desarrollo de cada una de las variables en donde se habla sobre la madre adolescente, sexualidad, embarazo en las adolescentes y el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de

edad, control de niño sano, salud infantil y salud pública, finalmente se plantea la hipótesis con el señalamiento de las respectivas variables.

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.

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 que resultado de la investigación fue afirmada y se contempla las conclusiones y recomendaciones que se dan en base a los resultados obtenidos del análisis y la interpretación de resultados del capítulo IV.

Una vez culminado el trabajo investigativo se da a conocer la propuesta en base a soluciones con el fin de disminuir las complicaciones en el crecimiento y desarrollo de los hijos de madres adolescentes y así mejorar su estilo de vida.

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 en el Puesto de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui del Cantón Quero de la Provincia de Tungurahua en el período 23 de junio- 23 de noviembre del 2012”

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

La alta incidencia de embarazos en adolescentes en **Latinoamérica**, solo superada por África, no solo persiste sino que va en aumento, lo que supone un freno para el desarrollo de la región. Entre 25 y 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe, según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente.

Venezuela está a la cabeza de embarazos juveniles en **Sudamérica**. De los 591.303 partos de 2010, 130.888 fueron de menores de 19 años y 7.778 de madres menores de 15 años (casi 21% del total). Tras Venezuela, una de las tasas más altas de América Latina se registra en Ecuador, donde más del 17% de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres. El 15,6% de los nacidos vivos en Argentina son de madres adolescentes, pero la cifra aumenta en las provincias más pobres del país. (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2011)

En **Ecuador**, 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del Embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década, es del 74% y en mayores de 15 años es del 9%. La tendencia de fecundidad adolescente en Ecuador es la

más alta de la región andina, llegando a 100x1000 NV. (CELADE, 2007) Según cifras del **Ministerio de Salud Pública** (MSP), Ecuador registró un incremento del 74% de embarazos de niñas de entre 12 y 14 años, en los últimos años, en los últimos 10 años durante el año 2010. Las cifras señalan, además, que una de cada cinco adolescentes se ha embarazado, y de estas jóvenes el 45% no estudia ni trabaja. (Viteri Díaz G, 2007)

Susana Guijarro, encargada del área de adolescentes del MSP, un embarazo en esa etapa se traduce a 2,5 años de escolaridad menos para las mujeres y cada hijo adicional acarrea un año menos de escolaridad en media y manifiesta que.

Dos de cada tres adolescentes sin educación en Ecuador son madres o están embarazadas por primera vez, una estadística que despertó la alarma en el Gobierno, que emprendió una campaña de control de la natalidad criticada por la Iglesia católica. La tasa de fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la región andina, dijo Susana Guijarro, encargada del área de adolescentes del Ministerio de Salud.

"Dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década es del 74 % y en mayores de 15 años es del 9 %".

"Las mujeres que no terminan los estudios tienen menos oportunidades de trabajo y menos ingresos y es más probable que aumenten sus condiciones de pobreza y las de su generación, ubicándose en condiciones de especial vulnerabilidad". El ex-ministro de Salud, David Chiriboga, anunció que habrá "acceso gratuito a todos los métodos anticonceptivos en todas las unidades del Ministerio de Salud Pública y de la red pública de salud".

La información y orientación se dirigirán en particular a los casi 2,8 millones de adolescentes de Ecuador, un país que tiene un alto porcentaje de población joven

"La natalidad no se controla con métodos mecánicos ni con tratamientos farmacológicos, sino con una adecuada educación sexual, que lleva al respeto de

la relación sexual como expresión del auténtico amor humano, exclusivo y estable por definición, fuente de nuevas vidas",

Según la Conferencia, los jóvenes no necesitan "una promesa falsa de sexo seguro e información sobre métodos anticonceptivos" y recordó que desde hace algunos años difunde, para la enseñanza secundaria, una serie de folletos sobre educación sexual con el título "saber amar".

A su criterio, "la mayoría de los métodos artificiales de control de la natalidad, que se difunden con mucha propaganda y ofrecimientos engañosos, respondiendo a intereses económicos y planteamientos geopolíticos de los poderosos, generalmente son abortivos".

"No curan enfermedad alguna y tampoco garantizan el fin que declararan, limitar la natalidad", añade la Conferencia, que mantiene que las campañas masivas destinadas a promover el uso de medios anticonceptivos "han fracasado en muchos países, donde han contribuido al fomento de la promiscuidad, a la multiplicación de enfermedades venéreas y crecimiento del número de abortos".

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.

Quero es un cantón 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.

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.

El **Puesto de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas** posee una población de 2000 habitantes aproximadamente, se halla a una distancia de 8 Km del centro del Cantón Quero, aproximadamente a unos 15 minutos.

El **Puesto de Salud de Yayulihui** tiene una población total de 2500 habitantes aproximadamente, localizada a 5 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

Tanto en la comunidad de **Hipolongo Cuatro Esquinas** y **Yayulihui** tres de cada diez adolescente están embarazadas o ya tiene uno o más hijos, el 50% de esta población tiene un matrimonio estable y el 50% está soltera y proviene de hogares desorganizados, el 70% de la población adolescente no han concluido más que con la primaria y un 30% se encuentra estudiando la secundaria.

1.2.2 Análisis crítico

La madres adolescentes tiene como una de las causas fundamentales la desintegración familiar sea esta causada por migración, separación o unipaternalidad, que son las madres que criaron a sus hijas solas sin una figura paterna sino con padrastros promiscuos sin respeto, esto empuja a que la adolescente se sienta independizada sin un ejemplo a seguir e incide en el inicio relaciones sexuales tempranas muchas veces empujadas por el mismo antecedente de la madre, dando como resultado un embarazo no deseado.

Las influencias en el aspecto psico-social de cada una de las adolescentes se ve influenciada por las propagandas o programas en donde se ve escenas explicitas de sexo dándolo como si fuera importante y vital en la adolescencia siendo esta una sociedad alentadora para inicio precoz de las relaciones sexuales sin dar a conocer sus consecuencias como son los hijos no deseados.

Casi todos los niños son resultado de estas relaciones sexuales precoces son niños que desde su concepción no son aceptados por la madre ni la familia, ni la dan la importancia al embarazo como se debe, estos controles son esporádicos, solo cuando existen complicaciones importantes y casi todas estas complicaciones son irreversibles como el bajo peso que influye en el peso y talla.

La adolescencia es una etapa en la que se da la mayor ganancia de peso, talla y desarrollo psico-social y al quedar en estado de gestación esta etapa queda truncada y aun mas cuando el feto que en el vientre de esta adolescente se desarrolla, lucha por los nutrientes que en poca cantidad adquiere esta madre teniendo consecuencias de restricción de crecimiento intrauterino, esto aumentan la morbi-mortalidad infantil.

El déficit de alimentos se da en estos niños porque generalmente se encuentran en estrato socio-económico bajo siendo escaso el dinero como invertirlo en buena alimentación de calidad y cantidad, y aun mas por el desconocimiento que tienen las madres de cada uno de los nutriente propios de la zona que muchas veces con comercializados con el único objetivo de obtener dinero y comprar alimentos de menos aporte nutritivo pero en mayor cantidad como son los carbohidratos y grasas que solo aportan en el crecimiento ponderal y no en crecimiento y desarrollo con características normales para la edad de cada uno de estos niños.

1.2.3 Prognosis

El embarazo es un estado normal en la edad adulta, pero los embarazos en las adolescentes habrá muchas complicaciones en el prenatal y postnatal tanto para la madre como para el niño que este nacerá con bajo peso, retardo de crecimiento intrauterino, prematuro y tendrá consecuencias irreversibles como falta de

crecimiento ponderal y retardo en el desarrollo psicotríz y aumentará la morbi-mortalidad infantil.

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 el puesto de salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui?
- ¿Qué alteraciones existen en las medidas antropométricas y test de Denver?
- ¿Cómo afecta 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 mermar el porcentaje de madres adolescentes y contrarrestar en parte la alteración del crecimiento y desarrollo psicomotriz?

1.2.6 Delimitación del problema

Campo: Enfermería

Área: Salud Pública

Aspecto: Relación entre ser madre adolescente y el crecimiento y desarrollo.

Delimitación temporal: La investigación se realizó desde 23 de junio- 23 de noviembre del año 2012

Delimitación espacial: En los Puestos de Salud de la Comunidad de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui del Cantón Quero en la Provincia de Tungurahua.

1.3 Justificación

El presente proyecto **investiga** porque el índice de retardo en el crecimiento y desarrollo de los niños hijos de madres adolescentes son preocupantes que por lo general son mujeres de estratos sociales bajos, con escolaridad mínima y muchas de estas no invierten su tiempo libre en buscar la superación sino mas lo toman a la ligera y piensan que la maternidad es el camino más corto para separarse de la familia o ser liberales sin pensar en las responsabilidades y consecuencias que estas acarrearán sin pensar ni en ellas menos aun en los niños.

Es **importante** conocer que la maternidad es propio de la edad adulta y que cuando se da en una adolescente causa muchos cambios físicos, psicológicos, socioeconómicos y sociales, muchas de estas quedan aisladas con sus hijos que no están bien cuidadas por falta de conocimiento o recursos económicos dando como resultado retardo notable en el crecimiento y desarrollo

Es **novedoso** plantear la investigación que logre solucionar en un porcentaje aceptable los embarazos en adolescentes para disminuir las tasas de morbi-mortalidad tanto en la adolescente como en el niño.

Es de gran **utilidad** por que ayuda a la investigación que existe a nivel nacional un Comité Juvenil de Prevención de Embarazo en Adolescentes que ha venido participando en la elaboración y diseño de varias iniciativas relacionadas, incluyendo la Estrategia de Planificación Familiar, política nacional reciente. En el ámbito local se cuentan el posicionamiento de la Prevención de EA en las agendas de diferentes organizaciones políticas, ambientalistas, comunicación.

Causa **impacto** en la sociedad por el alto índice de embarazos en adolescentes y que al respecto se hace caso omiso de nuevas propuestas o estrategias que por falta de recursos muchos de estos no son apoyados y no llegan a concretarse con resultados favorables para la población actual que va en aumento.

Es **factible** por la gestión y organización entre autoridades e investigadora que han hecho posible la realización de esta investigación facilitando accesibilidad a las áreas y puestos de salud de la Provincia de Tungurahua

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Investigar de que manera influye ser madre adolescente con el crecimiento y desarrollo en los niños de 0 a 2 años 6 meses

1.4.2 Objetivos específicos

- Cuantificar a las madres adolescentes de 10 a 19 años son atendidas en el puesto de salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui.
- Determinar de qué manera afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento y el desarrollo.
- Implementar un tríptico didáctico-educativo para contrarrestar las alteraciones del el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes investigativos

ANDRADE V., Maria I, (Dra), 2009, S.C.S Puengasí, investigó las 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

Y concluyó en que se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, correlacional y no experimental, con pacientes adolescentes con embarazos subsecuentes, en edades de 15 a 19 años, que acudieron a control prenatal mensual al subcentro de salud Puengasí 1, ubicado en la segunda etapa de la Cooperativa Obrero Independiente, sector urbano marginal de la ciudad de Quito, con el objetivo de Analizar las Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente, sus factores condicionantes y sus consecuencias, en el año 2009, la muestra fue de 10 adolescentes embarazadas por segunda y tercera vez captadas en la consulta médica diaria, a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada, las mismas que fueron categorizadas , analizadas e interpretadas para cumplir con el objetivo. Se encontró adolescentes con embarazos subsecuentes en edades: 3 de 16 años, 1 de 17 años, 3 de 18 años y 3 de 19 años, el estado civil es en su mayoría unión libre, la escolaridad en su mayoría con secundaria incompleta, desempleadas, dedicadas a los quehaceres del hogar y dependientes económicamente de sus familiares, por ser su pareja también adolescente o por tener trabajos ocasionales. 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.

CACUANGO E, Mayra P. y **MUÑOZ C.**, Ruth V, 2010, Área de Gineco-obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra investigaron los principales

problemas socio-económicos en las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad

Llegando a la conclusión de que en la Provincia de Imbabura, ciudad de Ibarra, en el “Hospital San Vicente de Paúl” se realizó la investigación, que se basó principalmente en identificar los problemas socioeconómicos a los que se enfrentan las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad, atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl. Para el desarrollo de esta investigación se aplicó encuestas a las adolescentes embarazadas; en las que se identificó principalmente las edades en las cuales hay mayor riesgo de embarazo, el nivel de educación; el medio social, económico, cultural, familiar y el estado civil.

GARCIA, Katty y REVELO, Lisseth., en el año 2010, en el Subcentro de Salud de Julio Andrade de la Provincia del Carchi investigaron sobre los conocimientos actitudes y prácticas sobre alimentación en mujeres adolescentes embarazadas.

Y concluyeron que en la actualidad se presentan diversos problemas durante la gestación tanto en la madre como en su hijo; problemas que se producen por una mala alimentación. Basándose en este problema se realiza la presente investigación para conocer cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación en mujeres gestantes que acuden al Subcentro de Salud Julio Andrade. La recolección de datos fue realizada mediante la aplicación de encuestas a 110 mujeres gestantes tomadas como muestra. Las encuestas revelaron que la mayoría de mujeres conoce cual es la alimentación adecuada que se debe consumir durante un embarazo, pero lamentablemente no ponen en práctica sus conocimientos y un mínimo grupo de mujeres desconocen del tema. Después de la obtención de estos resultados se realiza la elaboración e implementación de un programa de educaciones continuas dirigidas a los usuarios del Subcentro de Salud; además se elaboró una guía nutricional para mujeres gestantes la cual será utilizada como instrumento de educación y consulta de la usuaria. Con la educación y la utilización de la guía nutricional se espera ayudar a disminuir los problemas que se presentan durante la gestación los cuales pueden ser prevenidos con una adecuada educación.

2.2. Fundamentación filosófica

La investigación se enmarca dentro del paradigma critico-propositivo. *“Crítico porque los problemas parten de situaciones reales y tiene por objeto transformar la realidad en pro del mejoramiento de los grupos o individuos implicados en ella”* ADAMES, Rudy. Investigación científica. (2003). Por tanto, los problemas de investigación arrancan de la acción. En este caso se analizará la realidad de la madre adolescente y el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses porque muchos niños que son hijos de madres adolescentes tienen complicaciones irreversibles sean estas adquiridas pre o post natales que por descuidos de las adolescentes no le dan la importancia del embarazo, parto y cuidados desde su nacimiento.

2.3. Fundamentación legal

En el Código de la Niñez y la Adolescencia, reza:

Art. 22.- Derecho a tener una familia y a la convivencia familiar.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse en su familia biológica. El Estado, la sociedad y la familia deben adoptar prioritariamente medidas apropiadas que permitan su permanencia en dicha familia.

Art. 23.- Protección prenatal.- Se sustituirá la aplicación de penas y medidas privativas de libertad a la mujer embarazada hasta noventa días después del parto, debiendo el Juez disponer las medidas cautelares que sean del caso.

Art. 24.- Derecho a la lactancia materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo.

Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.

Art. 25.- Atención al embarazo y al parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o

niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

Art. 26.- Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral.

Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.

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

Derechos relacionados con el desarrollo

Art. 48.- Derecho a la recreación y al descanso.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la recreación, al descanso, al juego, al deporte y más actividades propias de cada etapa evolutiva.

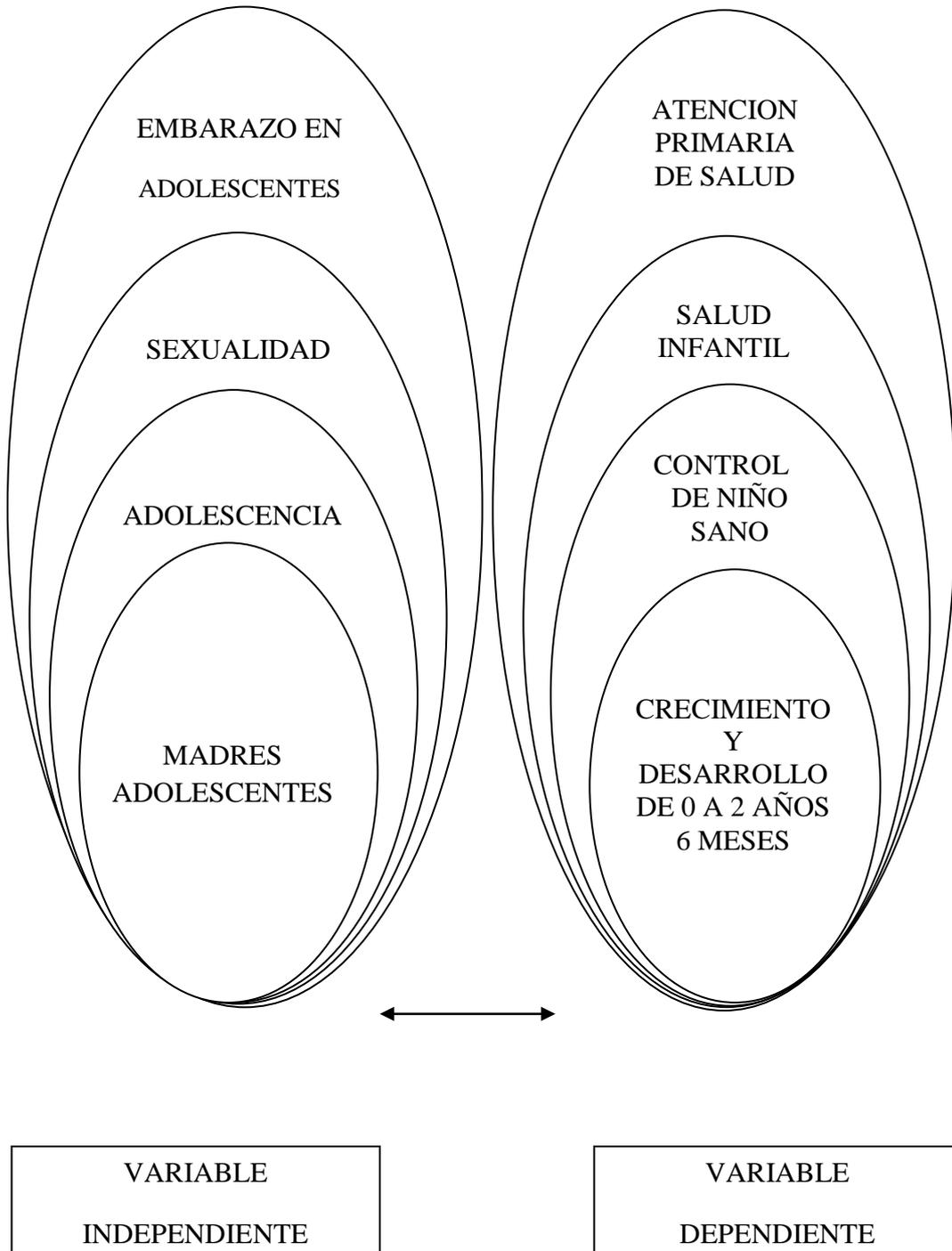
Es obligación del Estado y de los gobiernos seccionales promocionar e inculcar en la niñez y adolescencia, la práctica de juegos tradicionales; crear y mantener espacios e instalaciones seguras y accesibles, programas y espectáculos públicos adecuados, seguros y gratuitos para el ejercicio de este derecho.

Los establecimientos educativos deberán contar con áreas deportivas, recreativas, artísticas y culturales, y destinar los recursos presupuestarios suficientes para desarrollar estas actividades.

El Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia dictará regulaciones sobre programas y espectáculos públicos, comercialización y uso de juegos y programas computarizados, electrónicos o de otro tipo, con el objeto de asegurar que no afecten al desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes.

2.4 Categorías Fundamentales

Gráfico N° 1



Fuente: Proyecto de Investigación General para el VI seminario de Graduación
Elaborado por: Sánchez Naranjo, Esther Orfelina

2.4.1. Fundamentación Teórica: Variable Independiente

MADRES ADOLESCENTES

“El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud, no tanto por la mortalidad que origina o por su incidencia (que no son elevadas) sino por la magnitud de la morbilidad que les acompaña. Sus principales consecuencias son abortos, matrimonios forzados, maternidad no deseada, adopciones etc. Sea cual sea la opción escogida tendrá una significativa repercusión en su futuro, tanto a nivel socioeconómico como afectivo.” URMENETA A., ECHEVERRÍA M., MARTÍN L. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Camino. Pamplona-España 2008

Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse, a prioridades, con una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social de la adolescente embarazada.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), *De las más de 7 millones de mujeres que viven en el Ecuador, 3 645 167 son madres. De ellas, 122 301 son adolescentes*

- Según el rango de edad, **el 3,4% de las madres tiene entre 12 y 19 años**, es decir, 122 301 madres **son adolescentes (mujeres entre 12 y 19 años)**, frente a 105 405 madres del 2001. El 24 % de las madres se ubican entre los 30 y 39 años.
- El **5,2% de las madres afroecuatorianas son adolescentes**, seguidas de las indígenas con 4,3%. El 81,4% de las madres adolescentes tiene un hijo, seguidas del 16% que tiene dos hijos.
- De acuerdo al nivel de instrucción el **51,1% de las madres en el país, tienen educación básica**, el 23,1% educación media y el 17% educación

superior. Las madres que no poseen nivel de instrucción tienen un promedio de 6 hijos, mientras las de Educación media 2,4 hijos

- En las características económicas de las madres el **45,3% de las madres se dedican a quehaceres domésticos** mientras el 42,9% trabaja, de estas últimas el 22,9% se dedica al Comercio al por mayor y menor.

ADOLESCENCIA

Concepto.- PAPANIA, en su libro Psicología del Desarrollo describe a la adolescencia como “transición durante el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que entraña cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales”.

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

“La adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud -entre los 10 y los 24 años-. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años.” Organización Mundial de la Salud,

“Época de la vida del hombre o de la mujer en que comienzan a manifestarse caracteres como el cambio de voz, el desarrollo de las funciones genitales, etc.” Según el Diccionario de la Lengua Española, Códice

“Es la época de la vida que sigue a la infancia. Comprende varios años de la vida humana en el curso de los cuales, tanto en el varón como en la hembra, se producen profundas modificaciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que permiten la transformación progresiva del niño.” Gran Larousse Universal, Plaza & Janés

Por lo que se concluye que la adolescencia es un periodo de cambios bio-psico-sociales donde el individuo tiene una búsqueda de una propia identidad lo cual lo convierte en una persona que es susceptible a cambiar repentinamente su forma de actuar está en contra de la injusticia y cree en la justicia pero si puede conseguir las cosas de la manera más fácil no duda en hacerlo, solo por los valores y normas que ha aprendido de la familia, tiene gran interés por lo que ocurre fuera del contexto familiar lo que lo hace vulnerable a las adicciones si no hay una buena comunicación con su familia nuclear, la adolescencia no es el periodo más crítico de las etapas de la vida pero si no se da una educación con límites bien establecidos y con las figuras de autoridad apropiadas o no se respetan normas y acuerdos se corre el riesgo de que los padres sean remplazados por otras personas en las cuales el adolescente se identifica y pierden autoridad y mando uno de los motivos para considerar a la adolescencia como etapa difícil se tienen que tomar decisiones pero si se da una orientación adecuada no habrá ningún problema, más bien los padres tienen una idea vendada por los medios de que la adolescencia es la etapa crítica todas las etapas pueden serlo si no se afirman los lazos familiares y no se establece adecuadamente normas y valores y si no se enseña a los hijos a tomar

Etapas de la Adolescencia

Se define la adolescencia como una etapa que transcurre entre los 10 y 19 años considerando tres etapas:

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

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

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

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

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

- Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.
- Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

Cambios Físicos en la Adolescencia

Durante la adolescencia los y las jóvenes atraviesan una serie de cambios físicos propios de esta etapa y que a continuación describiremos.

Caracteres sexuales primarios.- están presentes desde la concepción pero se definen en el periodo puberal; se refiere al agrandamiento y maduración de los órganos necesarios para la reproducción; en los hombres son los testículos, el

escroto, el pene, las vesículas seminales, la próstata y la aparición de la espermatozoos; y en las mujeres el útero, ovarios, las trompas de falopio y vagina, además de la aparición de la menarquía.

Durante la pubertad, estos órganos se agrandan y maduran. En los chicos el primer indicio de la pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto. En las chicas, el crecimiento de las características sexuales primarias no es evidente pues estos órganos son internos.

Caracteres sexuales secundarias.- No se relacionan con los órganos de la reproducción, pero juegan un papel importante ya que se diferencian físicamente los hombres de las mujeres y estos son:

- **En los hombres.-** Crecimiento del vello púbico, axilar y facial, desarrollo muscular, cambios en la voz (engrosamiento), cambios en la piel y ensanchamiento de los hombros.
- **En las mujeres.-** Crecimiento del busto, vello púbico, axilar, cambios en la voz, en la piel, ensanchamiento de las caderas y desarrollo muscular (glúteos y en casos abdomen).

Desarrollo del Adolescente

Desarrollo Psicosocial.- El adolescente busca definir su identidad como miembro de una estructura social compleja, esto lo logra cuando desarrolla su propio sistema creencias y objetivos profesionales o proyecto de vida.

Tratan de ser aceptados por sus amigos y se alejan del núcleo familiar aunque dependan de sus padres para el aspecto financiero y emocional, refugiándose en sus pares para demostrar su independencia y muchas veces demuestra ser lo contrario de lo que se espera de ellos.

Proyecto de vida.- Según Julio Ayala en su artículo Adolescencia y Proyecto de vida de la revista Fundamentos de la Persona (2007) el proyecto de vida nace a partir de las condiciones culturales, ambientales, socioeconómicas en que se desenvuelve el adolescente y de su espontaneidad y creatividad. Éste le ayuda a

descubrir qué sentido tiene su vida, llenar sus expectativas, ser auténtico y respetado por sus ideas, además de ayudarlo a superar el presente y proyectar su futuro.

Por otra parte Ramiro Amato del Centro Rosarino de Estudios sobre Adolescencia (2008) describe que la sola existencia de un proyecto de vida en el adolescente mejora sus probabilidades de desarrollar hábitos y conductas saludables, disminuyendo el riesgo de efectos adversos sobre la salud integral del adolescente y crea en él, a largo y mediano plazo la práctica de las mismas para alcanzar las metas trazadas

Desarrollo Psicosexual.- “Para el joven es importante percibirse como un ser sexual, reconocer la propia orientación sexual, aceptar la excitación sexual y formar lazos románticos, para el logro de la identidad sexual. Esta conciencia apremiante de la sexualidad es un aspecto importante en la formación de la identidad, que influye profundamente en la imagen personal y en las relaciones. Aunque este proceso rige la biología, su expresión la define en parte la cultura.

Aunque está presente en niños de corta edad, es en la adolescencia que la orientación sexual de una persona se vuelve un asunto apremiante: si a la persona la atraerán sexual, romántica y afectivamente personas del otro sexo (heterosexuales) o del mismo sexo (homosexuales) o de ambos sexos (bisexuales).”

Para el adolescente es importante definirse en este aspecto y muchas veces demuestra su inclinación sexual con el inicio de las relaciones sexuales tempranas, para demostrar la “madurez” alcanzada a sus amigos.

Desarrollo Moral.-Al tiempo que los procesos de pensamiento maduran, también lo hace el razonamiento moral. El desarrollo cognoscitivo y psicosocial permite a los adolescentes un pensamiento más abstracto y un cuestionamiento de las opiniones morales de sus padres. Al mismo tiempo el desarrollo social los exponen a una variedad de valores éticos. A su vez las experiencias personales

fuerzan a los adolescentes a tomar decisiones por sí mismos y a cavilar sobre cuestiones morales de forma más amplia que cuando eran más jóvenes.

Entre los 8-11 años se construye una moral autónoma. El niño procede por reglas propias inspiradas en la cooperación y en la interacción con los demás.

SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

Relaciones Sexuales en el Adolescente

Papalia en su libro *Psicología del Desarrollo* (Última Edición) describe que tanto chicos como chicas, inician tempranamente su vida sexual por la influencia de aquellos jóvenes que ya habían mantenido relaciones sexuales, de la misma manera expresa que los índices son mayores en el género masculino en relación al femenino. Es importante señalar que las chicas en menor grado que los chicos manifiestan sentirse “presionadas” ante su primera relación sexual y que sus parejas son 3 a 4 años mayor que ellas.

Las causas para que los adolescentes inicien sus relaciones sexuales a tempranas edades son:

- Búsqueda de afecto
- Menarquía temprana
- Familias disfuncional (por migración o divorcio de sus padres)
- Pensamiento mágico (propio de la adolescencia)
- Baja escolaridad
- Rebeldía hacia sus padres
- Falta o distorsión de la información referente a la sexualidad, etc.

En cuanto a las consecuencias del inicio de las relaciones sexuales tempranas, no solo puede desencadenar en un embarazo no deseado, sino también en el contagio de enfermedades de transmisión sexual por la falta de protección durante el acto sexual, además de esto la adolescente tiende a presentar sentimientos de culpa, angustia, desesperación, en general baja autoestima por la incertidumbre de lo que sucederá posteriormente.

Maduración sexual

En la adolescencia temprana y para ambos sexos, no hay gran desarrollo manifiesto de los caracteres sexuales secundarios, pero suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.

Cambios psico-sexuales

- Aparece un interés por el atractivo físico del otro.
- También un interés por cuidar y resaltar el propio atractivo.
- Se afianza la tendencia a la relación y al vínculo con determinadas personas.
- Toma cuerpo la función psicológica del impulso sexual.
- El mundo emocional busca expresarse a través de los sentidos.
- Aparecen conductas tendentes a obtener placer (autoestimulación).

Los cambios físicos sufridos en la adolescencia, unidos a un interés creciente por saber de sexo y, en consecuencia, por la adquisición de unos conocimientos e información (muchas veces errónea) sobre sexualidad, hacen que se vaya formando una nueva identidad. En este periodo se sale del seno familiar para ir entrando y compartiendo el mundo de los iguales, con lo que supone el choque de las creencias transmitidas en la familia sobre sexo y sexualidad con las que otros adolescentes y los medios de comunicación (incluyendo Internet) le aportan. Así, se plantea la disonancia entre qué valores asumir como propios, cuáles va a rechazar y cuáles conservar de los que ha recibido de sus padres. Todo ello se manifiesta a través de lo cambiante de su humor, de su irascibilidad y de ciertas reacciones irracionales, que son expresión del conflicto interior que está viviendo.

El inicio de las relaciones sexuales

Una duda que comparten adultos y jóvenes es cuándo se deben iniciar las relaciones sexuales, más si éstas incluyen el coito, lo que implica riesgo al

embarazo y mayor peligro de contagio de enfermedades de transmisión sexual. Preocupa en especial el cómo saber el momento adecuado para iniciarse. Aunque, en realidad, los comienzos son muy paulatinos: cogerse de la mano, un beso en la cara o en la boca, caricias... No obstante, al final la duda se concreta en saber cuál es la edad buena para empezar las relaciones sexuales completas.

Lo ideal es que se llegue a ese momento preparado psicológicamente y que tanto el protagonista como sus progenitores y educadores lo interpreten como un acto de responsabilidad y libertad. Por lo tanto, la respuesta a esa duda no se puede reducir a ofrecer una edad para iniciarse, porque el criterio cronológico no siempre se corresponde con la madurez afectiva. La respuesta supone un análisis de la situación que comprende diferentes factores.

En primer lugar, el adolescente debe analizarse a sí mismo y descubrir cuál es su actitud personal ante el sexo, así como si es responsable para asumir las consecuencias de mantener relaciones sexuales con otra persona. Debe ser lo suficientemente maduro o madura como para adquirir una protección adecuada para prevenir un embarazo y enfermedades de transmisión sexual. Pero también hay que ser maduro para hacer frente a unas respuestas emocionales y complejas, muy importantes para definir el futuro comportamiento. Se inician los desengaños amorosos, el enamoramiento, la necesidad del otro.

Después llega el análisis del otro, es decir, de la persona con la que se va a tener relaciones. Hay que estar seguro de que ofrece confianza y respeto. Debe ser una persona adecuada con la que compartir la intimidad, y a la que se llega desde la plena libertad, no con el propósito de satisfacer los deseos del otro sin conocer los propios.

Para terminar, merece la pena reflexionar sobre la familia, el entorno y el grupo. Las relaciones sexuales pertenecen a la intimidad de las personas, y por ello no hay obligación de compartir con los demás detalles sobre ellas, salvo si se quiere hacer o se necesita hacerlo; mucho menos seguir los dictámenes de los otros sobre el ejercicio de la sexualidad. Los amigos lo son en la medida en que respetan al prójimo y no le llevan a hacer cosas que no quiere o no está seguro de querer. A

los padres y madres, por lo general, les costará entender a sus hijos como seres sexuales. Esto resulta comprensible pero no debe empujarles a coartar la libertad de sus hijos.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

MÉNDEZ y BELTRÁN, En el II Congreso Venezolano de la Mujer, 2009 se señala la incidencia cada vez mayor de embarazos precoces en el grupo etéreo entre 10 y 14 años. Esto se lo atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana. Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad

Factores predisponentes

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

maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

- **Migraciones Recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
- **Pensamientos Mágico:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- **Fantasías De Esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- **Falta O Distorsión De La Información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- **Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- **Aumento en número de adolescentes:** alcanzando el 50% de la población femenina.
- **Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Factores determinantes para un embarazo en una adolescente

- El 60% de las jóvenes madres pertenecen a familias cuyos padres están separados.

- Y un 40% no ha vivido nunca una situación familiar.

Relaciones sexuales sin anticonceptivos

- La falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos es uno de los factores que determinan las causas de embarazos en las adolescentes,

“La falta de educación sexual es un gran problema. Las adolescentes no saben cómo protegerse y lo poco que conocen, muchas veces, son conceptos equivocados”, CAMPOS., Victoria, Psicóloga del OMNI Hospital

Abuso sexual

- Un volumen nada despreciable de embarazos en adolescentes es producto de violación. Bajo la denominación de abuso sexual se incluyen: abuso deshonesto, el coito forzado y, en algunos países, el coito entre un adulto y una menor de 12 años. Por lo general la coerción es psicológica o engañosa, se incluye también el abuso físico psicológico, denominado maltrato infanto-juvenil.

Violación

- Los factores asociados revelan que un 55% de las violaciones de adolescentes son intrafamiliares (padre, padrastro, otros parientes y conocidos de la familia).

Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes:

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- **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 pro creativo. Las manifestaciones de la

sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

- **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.
- **Sociedad Permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- **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.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

- **Estratos medio y alto:** la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
- **Estratos más bajos:** donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Signos y Síntomas del Embarazo

Según Montgomery, los signos y síntomas de embarazo se clasifican en tres grupos:

- Signos de presunción
- Signos de probabilidad
- Signos de certeza

Signos de Presunción.- Son subjetivos, inconstantes, variables, pudiendo no presentarse en su totalidad o ser imperceptibles; aparecen en la cuarta semana y desaparecen en la semana dieciocho, así:

- Amenorrea
- Cambios en las mamas
- Polaquiuria
- Síntomas simpáticos

Dickanson menciona dentro de este grupo algunos casos de “Seudociesis o pseudoembarazo” cuando una mujer, creyendo firmemente que está embarazada parece tener todos los signos tempranos

Signos de probabilidad.- Algunos pueden aparecer a partir de la cuarta semana y otros entre la semana dieciocho y la veinte; y comprenden:

- Signos vulvovaginales.-Aumento de la vascularidad y cambio de color (violaceo)
- Signos uterinos.-Se los detecta al inicio de la cuarta semana y comprenden cambios en el cuello y cuerpo del útero.

Signos de certeza.- “Aparecen en la segunda mitad del embarazo lo que, permiten hacer un diagnóstico más preciso y son de procedencia fetal.” Aquí tenemos:

- **Visualización del feto.-** Mediante exploración ecográfica.
- **Palpación de la silueta fetal.-**Se lo realiza mediante el uso de las maniobras de Leopold.

Consecuencias del embarazo en las adolescentes

Cada año un gran número de adolescentes quedan embarazadas. Muchos padres y educadores intentan ayudar y se preguntan qué pueden hacer para ayudar a sus hijos a vivir esta etapa de la vida y prevenir este tipo de situaciones. No podemos olvidar que los adolescentes muchas veces están confundidos y necesitan de alguien que les dirija y oriente, que les ayude y enseñe a tomar decisiones.

Al contrario de lo que pudiera pensarse muchas adolescentes quedan embarazadas voluntariamente. Esto ocurre con más frecuencia en familias de clases marginales, donde la violencia, la droga y la pobreza forman parte de sus vidas. No obstante, la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas no lo desean y la decisión de tener ese hijo conlleva una gran responsabilidad para la que normalmente no están preparadas.

En este caso es fundamental el respaldo emocional que pueda obtener de su familia, pareja y amigos aunque lo más frecuente es que se encuentren con el rechazo de la familia, la ausencia de su pareja, que no desea saber nada del tema, y con el aislamiento de sus amigos.

Consecuencias emocionales

- Sentimiento de negación
- Miedo al rechazo social
- Rechazo de su nueva faceta
- Sentimiento de abandono y culpa

Consecuencias sociales

- Abandono de estudios
- Menos probabilidades de realizar su proyecto de vida
- Discriminación social

Consecuencias fisiológicas

- Abortos espontáneos
- Embarazos extrauterinos
- Hemorragias obstétricas
- Anemia
- Infección de vías urinaria
- Amenaza de parto prematuro
- Embarazo de alto riesgo

Reacciones emocionales más frecuentes

- **La primera reacción es la negación.** Se niegan a admitir el problema. La mayoría no desea tener el bebé y la nueva situación se convierte en un problema difícil de aceptar. Cualquier cosa que decidan hacer sobre su embarazo tiene sentimientos conflictivos.
- **Normalmente hay un rechazo total hacia el bebé.** No quieren tenerlo. Son muy frecuentes los sentimientos de culpabilidad, pérdida de autoestima, anorexia, tristeza y depresión.
- **La dificultad de contárselo a la familia.** Puede ocurrir que sea un embarazo buscado, es el caso de niñas que desean salir del entorno familiar, o que desean tener el bebé para tener a alguien a quien querer, en tal caso el único problema consciente al que se enfrentan es el de comunicárselo a sus familias.
- **Sienten miedo e inseguridad ante la nueva situación,** entran en otra etapa de su vida, saltando por la adolescencia se adentran en el mundo de los adultos para el cual aún no están preparadas, tienen que afrontar el problema con responsabilidad y surge el miedo.

Parto

Concepto.- Dickason lo define como “El proceso mediante el cual el útero expulsa o intenta expulsar el feto, la placenta y el saco amniótico y se lleva a cabo mediante contracciones rítmicas del útero”

De acuerdo a varios estudios revisados se resume que en una adolescente los órganos involucrados en el proceso del parto no se encuentran totalmente maduros por lo que este proceso se vuelve traumático, incrementando así el riesgo de que la madre o su hijo mueran durante el mismo. De igual forma se ha descrito que debido a la inmadurez fisiológica de los órganos de las adolescentes, el parto instrumentado es el de mayor incidencia entre las jóvenes, así como la aparición de complicaciones como desgarros perineales o uterinos, sangrado, entre otros.

Tipos de Parto

Eutócico.- El MSP describe es “Aquel comienzo espontáneo, desde el comienzo de la labor de parto, hasta la finalización con el nacimiento de un producto en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional.”

Distócico.- El Dr. Gaspar Vallecillo lo define como “La suspensión del progreso del parto como consecuencia de anomalías del mecanismo respectivo”. Estas anomalías pueden ser:

- **Distocias maternas.-** Inercia uterina, tumores o deformidades del canal de parto.
- **Distocias fetales.-** Anomalías de la posición o tamaño del feto.

Dentro de este tipo el parto puede ser:

Instrumentado.- Puede ser a través de fórceps o ventosas, para facilitar la salida del producto.

Cesárea.- Procedimiento quirúrgico cuyo objetivo es el mismo que el del parto vaginal es decir, el nacimiento seguro de un lactante sano.

Tipo de Parto de Acuerdo a la Edad Gestacional

Inmaduro.- Nacimiento de un producto de 22 semanas a 27 semanas cumplidas de gestación.

Pretérmino.- Nacimiento de un producto de 28 semanas a 36 semanas cumplidas de gestación.

A Término.- Nacimiento de un producto de 37 semanas a 41 semanas cumplidas de gestación.

Postérmino.- Nacimiento de un producto de 42 semanas o más de gestación.

2.4.2. Fundamentación Teórica: Variable dependiente

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

Crecimiento.- Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo que se produce por el aumento del número de células y de la masa celular.

Factores de riesgo que alteran el crecimiento según las etapas

- **Preconcepcional.-** Nivel socioeconómico, nutrición materna, edad materna, nivel de escolaridad
- **Concepcionales.-** Intervalos intergenésicos cortos, patologías obstétricas, embarazos múltiples, uso de drogas, alcohol, poca ganancia de peso durante el embarazo.
- **Postconcepcionales.-** Genéticos, nutricionales, sociales, económicos, hormonales y emocionales.

Tendencias de crecimiento

Es la dirección que sigue el crecimiento. Se representa a través de una línea que se dibuja entre el valor anterior y el actual en una gráfica de crecimiento.

- **Tendencia ascendente.-** el valor anterior a aumentado desde el último control
- **Tendencia estacionaria.-** el trazado es horizontal, lo que quiere decir que el valor anterior no ha aumentado desde el último control.
- **Tendencia descendencia.-** el valor anterior ha disminuido desde el último control.

Medidas antropométricas

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

Se necesita contar con patrones de referencia para cada medida, adecuados para sexo y edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda las tablas norteamericanas del Centro Nacional para Estadísticas en Salud (NCHS) como patrón internacional para peso, talla, perímetro cefálico y perímetro braquial

Uso de Índices e Indicadores Antropométricos

Índices.- Son necesarios para la interpretación de las medidas y tienen como función resumir las medidas de acuerdo a términos convencionalmente reconocidos y que pueden expresarse matemáticamente, ejemplo: la relación peso para la talla puede expresarse mediante un índice de masa corporal (IMC). En este mismo ejemplo, cuando hacemos referencia al índice peso para talla en niños, parecería que nos referimos a una relación como la de Quetelet, pero en realidad representa el peso de un niño/a observado/a comparado con la media de referencia de un niño/a de la misma talla, para lo cual utilizamos tablas o gráficos estadísticamente contruidos para referencia.

Indicadores Antropométricos.- Son instrumentos de utilidad para el diagnóstico de la desnutrición, sobrepeso y obesidad. Representan el uso de índices, con valores límites determinados. Los más empleados para menores de cinco años

son: peso/edad (P/E), peso/talla (P/T), talla/edad (T/E) y en menores de 2 años perímetro cefálico/edad (PC/E).

Peso para la Edad.- Es un indicador que permite establecer la desnutrición global dando una visión general del problema alimentario nutricional del individuo. Este indicador refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y ésta influenciado por la talla del niño.

Este índice es el que sirve de base para la clasificación de Gómez que se utiliza para evaluar el estado nutricional con base en el riesgo de mortalidad en niños de 0 a 7 años. Algunos autores recomiendan utilizarlo principalmente en niños menores de dos años por su rápida variación en estas edades.

Peso para la Talla.- Este índice refleja el estado nutricional actual o desnutrición. El MSP del Ecuador en su libro Saber Alimentarse (2007) describe que no requiere conocimiento preciso de la edad y es útil para el diagnóstico de malnutrición (desnutrición o sobrepeso/obesidad), no es aconsejable utilizarlo como único parámetro de evaluación ya que puede no diagnosticar como desnutridos a algunos niños que efectivamente lo son. Por ello el uso combinado de los índices peso/talla y talla/edad lo que permite una evaluación más precisa.

Talla para la Edad.- Según M. A. Hinojosa en su libro Crecimiento y Desarrollo (2012) este índice refleja el crecimiento lineal alcanzado y su déficit es indicativo de inadecuada alimentación y/o trastornos de salud por un largo período previo de tiempo que se conoce como Desnutrición Crónica.

El niño normal puede cambiar de percentil en cierto rango durante el primer año de vida, debido a que la talla de nacimiento es poco influenciada por factores genéticos o constitucionales; y estos habitualmente se expresan durante el primer año período en el cual el niño adquiere su canal de crecimiento.

Toma de medidas antropométricas

Este método se ocupa de medir dimensiones y proporciones corporales de forma objetiva permitiendo:

- Confrontar los valores con los patrones de referencia
- Clasificar en grados el estado de desnutrición
- Realizar un control evolutivo del mismo y su respuesta objetiva al tratamiento

Peso.- Hinojosa lo define como "la masa corporal de una persona determina a través de una medida conocida como kilogramos o libras"

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%.

Los instrumentos utilizados en la medición del peso son:

- Balanza dependiendo del niño, puede ser con tallímetro, de reloj, o con plato, la graduación debe ser en kilogramos, con graduación cada 100 gramos en caso de las pediátricas.
- Libreta de notas o hojas de registro de la historia clínica

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

La técnica correcta a utilizarse para la toma del peso es:

1. Verificar que la balanza esté calibrada en cero
2. El niño será pesado sin ropa, excepto una ligera prenda interior. los niños de menos de 15 Kg. deben ser pesados en las balanzas infantiles de platillo o en tipo romana, donde el niño queda suspendido por tirantes. La balanza de pie se utiliza para los niños que excedan de 15 Kg. y puedan mantenerse de pie para la valoración.

3. Al pesar al niño y si puede sentarse se colocará su centro de gravedad en la parte céntrica de la plataforma y el observador se colocará frente al indicador de la balanza.
4. El peso que se obtenga del niño debe ser anotado de preferencia antes de bajar a este de la balanza

Peso

- **Nace:** 3000-3500 gramos
- **Primer trimestre:** 25-30gramos/día
- **Segundo trimestre:** 20 gramos/día
- **Tercer trimestre:** 10-15 gramos/día
- **Cuarto trimestre:** 10 gramos/día
- **Primer año:** 9500-10250 gramos
- **Del primero a segundo año:** 2500-3500gr./año
- **Del segundo al quinto año:** 2kg por año

Talla.- Maria Hinojosa., Sandoval., en su libro Crecimiento y desarrollo la define como: Estatura (talla de pie) y longitud (talla acostado) son considerados mediciones de tamaño corporal general y longitud ósea del cráneo al talón.

Los instrumentos utilizados para la medición de la talla son:

- Para niños de hasta dos años de edad se debe utilizar un paidómetro, infantómetro o neonanómetro
- para la medición de niños mayores de dos años se utiliza la balanza con tallímetro.
- Debemos tener las hojas de registro de la talla de la historia clínica.

La técnica a utilizarse en los niños mayores de dos años es:

1. Solicitar a la madre o al acompañante del niño que le retire la ropa, dejándolo solo con una prenda interior muy ligera.

2. Colocar al niño en posición supina con las rodillas extendidas y la cabeza firmemente sostenida con el borde inferior de la órbita en el mismo plano vertical con relación al conducto auditivo externo; debe ser medida la distancia entre el ángulo recto entre el paidómetro y los pies. Una persona debe sujetar la cabeza, mientras que la otra realiza la medición.
3. Mover el tope inferior del paidómetro suavemente hasta el pie, aplicando una presión moderada.
4. Realizar la lectura y registro de la medición en las hojas correspondientes.

La técnica a utilizarse en niños mayores de dos años es:

- Solicitar al niño o acompañante que le retire el exceso de ropa que este tenga.
- Solicitar al niño que se suba a la balanza con tallímetro
- Solicitar que mantenga los talones juntos, permitiendo además que los talones, glúteos y la cabeza entren en contacto con la superficie del tallímetro. Si se trata de niños muy pequeños puede ser necesario que la madre o el acompañante le sujeten los talones haciendo contacto con el piso del tallímetro.
- Deslizarla escuadra horizontal del tallímetro hacia abajo a lo largo del plano vertical, hasta que contacte con la cabeza del niño.
- Realizar la lectura y registrar la talla obtenida

Talla

- **Nace:** 48-52 cm al nacimiento
- **A los 3 meses:** aumenta 9 centímetros
- **De 3 a 6 meses:** crece 7 centímetros
- **De 6 a 9 meses:** crece 5 centímetros
- **De 9 a 12 meses:** crece 4 centímetros
- **A partir del segundo año:** un centímetro

Desarrollo

“El desarrollo motor es un proceso de cambio relacionado con la edad del individuo. Los sorprendentes cambios que se producen en la conducta motriz del niño desembocan en la independencia física. El estudio del desarrollo motor es una rama de la ciencia del movimiento, pero históricamente esta ciencia ha sido enfocada desde una perspectiva neurológica, es decir considerando los reflejos como conducta jerárquica del sistema nervioso, relacionando la estructura neural con conducta motriz”. (McGraw,)

Factores que afectan al desarrollo:

- Hereditarios
- De acción del ambiente físico
- De acción del ambiente social
- Del equilibrio entre los tres

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 Norvan, el test de Barreras - Moncada y el test de Denver

TEST DE ALDRICH Y NORVAN: 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 más 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 un 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 que 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:** Son las que 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.

También incluye una prueba de observación conductual que es llenada por el administrador de la prueba.

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.

CONTROL DE NIÑO SANO

Este control de salud se realiza sin necesidad de que el niño esté enfermo, con el objetivo es supervisar el crecimiento y desarrollo del niño de esta forma sabremos si se encuentra dentro de los rangos normales de acuerdo a su edad. Si no fuera así se buscan las causas y soluciones para corregir el problema antes que genere complicaciones.

Calendario control de niño sano

- **Primer control:** Entre los 7 y 10 días de nacido.
- **Segundo control:** Al mes de nacido.
- **Siguientes controles:** Después del segundo control siguen en un periodo 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.

El control del recién nacido y el del año es habitualmente efectuado por médicos, mientras que el resto es ejecutado por enfermeras o técnicos de enfermería que derivan al menor a un médico en caso de detectar una anomalía. El primer control se hace en la maternidad cuando el bebé nace, Se revisa que no tenga malformaciones ni enfermedades, se le aplica su primera vacuna, la BCG contra la tuberculosis y se comienza con la estimulación de la lactancia materna. A los 7 días vuelve a controlarse se controla el peso y la talla, se revisa que no existan malformaciones congénitas ni problemas oculares, auditivos o cardíacos.

Con los datos de su peso y talla al mes comienza a tomar forma su curva de crecimiento. Con ella se puede determinar si el niño crece en forma normal.

Actividades que incluye control de niño sano

- Entrevista con los padres
- Evaluación del desarrollo psicomotor
- Antropometría
- Examen físico
- Evaluación del estado nutricional
- Evaluación de visión – audición

- Vacunación
- Entrega mensual de leche (sistema público de salud)
- Consulta de morbilidad

Equipo Básico para realizar el control

- 1 balanza para lactante
- 1 antropómetro
- 1 cinta métrica
- 1 termómetro
- 1 baja lengua
- Pañal desechable (con el simulador)
- Simulador
- Muda de ropa (con el simulador)

Características del ambiente

- Iluminación adecuada
- Ventilación (sin corrientes de aire)
- Decoración para estimulación

Examen físico del niño

Todo niño que recibe alguna prestación en salud, sea esta en un consultorio, policlínico de especialidades o que requiere ser hospitalizado, es necesario registrar fecha, nombre del niño, sexo, edad, nombre de la persona que lo acompaña y de sus padres, dirección, número de teléfono donde se pueda ubicar fácilmente a sus familiares, religión y motivo del ingreso o consulta.

Procedimiento:

General: esta exploración física sistemática incluye valorar todos los sistemas y órganos del niño usando la técnica de observación, inspección y palpación. Se evalúa aspectos generales, como estado nutricional (peso – talla), condiciones higiénicas, posición y nivel de actividad.

Segmentario: esta exploración recorre específicamente los sistemas y órganos que conforman el cuerpo del individuo.

- ***Piel y fanéreos:*** evaluar coloración y elasticidad de la piel, erupciones, cicatrices, BCG, picaduras de insectos, pigmentaciones anormales, mancha mongólica, vitíligo, higiene.
- ***Ganglios linfáticos:*** localización, tamaño, movilidad, número, características, sensibilidad.
- ***Cabeza:*** tamaño, forma, asimetría, fontanelas, suturas, cabello (cantidad, color, presencia de parásitos).
- ***Cara:*** simetría, fascias, tamaño y forma de la nariz (permeabilidad de las fosas nasales, al presentar descarga positiva registrar características de ella, por ejemplo coriza nasal, mucosa purulenta, etc.), consignar tipo de respiración, estridor, obstrucción y aleteo nasal, forma de los ojos simetría, característica de las escleras, pupilas tamaño. Aspecto de la mucosa bucal (erupciones, úlceras, enrojecimientos) Erupción dentaria e implantación de los dientes. Características de la lengua (limpia, saburral) Tamaño de las amígdalas, secreciones.
- ***Oídos y pabellón auricular:*** forma e implantación del pabellón auricular (la implantación baja se describe en numerosos síndromes de origen genético, algunos con retardo mental), secreciones, cerumen, limpieza.
- ***Cuello:*** posición, dolor, tortícolis.

- **Tórax:** forma, simetría, retracciones, característica de los pezones. Observar y registrar tipo de respiración, frecuencia, características, polipnea.
- **Corazón:** en los lactantes los latidos cardíacos deben ser auscultados a nivel apical y para efectuarlo el niño debe estar tranquilo, de no ser así, se debe anotar en las circunstancias que fue evaluado.
- **Abdomen:** evaluar si este es globuloso, plano, excavado, puntos dolorosos, hernias, masas palpables.
- **Genitales femeninos:** características externas, cambios en el púber, presencia de secreciones, irritaciones.
- **Genitales masculinos:** Pene, forma, presencia de testículos en la bolsa escrotal, tamaño, aumento de volumen a nivel escrotal, cambios en el púber e higiene.
- **Recto y ano:** ubicación del ano, permeabilidad, enrojecimiento, fisuras.
- **Extremidades:** posición, deformidad, movilidad, edema, cianosis, asimetría, puntos dolorosos, número de dedos, pulsos arteriales. (Controlar T° Axilar)
- **Columna:** postura del niño de pie. Observar quiste, mancha mongólica, “manejo de pelos”.

SALUD INFANTIL

Alimentación y 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.

Desde el nacimiento hasta los cuatro meses de edad

Durante los primeros 4 a 6 meses de vida, los bebés sólo necesitan leche materna o de fórmula para satisfacer todas sus necesidades nutricionales.

Si se amamanta, un recién nacido tal vez necesite alimentarse de 8 a 12 veces al día (cada 2 a 4 horas) o a petición del bebé. Hacia los cuatro meses, es probable que el recién nacido disminuya de 4 a 6 veces al día; sin embargo, aumentará la cantidad de leche materna que consume en cada alimentación.

Los bebés que reciben leche maternizada o fórmula tal vez necesiten alimentarse alrededor de 6 a 8 veces al día, comenzando recién nacidos con 2 a 5 onzas (60 a 150 ml) de fórmula cada vez que se alimentan (para un total de 16 a 35 onzas - 470 a 1,000 ml por día). Como con la lactancia materna, el número de alimentaciones se reducirá a medida que el bebé crezca, pero la cantidad de fórmula aumentará hasta aproximadamente 6 a 8 onzas (177 a 236 ml) por alimento.

Nunca le dé miel a un bebé, ya que ésta puede contener las esporas que causan botulismo y el sistema inmunitario del bebé no está completamente desarrollado para combatir esta enfermedad.

Aunque un bebé puede dormir toda la noche, es posible que sea necesario despertarlo para alimentarlo si no come lo suficiente durante el día o si está bajo de peso. Los chequeos de rutina con el médico para controlar el crecimiento del bebé sirven para asegurarse de que se le está suministrando la alimentación adecuada durante el día. El médico o el nutricionista le informarán si es recomendable despertar al bebé para alimentarlo.

De 4 a 6 meses de edad

A la edad de 4 a 6 meses de vida, un bebé debe consumir de 28 a 45 onzas (830 a 1,300 ml aproximadamente) de leche maternizada (fórmula) y por lo general ya está listo para comenzar la transición a la dieta sólida. El inicio apresurado del consumo de sólidos puede hacer que el bebé se ahogue si no está físicamente preparado.

Existen diversos acontecimientos importantes del desarrollo que indican que el bebé está listo para consumir alimentos sólidos:

- El peso al nacer se ha duplicado
- El bebé es capaz de controlar el cuello y la cabeza
- El bebé se puede sentar con algo de apoyo
- El bebé puede mostrar que está satisfecho con un movimiento de cabeza a un lado o no abriendo la boca
- El bebé comienza a mostrar interés por el alimento cuando otros están comiendo

Comience la dieta sólida con cereal de arroz para bebés fortificado con hierro mezclado con leche materna o de fórmula hasta lograr una consistencia suave. El cereal puede mezclarse con leche hasta lograr una consistencia más espesa, a medida que el bebé aprende a controlarlo en la boca.

Inicialmente, ofrézcale cereal dos veces al día en porciones de 1 a 2 cucharadas (cantidad seca, antes de mezclarla con leche materna o de fórmula).

Aumente gradualmente a 3 o 4 cucharadas de cereal.

El cereal no se debe dar en biberón, a menos que el pediatra o el nutricionista lo recomienden, por ejemplo, por el reflujo.

Una vez que el bebé esté comiendo el cereal de arroz de manera rutinaria, se pueden introducir otros cereales instantáneos fortificados con hierro. Sólo introduzca un nuevo cereal por semana, de manera que pueda observar si hay intolerancia o alergias.

Nunca lleve a la cama a un niño con un biberón, ya que esto puede ocasionarle "boca de biberón" que provoca caries dental. Si es necesario el biberón, use agua corriente. Consulte con el médico el uso de agua (en algunos casos el exceso puede llevar a que se presenten convulsiones en los niños).

De 6 a 8 meses de edad

Continúe alimentando al bebé con leche materna o de fórmula de 3 a 5 veces al día. La Academia Estadounidense de Pediatría no recomienda la leche de vaca para niños menores de un año.

El bebé comenzará a tomar menos fórmula o leche materna una vez que los alimentos sólidos se conviertan en una fuente de nutrición.

Cuando el bebé haya probado varios cereales diferentes, ensaye con compotas y verduras.

Con respecto a las compotas y las verduras, introduzca una a la vez y espere dos a tres días entre ellas para ver si produce alguna reacción alérgica.

Empiece con vegetales corrientes como arvejas, papas, zanahorias, batatas, calabacín, habichuelas, remolacha; y frutas comunes como banano, compota de manzana, albaricoques, peras, duraznos y melón.

Algunos nutricionistas recomiendan introducir unas pocas verduras antes de las frutas, porque el dulce de las frutas puede hacer que una comida menos dulce como las verduras sea menos atractiva.

Suministre porciones que contengan de 2 a 3 cucharadas de frutas y verduras, más o menos 4 porciones diarias.

La cantidad de frutas y verduras consumidas al día fluctuará entre 2 cucharadas y dos pocillos según la talla y el gusto del bebé por ellas. Se puede aumentar gradualmente la regularidad de los alimentos ofrecidos a medida que el bebé los tolere.

Se le pueden poner al bebé pequeñas cantidades de comida en las manos, pero evite los alimentos como trozos o pedazos de manzana, uvas, perros calientes, salchichas, mantequilla de maní, palomitas de maíz, nueces, granos, dulces redondos y pedazos duros de verduras crudas que pueden causar ahogamiento.

Las verduras blandas cocidas, las frutas lavadas y peladas, las galletas integrales, las tostadas delgadas y los tallarines son alimentos que el bebé puede recibir en las manos. No se recomiendan las comidas saladas y/o azucaradas. Los alimentos para la dentición, tales como las tiritas de tostada, las galletas simples, el pan ácimo y los bizcochos para la dentición también pueden empezar a introducirse en esta etapa.

De 8 a 12 meses de edad

En esta edad, la leche materna o de fórmula se debe suministrar de 3 a 4 veces al día. La Academia Estadounidense de Pediatría no recomienda la leche de vaca para niños menores de un año.

A los 8 a 12 meses de edad, el bebé está listo para ingerir carne desmechada o finamente picada. A los bebés lactantes, empiece a darles carne a los ocho meses (la leche materna no es una fuente alimenticia rica en hierro, pero los bebés tienen reservas de hierro adecuadas que les alcanzan hasta los 8 meses, edad en la cual se pueden suministrar alimentos ricos en hierro como las carnes).

Como sucede con otros alimentos, ofrézcale al bebé sólo un nuevo tipo de carne por semana, en porciones de 3 o 4 cucharadas, usando carne molida o finamente picada, salchichas o carne desmechada. Los tamaños de las porciones de frutas y verduras aumentan de 3 a 4 cucharadas, cuatro veces al día. Los huevos se pueden suministrar de 3 a 4 veces por semana, pero sólo la yema hasta cuando el bebé cumpla un año, pues algunos niños son sensibles a la clara de los huevos.

Al año de edad, la mayoría de los bebés ya han dejado el biberón; pero si todavía lo toma, éste debe contener sólo agua.

Un año de edad

Después de que el bebé cumple un año, la leche entera puede reemplazar la leche materna o de fórmula. A los niños menores de dos años no se les debe suministrar leche baja en grasa (al 1 o 2%, o desnatada) porque necesitan las calorías adicionales de la grasa para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo.

A los niños menores de un año no se les debe suministrar leche entera, ya que se ha demostrado que produce conteos sanguíneos bajos. Sin embargo, se les puede suministrar queso, requesón y yogur en pequeñas cantidades.

El niño de un año de edad ya debe estar obteniendo gran parte de su nutrición de las carnes, frutas y verduras, panes y granos, y de los productos lácteos, especialmente la leche entera.

Suministrar una gran variedad de alimentos ayudará a garantizar que se reciban suficientes vitaminas y minerales. Los niños pequeños no crecen tan rápido como los bebés, por lo que sus necesidades nutricionales relativas a la talla disminuyen durante el segundo año de vida y, aunque siguen aumentando de peso, no lo duplican, como lo hacen los bebés.

Sin embargo, tenga en cuenta que los niños pequeños se están volviendo cada vez más y más activos, a medida que aprenden a gatear y a caminar. Los niños pequeños y los que empiezan a caminar por lo general comerán sólo pequeñas cantidades a la vez, pero lo harán con frecuencia (de 4 a 6 veces diarias) durante todo el día, así que se aconseja encarecidamente tomar refrigerios.

Consejos para la alimentación:

El suministro de alimentos sólidos a muy temprana edad no es recomendable y puede ocasionar sobrealimentación.

Ofrezca sólo un alimento nuevo a la vez y hágalo durante unos pocos días. Esté atento a las reacciones alérgicas (urticaria, vómitos, diarrea).

No suministre alimentos sólidos en el biberón.

Si al bebé no le gusta el nuevo alimento, intente dárselo nuevamente más tarde.

Seguridad durante las horas de las comidas

Alimente al bebé directamente del recipiente sólo si usa todo el contenido, de lo contrario, utilice un plato para evitar la contaminación con enfermedades transmitidas a través de los alimentos.

Los recipientes de comida para bebé destapados se deben cubrir y conservar en el refrigerador, máximo dos días.

Utilice una cuchara pequeña para alimentar al bebé.

Un bebé que se lleva a la cama con el biberón (leche, jugo de fruta o bebida endulzada) puede desarrollar boca de biberón, lo cual ocasiona caries dental. Utilice agua corriente si el biberón es necesario.

Evite los alimentos que puedan ahogar al bebé, como palomitas de maíz, nueces, papitas fritas, almendras, bayas, uvas, perros calientes, verduras crudas, uvas pasas y hojuelas de cereal.

Otros consejos

- Se le puede ofrecer al bebé agua entre las comidas.
- No se recomienda ofrecer dulces ni bebidas endulzadas, porque hacen perder el apetito y contribuyen a la caries dental.
- No se recomiendan la sal, el azúcar ni los condimentos fuertes.
- No se recomiendan los productos que contengan cafeína (bebidas gaseosas, café, té o chocolate).

- Un bebé hiperactivo o melindroso puede necesitar atención, en vez de comida.

Niños mayores

Durante toda la infancia y la adolescencia, es importante que la dieta incluya una variedad de alimentos para un adecuado desarrollo. Los principios de la guía Mi Plato se aplican tanto para la alimentación de los niños como para la de los adultos, aunque obviamente la cantidad y el número de porciones diarias son menores para los niños.

Después de los dos años de edad, se recomienda que la dieta sea moderadamente baja en grasa, ya que las dietas altas en grasa pueden contribuir a que se presente cardiopatía, obesidad y otros problemas de salud posteriormente en la vida.

Se recomiendan los suplementos de fluoruro en áreas donde el agua no es fluorada. Una dieta que contenga una variedad de alimentos de cada uno de los grupos básicos de alimentos (panes y granos, carnes, frutas y verduras, y productos lácteos) ayudará a prevenir deficiencias nutricionales.

Esquema de vacunación

La misión del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ecuador es Asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del programa usando vacunas de calidad, gratuitas, que satisfagan al usuario, basadas en una gerencia y vigilancia epidemiológica efectivas y eficientes en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud.

“Según las estadísticas del Ministerio de Salud se expone que ya son Ocho años sin Fiebre Amarilla. Dieciocho años sin poliomyelitis. Dieciocho años sin poliomielitis. Doce años sin Sarampión. Cuatro años sin casos de Rubéola. Disminución de casos de tosferina. Ausencia de casos de difteria. Eliminación de TNN como problema de salud Pública Nacional y Provincial. Disminución de la tendencia de 4 neumonías y meningitis por Hib. Además del fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Inmunoprevenibles.”⁹

Muchas enfermedades infantiles pueden prevenirse con la vacunación. Las principales vacunas son:

- Vacuna meningocócica.- Protege contra la enfermedad de la meningitis.
- Hep. B.- Protege contra la hepatitis B.
- OPV.- Protege contra la poliomielitis.
- DPT: Protege contra difteria, tétano (trismo) y pertussis (tos ferina).
- Vacuna Hib: protege contra *Haemophilus influenzae* tipo B, que causa la meningitis espinal
- Vacuna antineumocócica.- Protege contra neumonía, infección en la sangre y meningitis.
- Varicela: Protege contra la varicela.
- Vacuna del Rotavirus.- Para prevenir la gastroenteritis por rotavirus en bebés.
- Hepatitis A.- Previene la infección viral del hígado.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La **Atención Primaria de Salud** (siglas: **APS**), según la definición dada en la 'Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente:

"... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del

sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad."

Declaración de Alma Ata

Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social, es un derecho humano fundamental y el logro del grado mas alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo.

- Desigualdad entre sectores es inaceptable.
- La promoción y la protección de la salud del pueblo son indispensables para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial.
- El pueblo tiene derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.
- Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos.

La Atención Primaria de la Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de responsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria de la Salud forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa al primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo mas cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Atención Primaria de la Salud como estrategia:

- Cobertura total

- Adecuación del recurso humano
- Articulación intersectorial
- Participación social
- Programación integrada por necesidad
- Tecnología apropiada
- Nuevas modalidades de organización

Atención Primaria de la Salud como programa:

- Educación para la salud
- Nutrición apropiada
- Suministro de agua potable
- Asistencia materno infantil que incluya planificación familiar
- Inmunizaciones
- Suministro de medicamentos esenciales.

Atención Primaria de la Salud como práctica médica:

- Primer contacto de un profesional del sistema sanitario con la población
- Atención integral e integrada
- Continua y permanente
- Accesibilidad

Niveles de atención: PLANOS tecnológicos para la resolución de problemas.

Tecnología: Conjunto de métodos, técnicas y equipo que, puesto en manos adecuadas pueden representar una contribución importante para la resolución de un problema de salud.

Regionalización: Distribución racional de los recursos de salud así como de desarrollo progresivo de la capacidad de gestión de las unidades periféricas a través de la descentralización de la toma de decisiones. Se basa en un diseño territorial y administrativo del sistema de salud. Su objetivo es asegurar la accesibilidad a la atención integral de la mejor calidad a la totalidad de la población, aprovechando al máximo los recursos de que se dispone y haciendo eficiente su administración.

Regionalización implica:

- Financiación suficiente, oportuna y adecuada
- Un sistema piramidal de establecimientos de salud de complejidad creciente.
- Adecuación de la tecnología según niveles de complejidad.
- Adecuados mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- Capacitación del personal.
- Normalización tanto de la atención médica como del funcionamiento administrativo.

Niveles de Complejidad:

- Nivel I: Puesto sanitario
- Nivel II: Centro de salud
- Nivel III: Hospital de área/rural
- Nivel IV: Hospital cabecera de zona

- Nivel V: Establecimiento ambulatorio - II + pediatra, clínicos y toco Laboratorio y radiología básicos.
- Nivel VI: Hospital interzonal - IV + cardiología, radiología y oftalmología.
- Nivel VII: Establecimiento ambulatorio - V + especialidades críticas
- Nivel VIII: Hospital provincial - VI + tomografía computada, medicina nuclear, especialidades quirúrgicas, endocrinología, etc.
- Nivel IX: Máxima complejidad disponible - trasplantes, resonancia magnética nuclear, centro de atención a los grandes quemados.

Programas que Alma Ata considera prioritarios:

- Educación para la salud.
- Apoyo para una nutrición apropiada.
- Control de embarazo.
- Planificación familiar.
- Control del niño sano.
- Inmunizaciones.
- Prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales.
- Prevención y tratamiento de enfermedades y lesiones comunes.
- Suministro de medicamentos esenciales.

Integrantes del primer nivel de atención:

- El individuo y su familia.
- La comunidad

- El agente de salud comunitario
- La unidad básica del sistema de salud
- El primer escalón de envío de enfermos.

Centro de salud:

- Una concepción de salud integrada y contextualizada
- La tendencia a la autogestión de la población del desarrollo del máximo potencial de los individuos
- La coherencia de la composición de los recursos
- El abordaje interdisciplinario
- El enfoque epidemiológico
- La pertenencia a un sistema escalonado de efectores.

2.5 Planteamiento de Hipótesis

“Ser madre adolescente incide en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el puesto de salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui en el periodo 23 de junio- 23 de noviembre del 2012”

2.6 Señalamiento de variables

Variable independiente

- Madre adolescente

Variable dependiente

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

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Modalidad básica de la investigación

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

3.2 Nivel o tipo de investigación

Nivel exploratorio permite ubicar de manera correcta la situación objeto para continuar en el nivel descriptivo en el que se comparte las diferentes problemáticas presentes en el estudio y finalmente se utilizará 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 permite evaluar las variables de comportamiento de una variable en función de la otra.

3.3 Población

El Puesto de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas pertenece al Área de Salud N.-7 del Cantón Quero este cuenta con un Médico Rural que es el encargado directo, una Auxiliar de Enfermería, una Obstetrix y un Médico Odontólogo y existen 1800 Historias Clínicas de las cuales 7 son de madres adolescentes con las

características de nuestra investigación y 7 son de los hijos de estas madres y en el Puesto de Salud de Yayulihui que también pertenece al área de Salud N° 7, existe el Médico Rural que es el encargado directo, una Auxiliar de Enfermería, una Odontóloga y una Obstetrix que es la encargada directa de la información de la presente investigación. Existen 1750 historias clínicas aproximadamente de las cuales 9 pertenecen a madres adolescentes y 9 a los hijos de 0 a 2 años 6 meses.

CUADRO N° 1 Población de madres adolescentes y niños de 0 a 2 años 6 meses

Personas	Número
Madres adolescentes Hipolongo	5
Niños de 0 a 2 años 6 meses Hipolongo	5
Madres adolescentes Yayulihui	9
Niños de 0 a 2 años 6 meses Yayulihui	9
Total	28

Fuente: Historias Clínicas de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui

Elaborado por: Esther Sánchez Naranjo

3.4 Operacionalización de Variables

3.4.1 Cuadro N° 2: Variable Independiente: Madres Adolescentes					
Conceptualización	Categorías	Indicadores	ÍTEMS	Técnicas	Instrumentos
Madre adolescente es quien ha tenido un hijo entre los 10 y 19 años de edad	Madre	Maternidad	Número de embarazos Edad gestacional al primer control Número de controles Complicaciones prenatales Culminación del embarazo	Observación	Ficha de observación
	Adolescente	Cambios físicos y psicosociales	Edad gestacional al culminar en embarazo Menarquia Inicio de relaciones sexuales Edad al convertirse en madre		
Fuente: Historias Clínicas de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui Elaborado por: Esther Sánchez Naranjo					

3.4.2 Cuadro N° 3: 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	Procesos continuos	Controles médicos	APGAR Frecuencia e controles médicos Alimentación	Observación	Ficha de Observación
		Esquema de vacunación	Esquema de vacunación		
	Cambios físicos	Peso, Talla	Peso al nacimiento Peso para la edad Talla para la edad		
	Desarrollo psicomotriz	Desarrollo desde 0 meses hasta los 2 años 6 meses	Valoración del Test de Denver		

Fuente: Historias Clínicas de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui

Elaborado por: Esther Sánchez Naranjo

3.5. Plan de procesamiento de la información

3.5.1 Técnicas e instrumentos

La observación permitirá identificar el aspecto y salud general del niño, al igual que las condiciones ambientales que rodean al niño y a la madre. Como instrumento se utilizará la ficha de observación la cual se la evaluará 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 evolución de su crecimiento. Para valorar el desarrollo se utilizará los test de Aldrich y Norman, Barrera y Mocada y el test de Denver.

3.5.2 Recolección de Información

Para la recolección de la información se ejecuto las siguientes etapas

- Localización de la población
- Aplicación de los instrumentos
- Filtración de la información

3.5.3 Procesamiento de la información e interpretación de resultados.

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

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

MADRES ADOLESCENTES

1. Edad al convertirse en madre

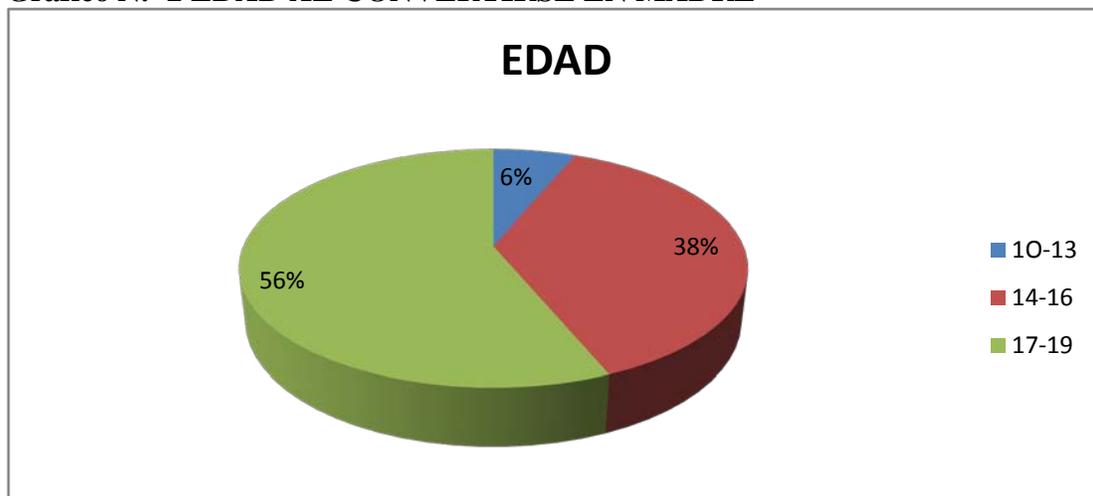
Cuadro N.- 4

Edad	Número	Porcentaje
10-13	1	6
14-16	6	38
17-19	9	56
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 2 EDAD AL CONVERTIRSE EN MADRE



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 6% (1) de las adolescentes se convirtieron en madres de los 10 a los 13 años, el 38% (6) de 14 a los 16 y el 56% (9) de los 17 a los 19 años. De acuerdo a la ficha de observación la mayoría de las adolescentes son madres a los 17 a los años de edad pero ese 6% es preocupante por existir un embarazo a esa corta edad que la predispone a embarazos subsecuentes a tener complicaciones prenatales.

2. Estado Civil

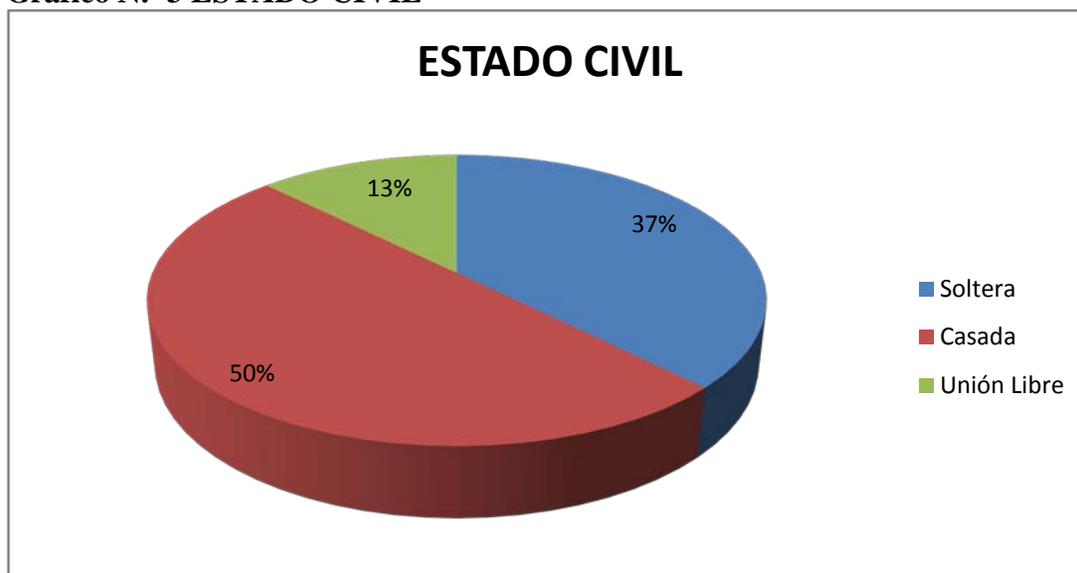
Cuadro N.- 5

Estado Civil	Número	Porcentaje
Soltera	6	37
Casada	8	50
Unión Libre	2	13
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 3 ESTADO CIVIL



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 50% (8) de las madres adolescentes son casadas legalmente un 13% (2) viven en unión libre y el 37% (6) son solteras. La mitad de las madres adolescentes están casadas o tiene relaciones estables lo que brinda un ambiente adecuado para el crecimiento de un niño una figura tanto materna como paterna dando el ejemplo de familia unida y organizada.

3. Ocupación

Cuadro N.- 6

Ocupación	Número	Porcentaje
Estudiante	3	19
Costurera	1	6
QQDD	12	75
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 4 Ocupación



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 19% (3) de las adolescentes son estudiantes, el 6% (1) son costureras y el 75% (12) se dedican a quehacer doméstico. Un pequeño porcentaje de las adolescentes están estudiando, pero la gran mayoría se dedican a realizar actividades domésticas que por su formación profesional corta no tienen otra opción pues dependen económicamente de sus esposos, parejas o familiares.

4. Escolaridad

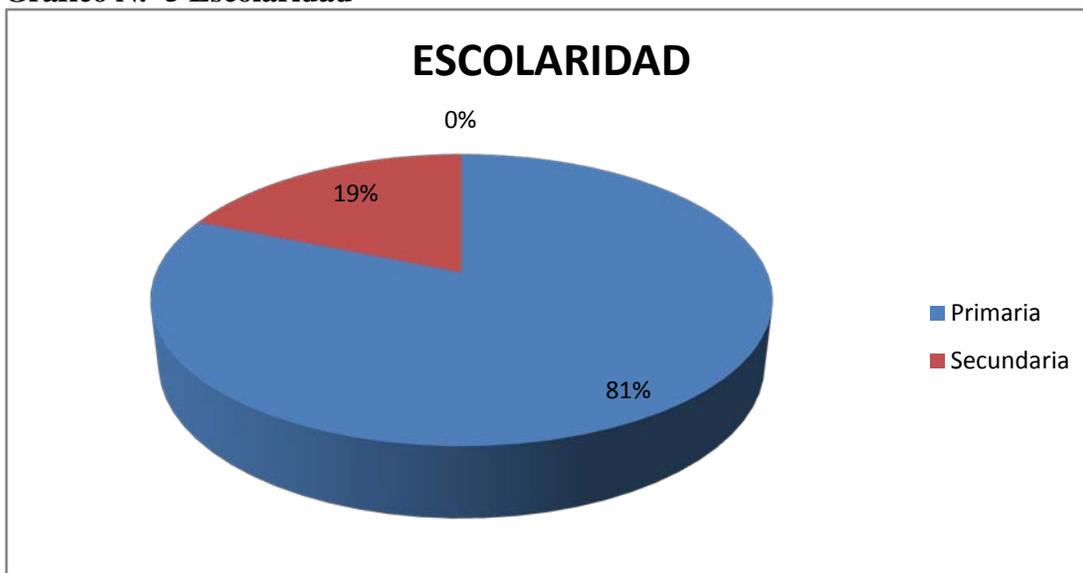
Cuadro N.- 7

Escolaridad	Número	Porcentaje
Primaria	13	81
Secundaria	3	19
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 5 Escolaridad



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

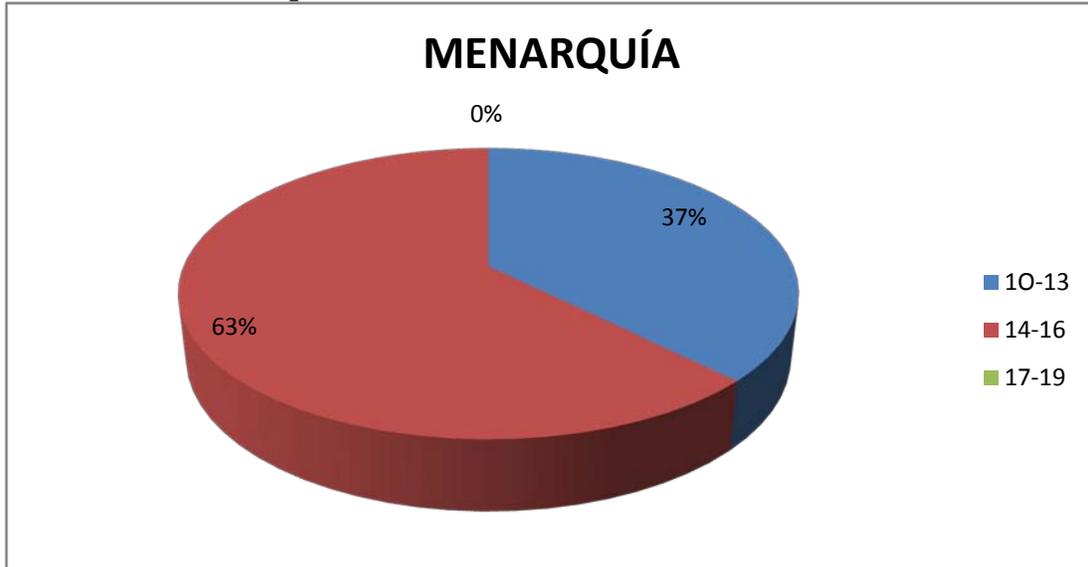
El 81% (13) de las adolescentes han culminado la primaria y el 19% (3) la secundaria o están estudiando. En un porcentaje muy alto las adolescentes solo han culminado la primaria sin tener un proyecto de estudiar por haberse convertido en madres a corta edad y aquí se ve la deserción escolar que sufren las adolescentes porque tienen que hacer las labores inmersas al cuidado de los hijos.

5. Menarquía
Cuadro N.- 8

Menarquía	Número	Porcentaje
10-13	6	37
14-16	10	63
17-19	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación
Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 6 Menarquía



Fuente: Ficha de Observación
Elaborado por: Esther Sánchez
Análisis e Interpretación

El 37% (6) de adolescentes tuvieron su menarquía de los 10 a los 13 años y el 63% (10) de los 14 a los 16 años. El menor porcentaje de las adolescentes tuvo su menarquía en la adolescencia temprana, que las hace predisponentes a un embarazo precoz, sea o no este deseado, sumado la poca información que reciben acerca de métodos anticonceptivos o el miedo a su utilización con pensamientos mágicos de esterilidad futura o al abandono de su pareja si no conciben un bebe inmediatamente y pocas veces están casadas o en una unión estable.

6. Edad de inicio de relaciones sexuales

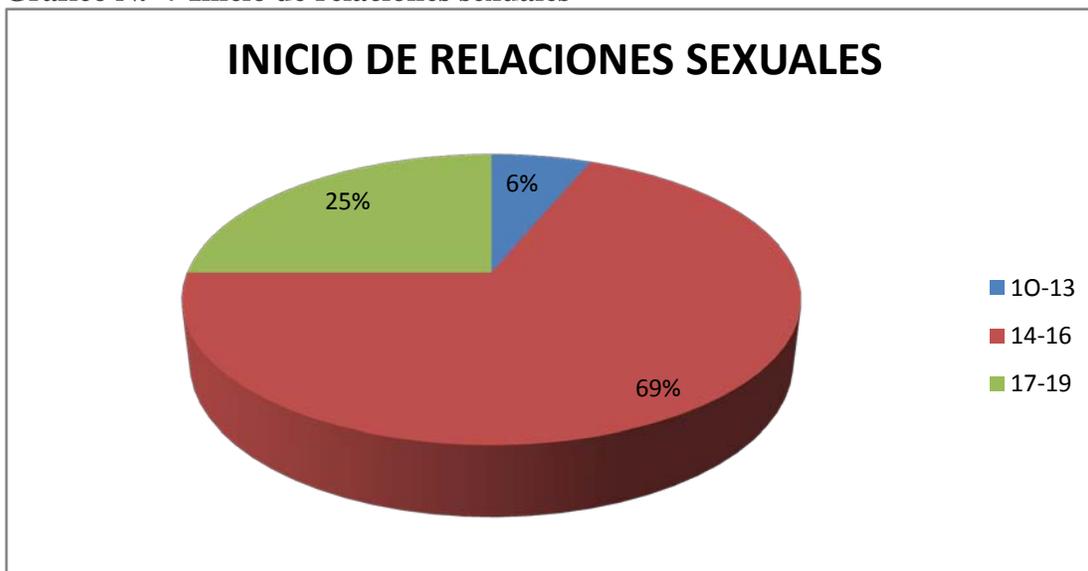
Cuadro N.- 9

Inicio de relaciones sexuales	Número	Porcentaje
10-13	1	6
14-16	11	69
17-19	4	25
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 7 Inicio de relaciones sexuales



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 6% (1) de las adolescentes tuvieron su inicio de relaciones sexuales de los 10 a los 13 años, el 69% (11) de los 14 a los 16 años y 25% (4) de los 17 a los 19 años. Más de la mitad de adolescentes iniciaron su vida sexual de los 14 a los 16 años de edad correspondiente a la adolescencia media de este porcentaje la mayoría se convirtieron en madres con el antecedente de la menarquía temprana, y muchos de estos embarazos con complicaciones por inmadurez física y psicológica de la madre.

7. Número de embarazos

Cuadro N.- 10

Número de embarazos	Número	Porcentaje
1	9	56
2	7	44
3	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 8 Numero de embarazos



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 56% (9) de las madres adolescentes tienen un embarazo, el 44% (7) tienen dos y no existe el caso de tres embarazos pero sí de tres hijos. Menos de la mitad de las adolescentes tienen embarazos por segunda vez pero no todas tienen dos hijos la mitad de estos han terminado en abortos espontáneos, la otra mitad tienen dos hijos y un caso especial y particular es de tres hijos de una sola madre que tuvo dos embarazos, uno gemelar y otro único y corresponde a la adolescente que más temprano tuvo menarquía e inicio precozmente sus relaciones sexuales.

8. Edad gestacional al primer control

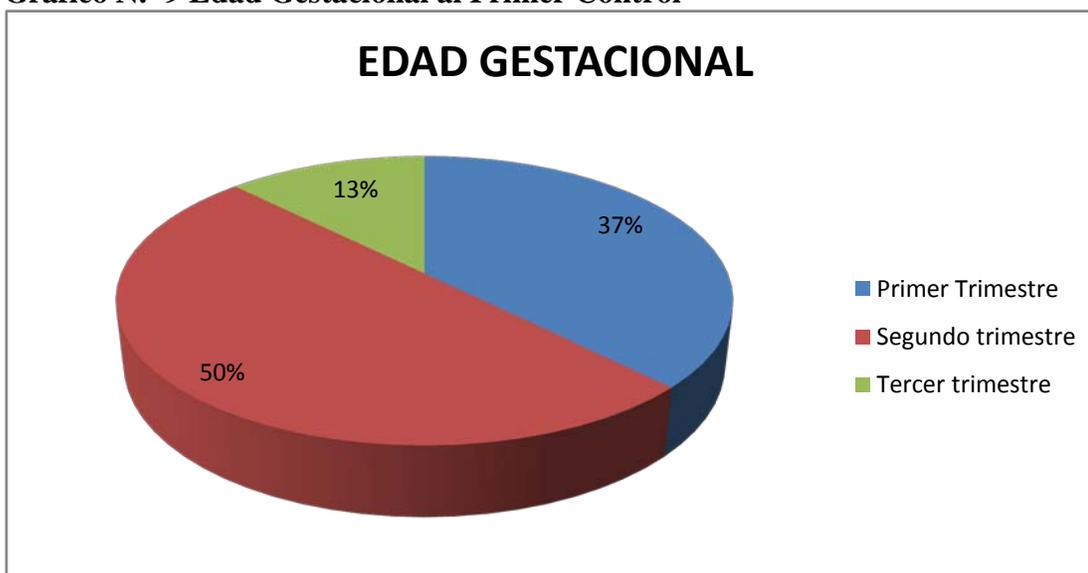
Cuadro N.- 11

Edad gestacional	Número	Porcentaje
Primer Trimestre	6	38
Segundo trimestre	8	50
Tercer trimestre	2	12
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 9 Edad Gestacional al Primer Control



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 37% (6) de las adolescentes embarazadas asistieron a su primer control mientras cursaban el primer trimestre de embarazo, el 50% (8) en el segundo trimestre de embarazo y el 13% (2) en el tercer trimestre. Existe un descuido evidente por parte de las adolescentes embarazadas al asistir en el segundo trimestre de embarazo a su primer control, por falta de conocimiento o educación por parte del personal de salud o muchas veces no saben que están embarazadas o intentan ocultarlo hasta que es evidente y el vientre está aumentando de diámetro y son por lo general las adolescentes embarazadas solteras.

9. Número de controles

Cuadro N.- 12

Número de controles	Número	Porcentaje
1-3	4	25
4-6	7	44
7-9	5	31
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 10 Número de controles



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 25% (4) de las adolescentes embarazadas tiene de 1 a 3 controles, el 44% (7) de 4 a 6 controles y el 31% (5) de 7 a 9 controles. Existe despreocupación por controles prenatales en estas adolescentes teniendo como máximo de 7 a 9 controles siendo los mínimos necesarios para un desarrollo adecuado de un embarazo evitando complicaciones tanto para la madre como las irreversibles para el niño durante su vida tanto intrauterina como extrauterina.

10. Complicaciones prenatales

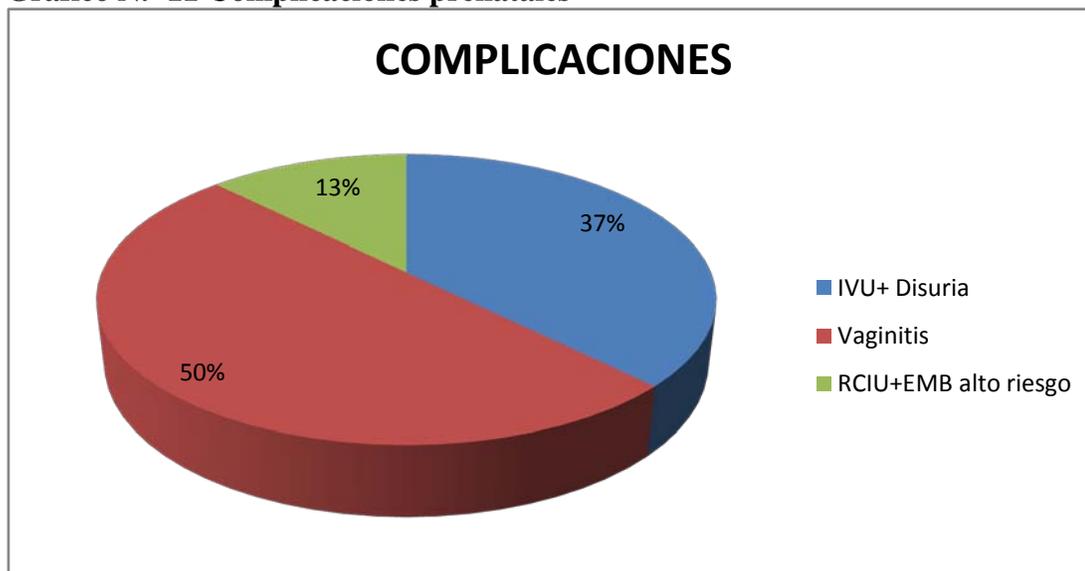
Cuadro N.- 13

Complicaciones	Número	Porcentaje
IVU+ Disuria	6	38
Vaginitis	8	50
RCIU+EMB alto riesgo	2	12
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 11 Complicaciones prenatales



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 37% (6) tuvieron como complicación Infección de Vías Urinarias +Disuria el 50% (8) Vaginitis y el 13% (2) Restricción de Crecimiento Intrauterino + Embarazo de alto riesgo. La mitad de las adolescentes embarazadas presentaron como complicación prenatal vaginitis siendo consecuencia del poco o nulo aseo que por descuido o desconocimiento no lo realizaban de una manera adecuada y ponen en riesgo tanto la salud de la madre como la del niño.

11. Culminación del embarazo

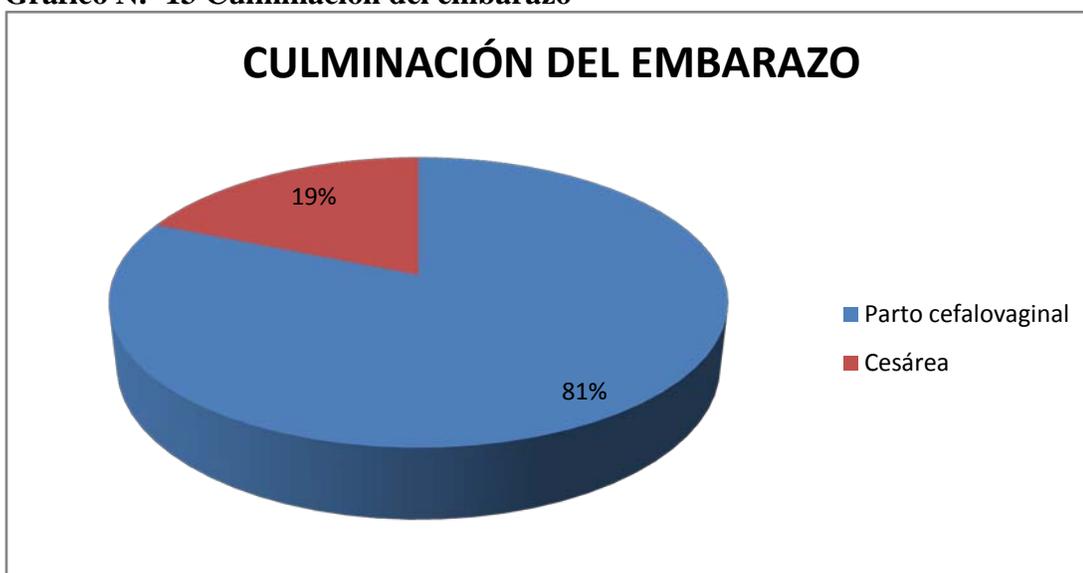
Cuadro N.- 14

Complicaciones	Número	Porcentaje
Parto Normal	13	81
Cesárea	3	19
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 13 Culminación del embarazo



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 81% (13) de las adolescentes culminaron su embarazo por parto normal y el 19% (3) por cesárea. Casi en su totalidad los embarazos culminaron con parto normal sin complicaciones significativas pese a tener un cuerpo inmaduro y estructura física en desarrollo y en un mínimo porcentaje culminó el embarazo en cesárea que fueron programadas por desproporción cefalopélvica y sufrimiento fetal agudo.

NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES

12. Edad gestacional al nacimiento

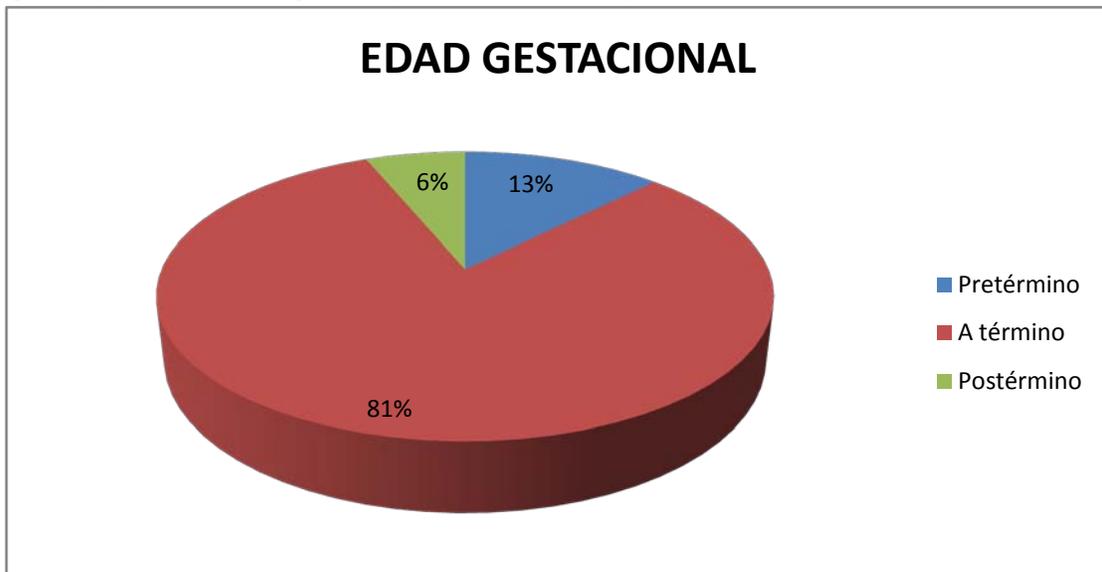
Cuadro N.- 15

Edad Gestacional	Número	Porcentaje
Pretérmino	2	12
A término	13	82
Postérmino	1	6
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 13 Edad Gestacional al nacimiento



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 13% (2) de los niños nacieron pretérmino, el 81% (13) nació a término y el 6% (1) postérmino. Casi en su totalidad los niños nacieron a término que es un buen precedente para evitar complicaciones en el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses y solo dos niños nacieron pretérmino como consecuencia de un cuerpo inmaduro de la madre pero no tuvieron significantes complicaciones.

13. Valoración de APGAR

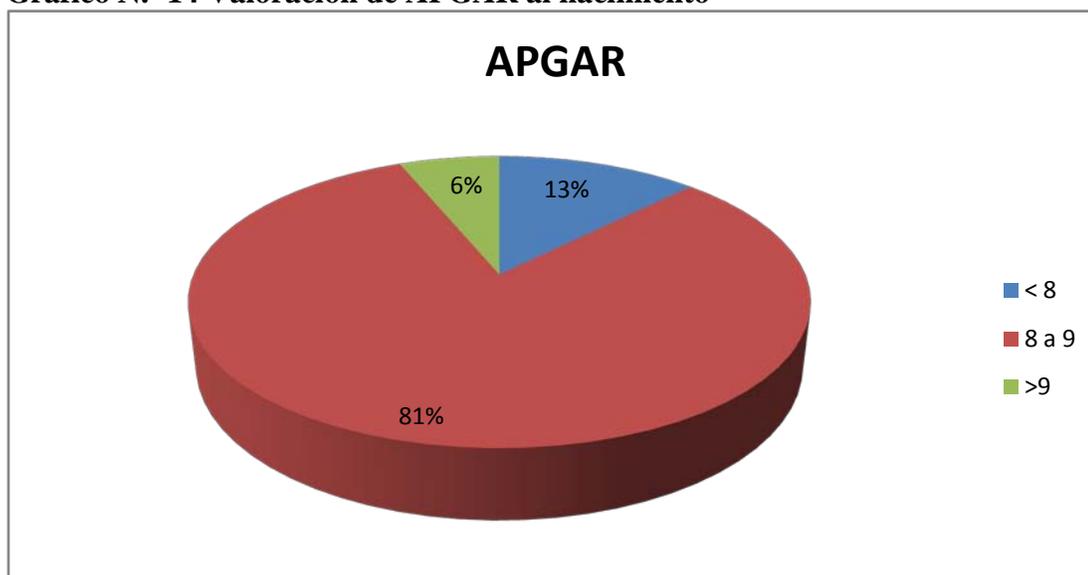
Cuadro N.- 16

APGAR	Número	Porcentaje
< 8	2	12
8 a 9	13	82
>9	1	6
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 14 Valoración de APGAR al nacimiento



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 13% (2) de los niños tuvo un bajo porcentaje de la valoración de APGAR de < 8, el 81% (13) tuvo valoración de 8-9 y el 6% (1) tuvo valoración >9. En un gran porcentaje de niños tuvieron buena puntuación en la valoración de APGAR pero existen dos niños con una puntuación de < de 8 que crónicamente arrastran el problema ya sea de crecimiento o desarrollo que se va notando a medida de que el tiempo va pasando.

14. Peso al nacimiento
Cuadro N.- 17

Peso	Número	Porcentaje
<2500	8	50
2500 a 3500	6	37
>3500	2	13
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 15 Peso al Nacimiento



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 50% (8) de los niños nacieron con peso bajo para la edad gestacional que pertenece a < 2500, el 37% (6) nacieron con peso adecuado para la edad gestacional que corresponde de 2500 a 3500 gramos y el 13% (2) de los niños nacieron con peso elevado para la edad gestacional. La mitad de la población infantil tiene peso bajo para la edad gestacional con el antecedente que son hijos de madres adolescentes que los predispone a sufrir enfermedades como anemia, desnutrición.

15. Peso para la edad
Cuadro N.- 18

Peso para la edad	Número	Porcentaje
Alto 2 a 3	2	12%
Normal 2 a -2	4	25%
Bajo -2 a -3	10	63%
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 16 Peso para la edad actual



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 12% (2) de los niños de encuentran con su peso en los rangos de +2 a +3, el 25% (4) dentro del rango +1 a -1 y el 63% (10) de -2 a -3. La mayoría de los niños están con un peso inferior al adecuado para su edad siendo consecuencia de ser hijo de una madre adolescente con nutrición intrauterina mínima necesaria, peso bajo al momento del nacimiento y con consecuencia de una actual nutrición inadecuada.

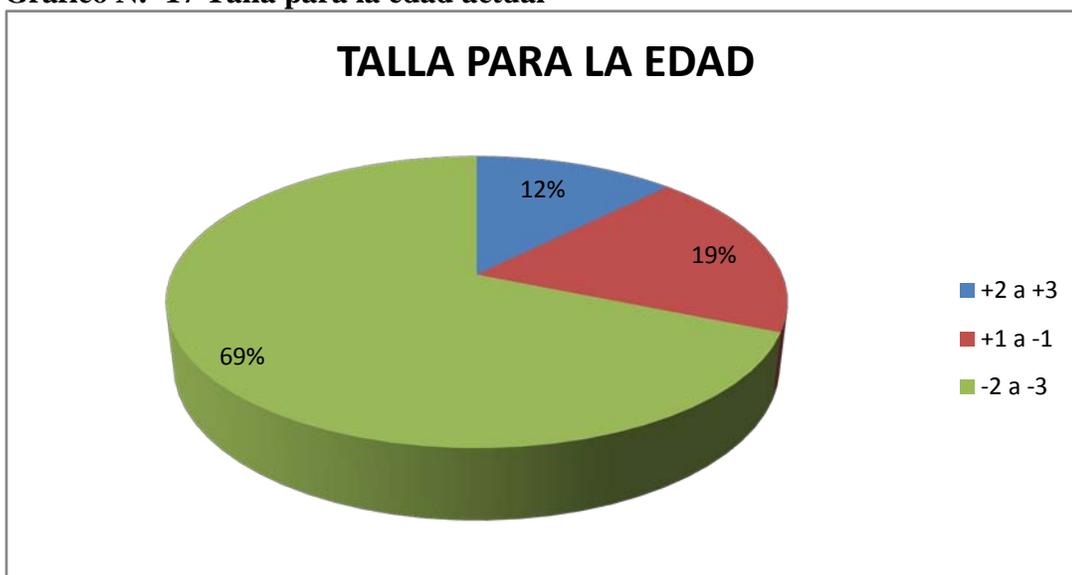
16. Talla para la edad
Cuadro N.- 19

Talla para la edad	Número	Porcentaje
Alto 2 a 3	2	12
Normal 2 a -2	3	19
Bajo -2 a -3	11	69
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 17 Talla para la edad actual



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 12% (2) de los niños están en los parámetros de +2 a +3, el 19% (3) de +1 a -1 y el 69% (11) de los niños están en el rango de -2 a -3. Más de la mitad de estos niños están con restricción del crecimiento siendo la consecuencia de una desnutrición crónica desde la vida intrauterina, que se evidencia desde su nacimiento y con el paso del tiempo es más notoria viéndose afectada su talla.

17. Esquema de vacunación

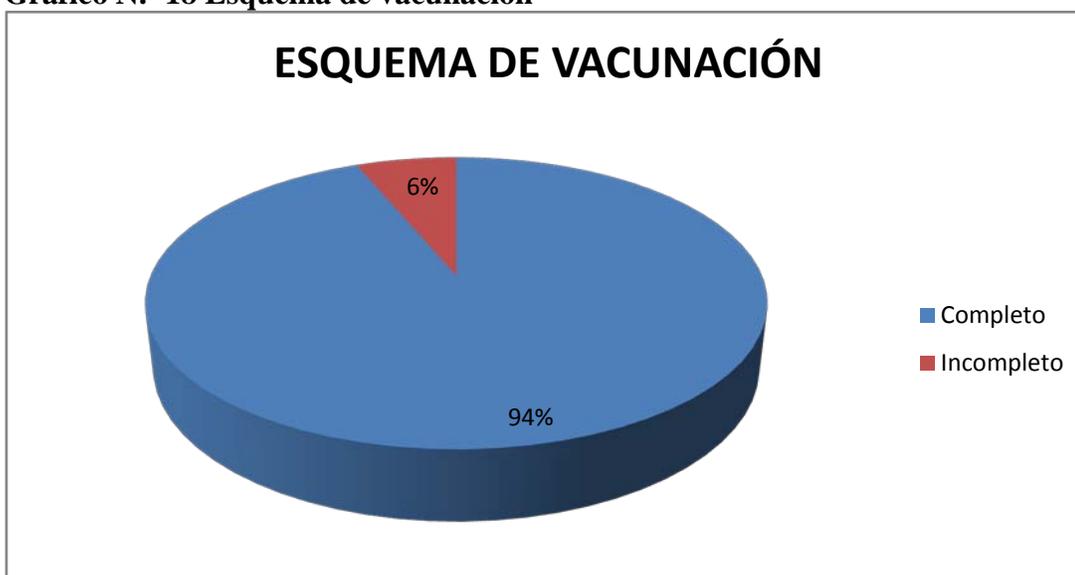
Cuadro N.- 20

Número de embarazos	Número	Porcentaje
Completo	15	94
Incompleto	1	6
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 18 Esquema de vacunación



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 94% (15) de los niños tienen un esquema completo de vacunación y el 6% (1) tienen incompleto. El gran porcentaje de niños tienen el esquema de vacunación completo pero no todos a tiempo o en la fecha indica si hay retrasos pero no significantes que influyan en el crecimiento o desarrollo del niño a excepción de un caso que mantiene descuido total en asistir tanto a los controles como a las vacunas en las fechas citas o en la edad que le corresponde su vacuna.

18. Test de DENVER

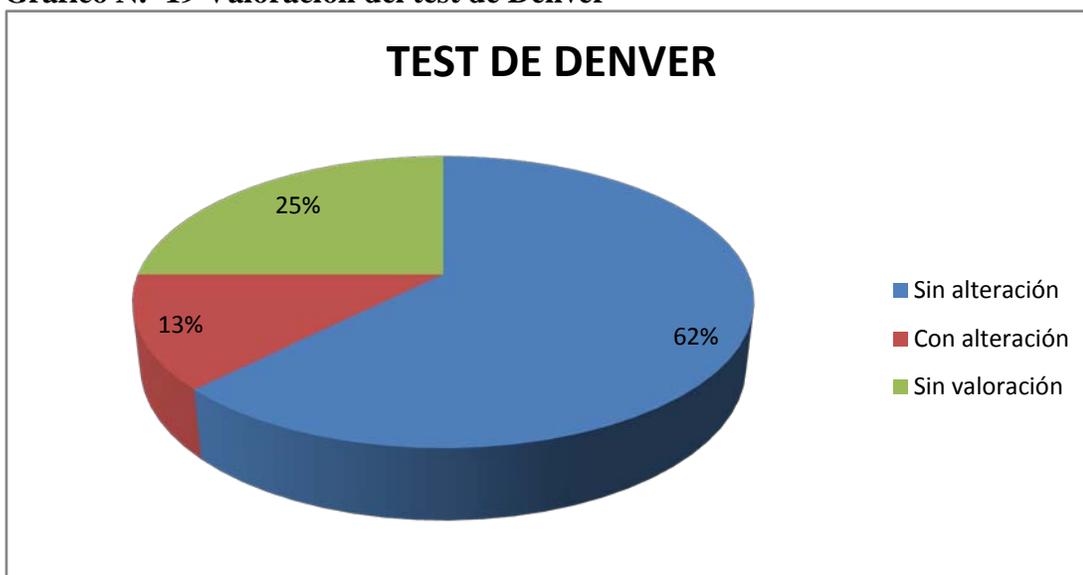
Cuadro N.- 21

DENVER	Número	Porcentaje
Sin alteración	10	63
Con alteración	2	12
Sin valoración	4	25
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 19 Valoración del test de Denver



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 62% (10) de los niños no presenta alteración en el Test de Denver, el 13% (2) si existe algún tipo de alteración y un 25% (4) no tiene valoración por parte del personal de salud. El ser hijos de madres adolescentes no tiene afectación significativa en relación al test de Denver con excepción de los dos niños que tienen alteración leve el desarrollo y cuatro niños no tienen valoración por parte del personal que hace una valoración integral del niño que asiste al control.

19. Frecuencia de controles

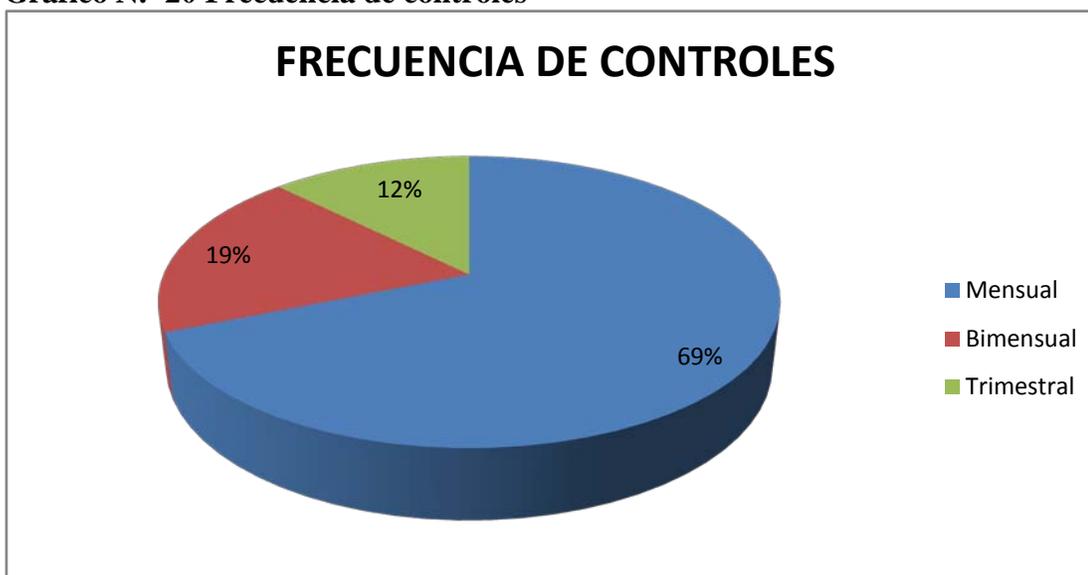
Cuadro N.- 22

Frecuencia de controles	Número	Porcentaje
Mensual	11	69
Bimensual	3	19
Trimestral	2	12
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 20 Frecuencia de controles



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 69% (11) de las madres llevan al control de forma mensual el 19% (3) bimensual y el 12% (2) trimestral. De los niños que se encuentran en edades inferiores a un año, sus controles son mensuales sin existir mayor descuido por parte de las madres al llevar al control a los niños cuando están sanos y enfermos pero a medida de que el tiempo pasa dejan de asistir no le dan la importancia de los controles o a su vez solo llevan al niño cuando está enfermo o complicado.

20. Alimentación

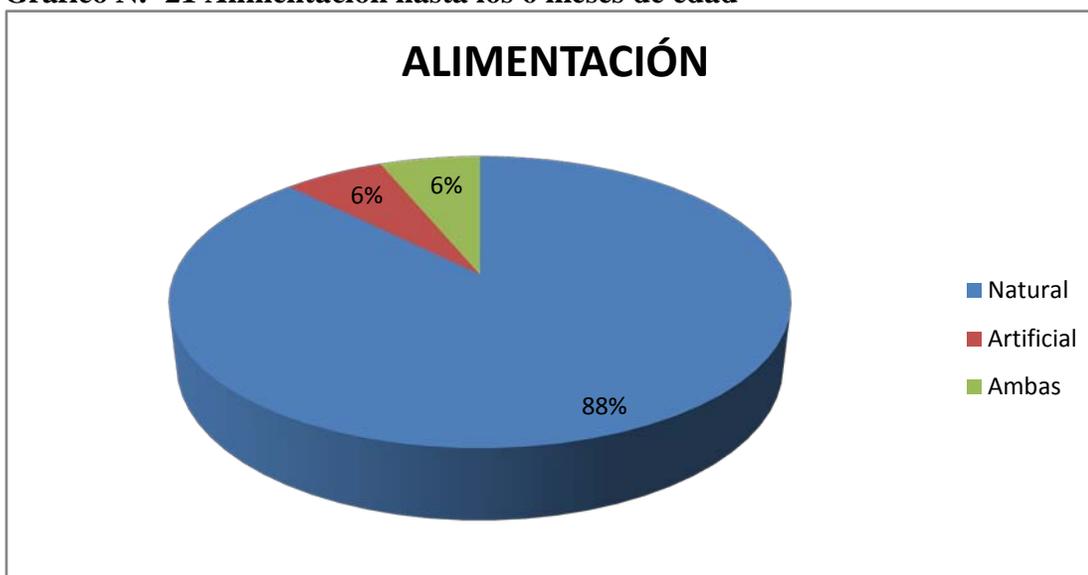
Cuadro N.- 23

Alimentación	Número	Porcentaje
Natural	14	88
Artificial	1	6
Ambas	1	6
TOTAL	16	100

Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Gráfico N.- 21 Alimentación hasta los 6 meses de edad



Fuente: Ficha de Observación

Elaborado por: Esther Sánchez

Análisis e Interpretación

El 88% (14) de los niños fueron alimentados con leche materna exclusiva el 6% (1) con fórmula y otro 6% (1) por las ambas. Este alto porcentaje de la alimentación con leche materna es muy alentador por los múltiples beneficios que esta conlleva y con lo que favorece en el sistema inmunológico del niño aumentando sus defensas, pero no sea visto tan óptimo por el retraso que existen en algunos niños tanto en el crecimiento como en la talla.

4.2 Verificación de hipótesis

Luego del análisis e interpretación de los datos obtenidos se puede manifestar que los niños de 0 a 2 años 6 meses hijos de madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui presentan alteraciones en el peso para la edad siendo el 63% de la población total de niños en estudio y talla para la edad en un 69% de la población total de niños en estudio por lo que es de importancia de la alimentación por edades

LUGAR PARÁMETRO	HIPOLONGO CUATRO ESQUINAS	YAYULIHUI	TOTAL
Peso para la edad	4	6	10(63%)
Talla para la edad	5	6	11(69%)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5. 1 Conclusiones

Tomando en consideración los objetivos planteados, y posterior a la recolección de datos y análisis de los resultados; se concluye que:

- El número de madres adolescentes es de 16 en total las cuales 7 acuden al Puesto de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y 9 al Puesto de Salud de Yayulihui mas de la mitad de estas adolescentes se convirtieron en madres en la adolescencia tardía y en menor porcentaje en la adolescencia media que las predispone a tener más de un embarazo, en un alto porcentaje están casadas son amas de casa y solo han cursado hasta séptimo grado de primaria y en un mínimo porcentaje están asistiendo a la secundaria.
- El inicio precoz de relaciones sexuales seguido por la menarquía en la adolescencia temprana predisponen a más de un embarazo en las adolescentes con altos riesgos de complicaciones seguido por escasos controles prenatales que la mayoría tiene los mínimos requeridos lo cual es un factor desencadenante para ocasionar alteraciones irreversibles en el crecimiento y desarrollo del niño y la mayoría de estos niños nacieron por parto normal.
- En los niños hijos de madres adolescentes son nacidos a término con buena valoración de APGAR, con peso bajo para la edad gestacional y perteneciendo a las madres adolescentes con menor edad y fueron embarazos de alto riesgo, la mayoría de los niños fueron alimentados con leche materna exclusiva y cumplen a satisfacción en esquema de vacunación y la mayoría de madres llevan a sus hijos a controles de niño sano mensualmente.

5.2 Recomendaciones

De acuerdo a las conclusiones anteriores se recomienda:

- Fomentar la utilización de métodos de planificación familiar cómodos y seguros en madres adolescentes poniendo énfasis en las que tienen más de una gesta para evitar embarazos subsecuentes no deseados dando a conocer las complicaciones tanto para la madre como para los niños y así aportar a disminuir la natalidad en la población adolescente.
- Mejora los controles prenatales en las adolescentes embarazadas indicando su importancia para evitar complicaciones prenatales irreversibles tanto para la madre como para el niño dando charlas personalizadas de una buena alimentación, higiene y actividades que no requieran esfuerzos físicos por parte de la gestante, prepararlas psicológicamente para el parto brindándoles el apoyo emocional a la futura madre.
- Valorar de forma integral y completa el crecimiento y desarrollo del niño cuando se realizan los controles del niño indicando la importancia de los controles mensuales, las vacunas, higiene y ganancia de peso y talla brindando charlas breves pero personalizadas de la alimentación por edades, la importancia de la leche materna de los beneficios materno-infantiles a corto y largo plazo, la alimentación complementaria.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1 Datos informativos

6.1.1 Título

“Tríptico didáctico-educativo para brindar conocimientos a las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y Puesto de Salud de Yayulihui sobre la alimentación de niños de acuerdo a su edad”

6.1.2 Institución Ejecutora

- Universidad Técnica de Ambato

6.1.3 Beneficiarios

- Madres adolescentes con hijos de 0 a 2 años 6 meses

6.1.4 Ubicación

- Puesto de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y Puesto de Salud de Yayulihui

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución

- Inicio: 01 de Noviembre de 2012
- Fin: 23 de Noviembre de 2012

6.1.6 Equipo Técnico Responsable

- Srta Esther Orfelina Sánchez Naranjo
- Personal de los Puestos de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui

6.1.7 Costo

CUADRO N^o 24: Costo de materiales de la propuesta

Materiales	Costos
Material de Escritorio	50.00
Transporte	40.00
Material Didáctico más ensayos	80.00
Total	170.00

6.2 Antecedentes de la propuesta

La previa investigación con el tema **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE HIPOLONGO CUATRO ESQUINAS Y YAYULIHUI DEL CANTÓN QUERO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO- 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”** se observó lo siguiente.

Qué el número de madres adolescentes es de 16 en total las cuales 7 acuden al Puesto de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y 9 al Puesto de Salud de Yayulihui mas de la mitad de estas adolescentes se convirtieron en madres en la adolescencia tardía y

en menor porcentaje en la adolescencia media en su mayoría son primigestas, en un alto porcentaje están casadas, son amas de casa y solo han cursado hasta séptimo grado de primaria.

Con la ayuda de las fichas de observación se evidencio que los niños hijos de madres adolescentes son nacidos a término con buena valoración de APGAR, con peso bajo para la edad gestacional y perteneciendo a las madres adolescentes con menor edad y fueron embarazos de alto riesgo, la mayoría de los niños fueron alimentados con leche materna exclusiva y cumplen a satisfacción en esquema de vacunación y las madres llevan a sus hijos a controles de niño sano mensualmente y se ve que se mantiene el bajo peso y en este caso es bajo para la edad actual.

Estas son las razones por las que se plantea esta propuesta como posible solución para el problema de la nutrición en los niños, que en un gran porcentaje tienen bajo peso para la edad que no es optimo para el crecimiento de los niños que están cuidados por adolescentes que tienen escolaridad mínima y desconocen muchos cuidados.

6.3 Justificación

La propuesta que sea plantea es de gran interés y utilidad tanto para la madre que podrá ampliar sus conocimientos sobre alimentación y sus hijos que recibirán esa mejor calidad de alimento sin ser más costoso pero si nutritivo.

La valoración del peso de los niños de 0 a 2 años 6 meses encontrados en las historias clínicas mediante las fichas de observación denota que están bajo para la edad actual estando como factores predisponentes la edad de la madre, el ambiente, la familia, la condición socio-económica y el nivel de conocimiento por la madre inmadura disminuyendo las condiciones optimas de vida para un niño dentro de esa edad que es considerado el de mayor crecimiento y desarrollo.

Es importante educar a la madre por medio de un Tríptico de fácil comprensión con el único fin de proporcionar mejores cuidados en el ámbito de la alimentación del niño.

6.4 Objetivos

6.4.1 Objetivo General

- Proporcionar conocimientos a las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui sobre la alimentación de niños de acuerdo a su edad mediante el uso de un Tríptico.

6.4.2 Objetivos Específicos

- Diseñar un Tríptico sobre la alimentación de los niños por edades
- Distribuir los trípticos en lugares visibles y accesibles para las madres adolescentes dentro de los Puestos de Salud
- Evaluar la utilidad del Tríptico y los conocimientos adquiridos por las madres en cada control que asistan con el niño.

6.5 Análisis de la factibilidad

6.5.1 Socio-cultural

Para plantear la presente propuesta se realizó una investigación de la forma de vida, creencias y costumbres que encaminó hacia una tentativa solución sin cambiar sus hábitos de vida, sino enriqueciéndonos con las experiencias vividas y acercándonos a una realidad muy diferente a la que se acostumbra mirar en la sociedad

6.5.2 Tecnológica

La tecnología utilizada es muy simple entre ellas tenemos un computador portátil, internet e impresoras para los Trípticos que hoy en día son muy accesibles

6.5.3 Organizacional

Para llegar a la comunidad objeto del estudio se inició por el VI Seminario de Graduación Coordinado por la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias e la

Salud perteneciente a la Universidad Técnica de Ambato se realizó mediante gestión del Decanato oficios dirigidos al Señor Director Provincial de Salud de Tungurahua el mismo que dio acceso al Área de Salud N.- 7 Quero-Cevallos a los Puestos de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui, haciéndoles llegar a los Directores de cada Puesto un oficio de apertura, siendo los mismos quienes encaminaron los acercamientos a la población en estudio.

6.5.4 Equidad de género

La propuesta es planteada netamente para género femenino pero no se quita la posibilidad de que los padres de los niños de 0 a 2 años 6 meses se involucren en esta actividad y se ilustren en el cuidado de la alimentación para sus hijos de acuerdo a la edad.

6.5.5 Ambiental

El ambiente es el adecuado para que se desarrolle la presente propuesta por el tipo de población con la que se cuenta ninguna de las madres adolescentes es analfabeta y las vías de accesibilidad a los Puestos de Salud son rápida y seguras.

6.5.6 Económica-financiera

Todos los gastos generados en la propuesta son autofinanciados por la investigadora puesto que son cantidades razonables y paulatinas.

6.5.7 Legal

La Constitución Política del Ecuador garantiza los Derechos de las Personas y Grupos de Atención Prioritaria en su Sección Quinta de Niñas, Niños y Adolescentes

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

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

Código de la Niñez y la Adolescencia, los Niños, Niñas y Adolescentes Como Sujetos de Derechos, Derechos de Supervivencia.

Art. 24.- Derecho a la lactancia materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo.

Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.

6.6 Fundamentación científico-técnico

Alimentación de acuerdo a la edad

Definición

Es una dieta que brinda una nutrición adecuada, es apropiada para el estado de desarrollo del niño y puede ayudar a prevenir la obesidad infantil.

Desde el nacimiento hasta los cuatro meses de edad

Durante los primeros 4 a 6 meses de vida, los bebés sólo necesitan leche materna o de fórmula para satisfacer todas sus necesidades nutricionales.

Si se amamanta, un recién nacido tal vez necesite alimentarse de 8 a 12 veces al día (cada 2 a 4 horas) o a petición del bebé. Hacia los cuatro meses, es probable que el recién nacido disminuya de 4 a 6 veces al día; sin embargo, aumentará la cantidad de leche materna que consume en cada alimentación.

Los bebés que reciben leche maternizada o fórmula tal vez necesiten alimentarse alrededor de 6 a 8 veces al día, comenzando recién nacidos con 2 a 5 onzas (60 a 150

ml) de fórmula cada vez que se alimentan (para un total de 16 a 35 onzas - 470 a 1,000 ml por día). Como con la lactancia materna, el número de alimentaciones se reducirá a medida que el bebé crezca, pero la cantidad de fórmula aumentará hasta aproximadamente 6 a 8 onzas (177 a 236 ml) por alimento.

Nunca le dé miel a un bebé, ya que ésta puede contener las esporas que causan botulismo y el sistema inmunitario del bebé no está completamente desarrollado para combatir esta enfermedad.

Aunque un bebé puede dormir toda la noche, es posible que sea necesario despertarlo para alimentarlo si no come lo suficiente durante el día o si está bajo de peso. Los chequeos de rutina con el médico para controlar el crecimiento del bebé sirven para asegurarse de que se le está suministrando la alimentación adecuada durante el día. El médico o el nutricionista le informarán si es recomendable despertar al bebé para alimentarlo.

Leche materna

Beneficios para su bebé

La leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros 6 meses de vida.

- Contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasa.
- Suministra las proteínas (enzimas) digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los bebés necesitan.
- Tiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a combatir infecciones.

Los bebés amamantados pueden ser menos propensos a tener:

- Alergias

- Infecciones de oído
- Gases, estreñimiento y diarrea
- Enfermedades de la piel
- Infecciones estomacales o intestinales
- Sibilancias
- Enfermedades respiratorias como neumonía y bronquitis

Los bebés amamantados pueden presentar menos riesgo de padecer:

- Diabetes
- Obesidad o problemas de peso
- Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)
- Caries dental

Algunos bebés no pueden tomar suficiente leche materna al amamantarse debido a:

- Defectos congénitos de la boca (labio leporino o paladar hendido)
- Dificultad para succionar
- Problemas digestivos (galactosemia)
- Nacimiento prematuro
- Tamaño pequeño
- Estado físico débil

De 4 a 6 meses de edad

A la edad de 4 a 6 meses de vida, un bebé debe consumir de 28 a 45 onzas (830 a 1,300 ml aproximadamente) de leche maternizada (fórmula) y por lo general ya está listo para comenzar la transición a la dieta sólida. El inicio apresurado del consumo de sólidos puede hacer que el bebé se ahogue si no está físicamente preparado.

Existen diversos acontecimientos importantes del desarrollo que indican que el bebé está listo para consumir alimentos sólidos:

- El peso al nacer se ha duplicado
- El bebé es capaz de controlar el cuello y la cabeza
- El bebé se puede sentar con algo de apoyo
- El bebé puede mostrar que está satisfecho con un movimiento de cabeza a un lado o no abriendo la boca
- El bebé comienza a mostrar interés por el alimento cuando otros están comiendo

Comience la dieta sólida con cereal de arroz para bebés fortificado con hierro mezclado con leche materna o de fórmula hasta lograr una consistencia suave. El cereal puede mezclarse con leche hasta lograr una consistencia más espesa, a medida que el bebé aprende a controlarlo en la boca.

- Inicialmente, ofrézcale cereal dos veces al día en porciones de 1 a 2 cucharadas (cantidad seca, antes de mezclarla con leche materna o de fórmula).
- Aumente gradualmente a 3 o 4 cucharadas de cereal.
- El cereal no se debe dar en biberón, a menos que el pediatra o el nutricionista lo recomienden, por ejemplo, por el reflujo.

Una vez que el bebé esté comiendo el cereal de arroz de manera rutinaria, se pueden introducir otros cereales instantáneos fortificados con hierro. Sólo introduzca un nuevo cereal por semana, de manera que pueda observar si hay intolerancia o alergias.

De 6 a 8 meses de edad

Continúe alimentando al bebé con leche materna o de fórmula de 3 a 5 veces al día. La Academia Estadounidense de Pediatría no recomienda la leche de vaca para niños menores de un año.

El bebé comenzará a tomar menos fórmula o leche materna una vez que los alimentos sólidos se conviertan en una fuente de nutrición.

Cuando el bebé haya probado varios cereales diferentes, ensaye con compotas y verduras.

- Con respecto a las compotas y las verduras, introduzca una a la vez y espere dos a tres días entre ellas para ver si produce alguna reacción alérgica.
- Empiece con vegetales corrientes como arvejas, papas, zanahorias, batatas, calabacín, habichuelas, remolacha; y frutas comunes como banano, compota de manzana, albaricoques, peras, duraznos y melón.
- Algunos nutricionistas recomiendan introducir unas pocas verduras antes de las frutas, porque el dulce de las frutas puede hacer que una comida menos dulce como las verduras sea menos atractiva.
- Suministre porciones que contengan de 2 a 3 cucharadas de frutas y verduras, más o menos 4 porciones diarias.

La cantidad de frutas y verduras consumidas al día fluctuará entre 2 cucharadas y dos pocillos según la talla y el gusto del bebé por ellas. Se puede aumentar gradualmente la regularidad de los alimentos ofrecidos a medida que el bebé los tolere.

Se le pueden poner al bebé pequeñas cantidades de comida en las manos, pero evite los alimentos como trozos o pedazos de manzana, uvas, perros calientes, salchichas, mantequilla de maní, palomitas de maíz, nueces, granos, dulces redondos y pedazos duros de verduras crudas que pueden causar ahogamiento.

Las verduras blandas cocidas, las frutas lavadas y peladas, las galletas integrales, las tostadas delgadas y los tallarines son alimentos que el bebé puede recibir en las manos. No se recomiendan las comidas saladas y/o azucaradas. Los alimentos para la dentición, tales como las tiritas de tostada, las galletas simples, el pan ácimo y los bizcochos para la dentición también pueden empezar a introducirse en esta etapa.

De 8 a 12 meses de edad

En esta edad, la leche materna o de fórmula se debe suministrar de 3 a 4 veces al día. La Academia Estadounidense de Pediatría no recomienda la leche de vaca para niños menores de un año.

A los 8 a 12 meses de edad, el bebé está listo para ingerir carne desmechada o finamente picada. A los bebés lactantes, empiece a darles carne a los ocho meses (la leche materna no es una fuente alimenticia rica en hierro, pero los bebés tienen reservas de hierro adecuadas que les alcanzan hasta los 8 meses, edad en la cual se pueden suministrar alimentos ricos en hierro como las carnes).

Como sucede con otros alimentos, ofrézcale al bebé sólo un nuevo tipo de carne por semana, en porciones de 3 o 4 cucharadas, usando carne molida o finamente picada, salchichas o carne desmechada. Los tamaños de las porciones de frutas y verduras aumentan de 3 a 4 cucharadas, cuatro veces al día. Los huevos se pueden suministrar de 3 a 4 veces por semana, pero sólo la yema hasta cuando el bebé cumpla un año, pues algunos niños son sensibles a la clara de los huevos.

Al año de edad, la mayoría de los bebés ya han dejado el biberón; pero si todavía lo toma, éste debe contener sólo agua.

Un año de edad

Después de que el bebé cumple un año, la leche entera puede reemplazar la leche materna o de fórmula. A los niños menores de dos años no se les debe suministrar leche baja en grasa (al 1 o 2%, o desnatada) porque necesitan las calorías adicionales de la grasa para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo.

A los niños menores de un año no se les debe suministrar leche entera, ya que se ha demostrado que produce conteos sanguíneos bajos. Sin embargo, se les puede suministrar queso, requesón y yogur en pequeñas cantidades.

El niño de un año de edad ya debe estar obteniendo gran parte de su nutrición de las carnes, frutas y verduras, panes y granos, y de los productos lácteos, especialmente la leche entera.

Suministrar una gran variedad de alimentos ayudará a garantizar que se reciban suficientes vitaminas y minerales. Los niños pequeños no crecen tan rápido como los bebés, por lo que sus necesidades nutricionales relativas a la talla disminuyen durante el segundo año de vida y, aunque siguen aumentando de peso, no lo duplican, como lo hacen los bebés.

Sin embargo, tenga en cuenta que los niños pequeños se están volviendo cada vez más y más activos, a medida que aprenden a gatear y a caminar. Los niños pequeños y los que empiezan a caminar por lo general comerán sólo pequeñas cantidades a la vez, pero lo harán con frecuencia (de 4 a 6 veces diarias) durante todo el día, así que se aconseja encarecidamente tomar refrigerios.

Consejos para la alimentación:

- El suministro de alimentos sólidos a muy temprana edad no es recomendable y puede ocasionar sobrealimentación.
- Ofrezca sólo un alimento nuevo a la vez y hágalo durante unos pocos días. Esté atento a las reacciones alérgicas (urticaria, vómitos, diarrea).
- No suministre alimentos sólidos en el biberón.
- Si al bebé no le gusta el nuevo alimento, intente dárselo nuevamente más tarde.

Seguridad durante las horas de las comidas

- Alimente al bebé directamente del recipiente sólo si usa todo el contenido, de lo contrario, utilice un plato para evitar la contaminación con enfermedades transmitidas a través de los alimentos.

- Los recipientes de comida para bebé destapados se deben cubrir y conservar en el refrigerador, máximo dos días.
- Utilice una cuchara pequeña para alimentar al bebé.
- Un bebé que se lleva a la cama con el biberón (leche, jugo de fruta o bebida endulzada) puede desarrollar boca de biberón, lo cual ocasiona caries dental. Utilice agua corriente si el biberón es necesario.
- Evite los alimentos que puedan ahogar al bebé, como palomitas de maíz, nueces, papitas fritas, almendras, bayas, uvas, perros calientes, verduras crudas, uvas pasas y hojuelas de cereal.

Otros consejos

- Se le puede ofrecer al bebé agua entre las comidas.
- No se recomienda ofrecer dulces ni bebidas endulzadas, porque hacen perder el apetito y contribuyen a la caries dental.
- No se recomiendan la sal, el azúcar ni los condimentos fuertes.
- No se recomiendan los productos que contengan cafeína (bebidas gaseosas, café, té o chocolate).
- Un bebé hiperactivo o melindroso puede necesitar atención, en vez de comida.

Organizaciones como la Asociación Médica Estadounidense (*American Medical Association*) y la Asociación Dietética Estadounidense (*American Dietetic Association*) recomiendan que los niños saludables obtengan todos los nutrientes de los alimentos en lugar de suplementos vitamínicos.

Los nutrientes que tienen la mayor posibilidad de ser deficientes en la dieta de un niño son: el calcio, el hierro, la vitamina C, la vitamina A, el ácido fólico y la vitamina B6. La Academia Estadounidense de Pediatría (*American Academy of Pediatrics*) no respalda los suplementos vitamínicos de rutina para niños normales y saludables; sin embargo, no hay un riesgo significativo si un padre desea suministrarle a su hijo una multivitamina pediátrica estándar.

Los niños que no consumen o que consumen insuficientes productos lácteos presentan un riesgo particular de deficiencia de calcio que puede interferir con el desarrollo y crecimiento de los huesos. Entre los alimentos que son buenas fuentes de calcio están la leche descremada o baja en grasa, el yogur y los quesos. Otros alimentos como el brócoli, las verduras cocidas y el salmón enlatado (con huesos) también brindan una fuente de calcio en la dieta; sin embargo, a menudo es difícil lograr que los niños consuman cantidades adecuadas de estos alimentos.

Los requerimientos de hierro varían de acuerdo con la edad, la tasa de crecimiento, las reservas de este elemento, el aumento del volumen sanguíneo y la tasa de absorción de las fuentes alimenticias. Las adolescentes tendrán mayores necesidades de hierro debido a las pérdidas menstruales. Las fuentes de hierro incluyen la carne de res, el pescado, la carne de aves, los cereales fortificados con hierro, las espinacas, las legumbres y las arvejas secas.

6.7 Cuadro No 25: Plan operativo

Fases	Etapas	Meta	Actividades	Presupuesto	Responsable
Planificación	1. Recolección información teorico-científica sobre el tema a tratar.	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener información verídica y confiable 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio del tema. • Búsqueda de la información en fuentes bibliograficas 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de escritorio: 50.00 • Material Didáctico más ensayos: 80.00 • Transporte: 40.00 	<ul style="list-style-type: none"> • Srta. Esther Orfelina Sánchez Naranjo • Personal de los Puestos de Salud de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui
	2. Elaboración del material didáctico. Tríptico sobre la alimentación de acuerdo a la edad	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con todo el material didáctico necesario 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar ensayos del Tríptico • Elaborar el Tríptico 		
	3. Socialización de la propuesta al personal que labora en los Puestos de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la propuesta por parte de los beneficiarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Convocar al personal de los Puestos de Salud y socializar la propuesta. 		
	4. Establecer el lugar	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar 	<ul style="list-style-type: none"> • Repartir el ensayo 		

	adecuado para repartir el Tríptico.	recomendado por el personal de salud de cada Puesto	del Tríptico en los lugares		
	5. Convocatoria a las madres adolescentes mediante el personal de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Comunicar al mayor porcentaje de madres adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> Informar en pre y post consulta del nuevo Tríptico ilustrativo 		
Ejecución	1. Repartir el Tríptico en un lugar visible	<ul style="list-style-type: none"> Llamar la atención de la madre de forma inmediata 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar el Tríptico con colores llamativos y muchas ilustraciones 		
	2. Presentar el Tríptico sobre la Alimentación de acuerdo a la edad	<ul style="list-style-type: none"> Crear conciencia en cómo alimentar a sus niños 	<ul style="list-style-type: none"> Despejar dudas de las madres de acuerdo a lo captado 		
	3. Entrega de tríptico	<ul style="list-style-type: none"> Entregar en su totalidad a las 	<ul style="list-style-type: none"> Repartir los trípticos en pre y 		

		madres el tríptico	post consulta		
Evaluación	1. Socialización del tema entre las madres adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> Las madres comentan lo que captaron del Tríptico 	<ul style="list-style-type: none"> Motivar a las madres adolescentes a poner en práctica los conocimientos. 		
	2. Preguntas al azar a madres que observaron el Tríptico	<ul style="list-style-type: none"> Responden las madres de forma clara y concisa lo antes observado 	<ul style="list-style-type: none"> Formular preguntas cortas pero precisas para evaluar los conocimientos de las madres. 		

Elaborado por: Esther Sánchez

6.8 Administración de la propuesta

6.8.1 Unidad operativa

La unidad operativa que lleva ha caso esta propuesta es la Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería con la colaboración de la Coordinación y Estudiantes del VI Seminario de Graduación, el Personal de Salud de los Puestos de Hipolongo Cuatro Esquinas y Yayulihui pertenecientes al Área de Salud N.- 7 Quero-Cevallos de la Provincia de Tungurahua.

6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

Con el único fin de monitorear y evaluar la propuesta se considerara lo planificado en el plan operativo, se analizara cada uno de los resultados arrojados por esta técnica y se tomara en cuenta todas las sugerencias que este resulten para modificar o mantener la respuesta.

Cuadro No 26: Plan de Monitoreo y Evaluación

1.- ¿Que evaluar?	<ul style="list-style-type: none">• Alimentación según la edad• Requerimientos de los niños de 0 a 2 años 6 meses• Preparación de alimentos
2.- ¿Por qué evaluar?	<ul style="list-style-type: none">• Se evaluara para comprobar la eficacia de la propuesta y arrojará aspectos importantes que aportaran al cambio o mantenimiento de la misma.
3.- ¿Para qué evaluar?	<ul style="list-style-type: none">• Comprobar los conocimientos adquiridos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar las dudas sobre los temas tratados. • Identificar aspectos importantes de los temas tratados.
4.- Indicadores.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de consejos sobre alimentación según la edad • Claridad de la devolución de los temas tratados.
5.- ¿Quién evalúa?	<ul style="list-style-type: none"> • La investigadora
6.- ¿Cuándo evaluar?	<ul style="list-style-type: none"> • Después de repartidos los Trípticos sobre alimentación según la edad
7.- ¿Cómo evaluar?	<ul style="list-style-type: none"> • Con preguntas en pre y post consulta de los Puestos de Salud
8.- Fuentes de Información.	<ul style="list-style-type: none"> • Tríptico repartidos en el Puesto de Salud
9.- ¿Con qué evaluar?	<ul style="list-style-type: none"> • Con preguntas en un cuestionario abierto

Elaborado por: Esther Sánchez

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- **ADAMES, R.** Investigación científica. (2003).
- **ANDRADE V., M.** (Dra), S.C.S Puengasì, 2009
- **CACUANGO E, M. y MUÑOZ C., R.** Área de Gineco-Obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, 2010.
- **CAMPOS., Victoria,** Psicóloga del OMNI Hospital, 2009
- **CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA,** publicado por Ley No. 100. en Registro Oficial 737 de 3 de Enero del 2003
- **CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA,** Libro Primero, Los Niños, Niñas Y Adolescentes Como Sujetos De Derechos
- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ECUADOR,** Capítulo Tercero, Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, Sección cuarta, Sección quinta niñas, niños y adolescentes
- **DICKASON y OTROS (S.F.),** “Enfermería Materno – Infantil”. Segunda Edición. Editorial Harcourt Brace, Madrid – España, 2008
- **DOX, I.**, “Diccionario Médico Ilustrado Harper Collins”. Editorial Marban Libros S.L, Madrid – España. (2009).
- **GARCIA, K., y REVELO, L.,** En el Subcentro de Salud de Julio Andrade en el año 2010
- **HERRERA E. L., MEDINA F. A., NARANJO L. G.,** Tutoría de la Investigación Científica, Quito, 2009
- **HINOJOSA, M. A. y Otros.** Crecimiento y Desarrollo, Quito, 2012
- **MÉNDEZ Y BELTRÁN,** En el II Congreso Venezolano de la Mujer, 2009
- **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, MSP (2005).** Normatización Técnica, Normas de Atención a la Niñez, Quito – Ecuador.

- **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**, Protocolo de atención Integral a la adolescente. Ecuador, 2009
- **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**, La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, 2000, Informe Salud para todos en el año 2000, pag. 12
- **PAPALIA, D.**, y otros. (Última Edición) Psicología del Desarrollo, Novena Edición. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana, México DF, 2008
- **PLAZA & JANÉS** Gran Larousse Universal, 2010
- **ROMERO, M. (Dra.)**, Sexualidad y embarazo. Modulo 3, lección 15, Escuela de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2008
- **URMENETA A., ECHEVERRÍA M., MARTÍN L.** Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Camino. Pamplona-España, 2008

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%20poblacion>
- **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>
- **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/

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

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=S0325007520080005001&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.

4.1 Anexos

ANEXO I



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

FICHA DE OBSERVACION

RESPONSABLE: Esther Sánchez Naranjo

Lugar: _____ **Fecha:** _____

MADRES ADOLESCENTES

Ficha N°: ____

Nombre:		Edad:	Estado civil:
Ocupación	QQDD	Estudiante	Agricultura
Escolaridad	Primaria	Secundaria	Ninguna
Menarquía	10-13	14-16	17-19
Inicio relaciones sexuales	10-13	14-16	17-19
Edad al convertirse en madre	10-13	14-16	17-19
Primer control	1 ^{er} trimestre	2 ^{do} trimestre	3 ^{er} trimestre
Número controles prenatales	1-3	4-6	7-9
Complicaciones prenatales	IVU-Anemia	Eclampsia	Preeclampsia-
Culminación del embarazo	Parto	Cesárea	
EG al nacimiento	Pre término	A término	Pos término
Complicaciones en el parto	SFA	Parto prolongado	Retención restos

ANEXO II



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

FICHA DE OBSERVACION

RESPONSABLE: Esther Sánchez Naranjo

Lugar: _____ **Fecha:** _____

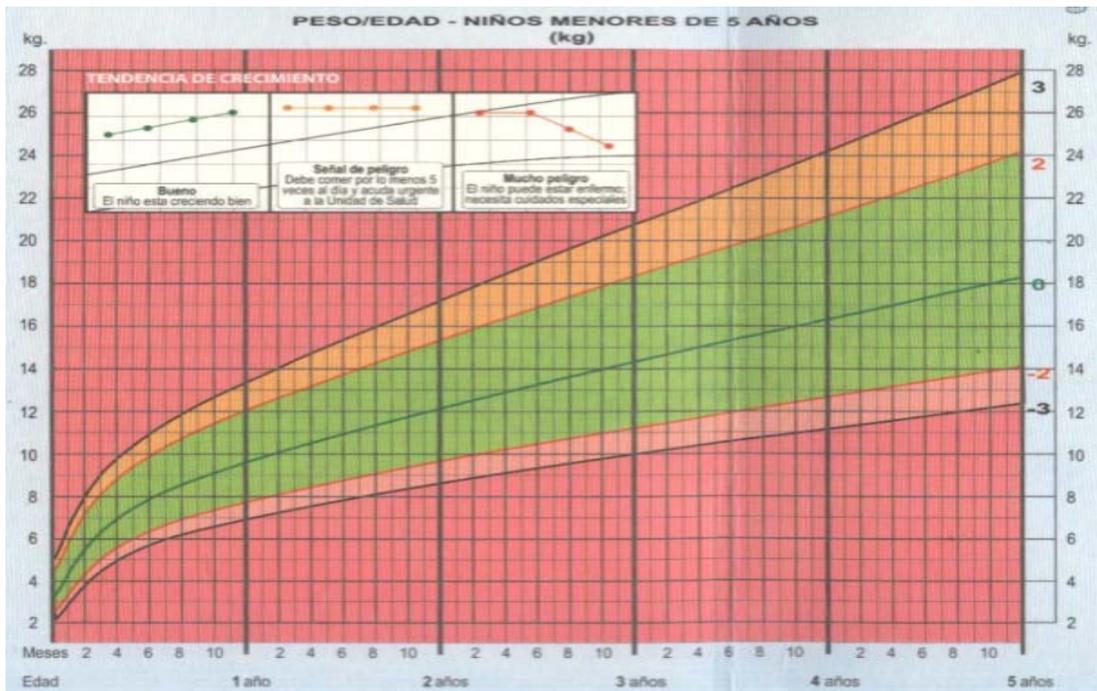
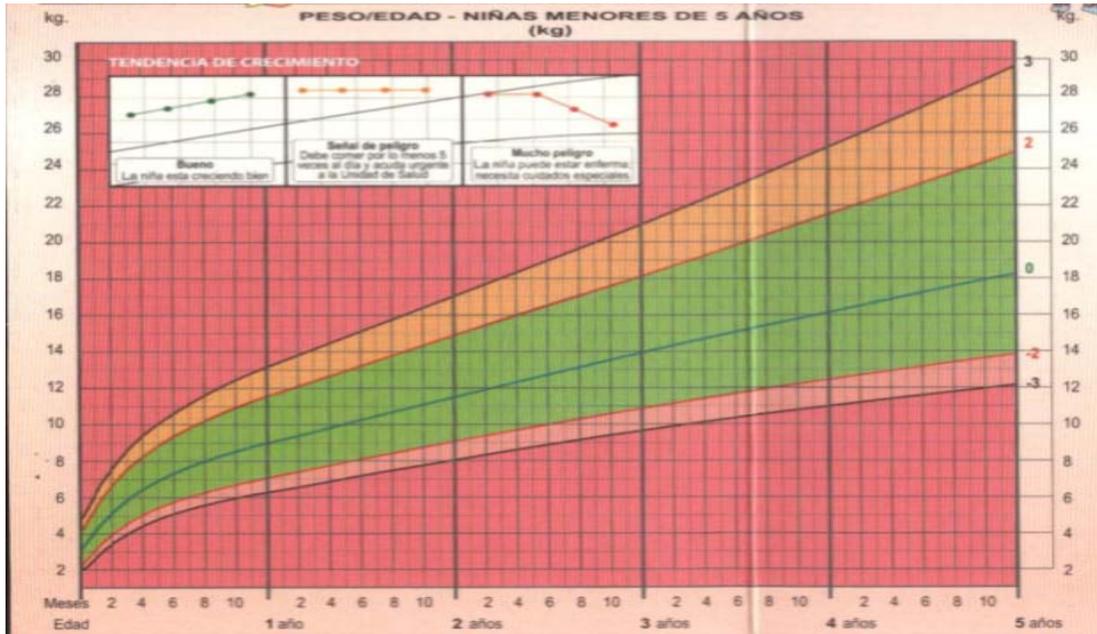
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES

Ficha N^o: ____

Nombre:		Edad Actual:	
Valoración de APGAR	< 8-9	= 8-9	> 8-9
Peso al nacer	< 2500	2500-3500	>3500
Peso actual			
Talla actual			
Esquema de vacunación	Completo para la edad	Incompleto para la edad	
Test de denver	Sin alteraciones	Con alteraciones	Sin valoración
Frecuencia de los controles	Mensual	Trimestral	Semestral
Enfermedades prevalentes de la infancia	IRA	EDA	Otras
Alimentación hasta los 6 meses de edad	Lactancia exclusiva	Fórmula	Ambas

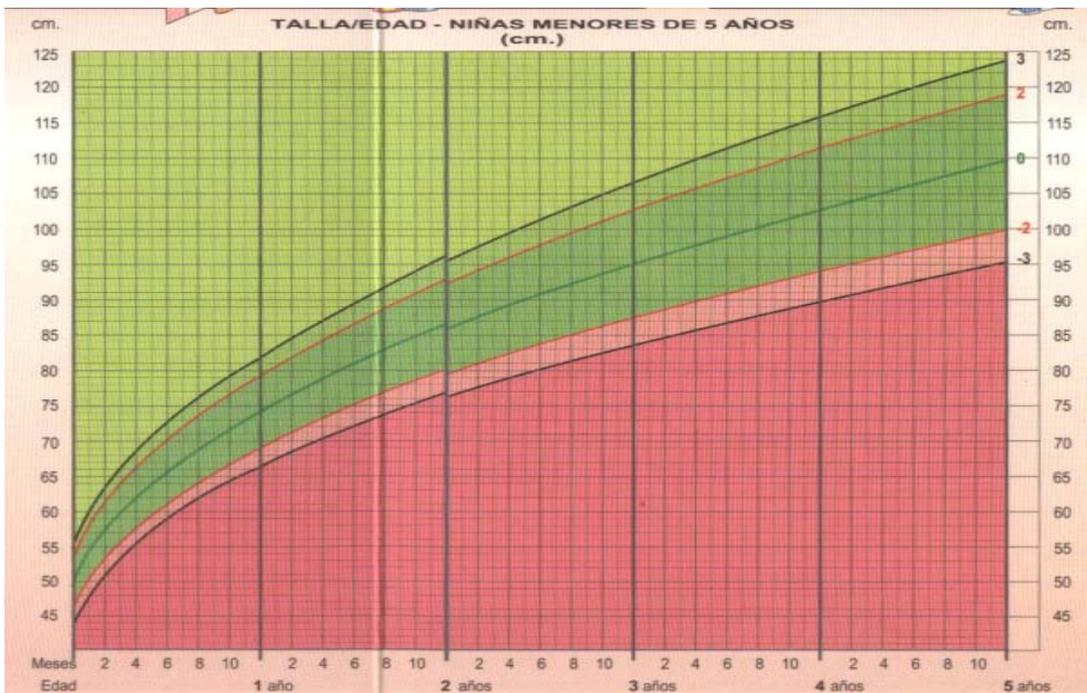
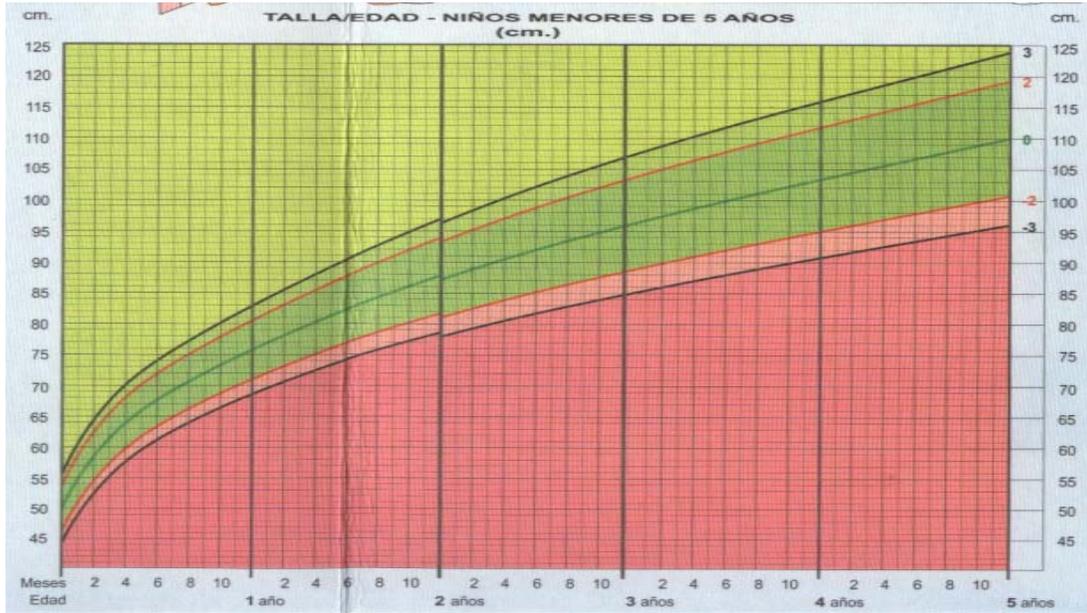
ANEXO III

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



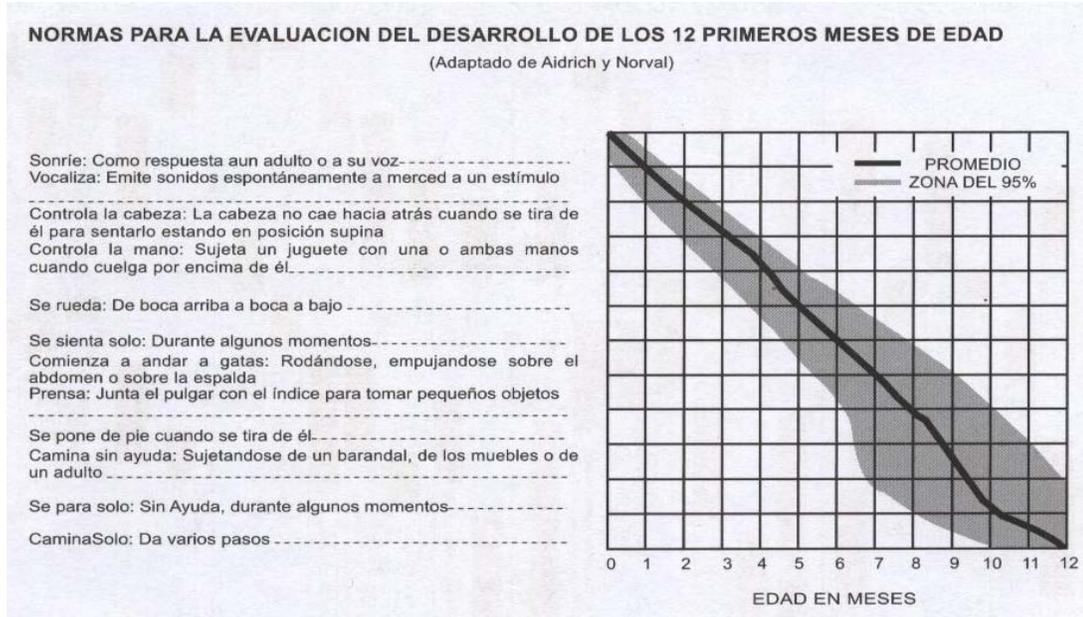
ANEXO V

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.				
	S R	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.					

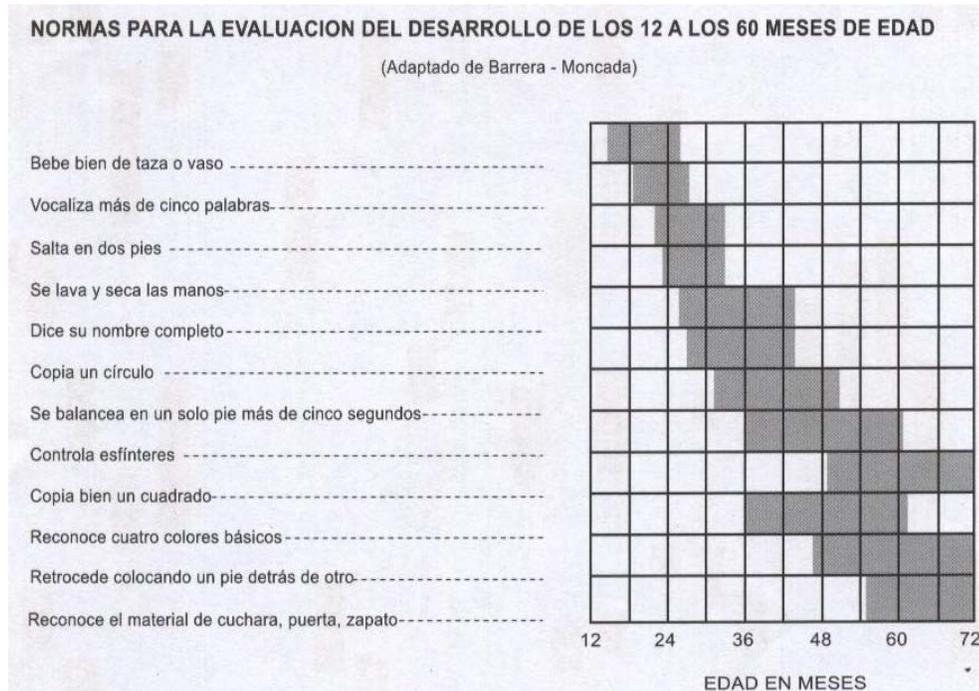
ANEXO VI

Test de Aldrich y Normal



ANEXO VII

Test de Barrera-Moncada



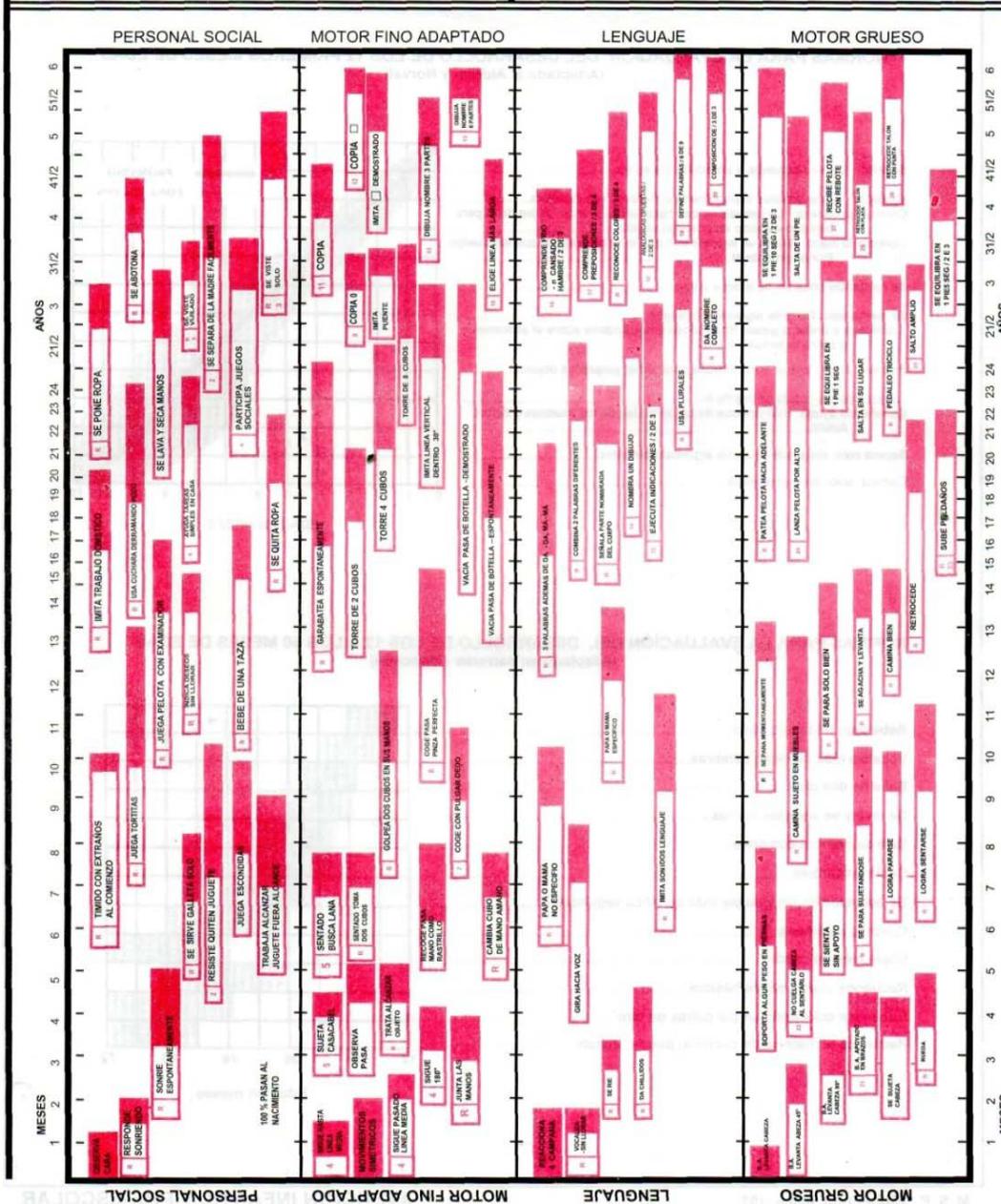
ANEXO VIII

Test de Denver

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

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

EL "DENVER" EXAMEN: DEL DESARROLLO DEL NIÑO



ANEXO IX

De 8 a 12 meses de edad

Leche materna o de fórmula se debe suministrar de 3 a 4 veces al día.



Carnes desmenuada o finamente picada.



Frutas y verduras aumentan de 3 a 4 cucharadas, cuatro veces al día.



Los huevos de 3 a 4 veces por semana, solo la yema.

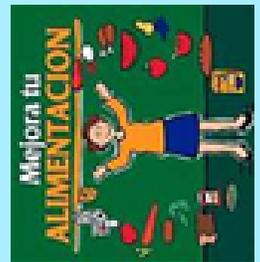


Un año de edad

El niño debe ingerir gran parte de las carnes, frutas y verduras, panes y granos, y de los productos lácteos, especialmente la leche entera, queso, yogurt.

CONSEJOS
Ofrezca agua entre las comidas.
No ofrecer dulces ni bebidas endulzadas, porque hacen perder el apetito y contribuyen a la caries dental.
No se recomiendan la sal, el azúcar ni los condimentos fuertes.
Un bebé hiperactivo o melindroso necesita atención, en vez de comida.

Mejora tu ALIMENTACION



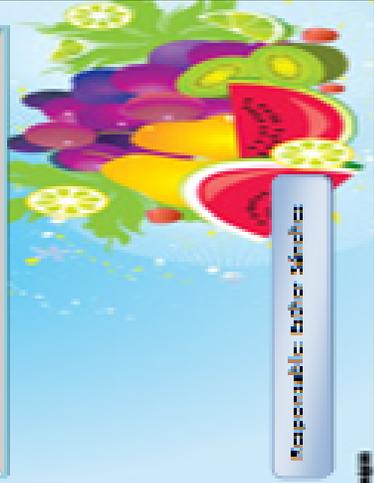


UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

ALIMENTACION DDD EDADES



Responsable: Esther Sánchez

Desde el nacimiento hasta los 4 meses de edad



Sólo leche materna o de fórmula de 8 a 12 veces al día (cada 2 a 4 horas) o a petición del bebé.



Aunque un bebé puede dormir toda la noche, es necesario despertarlo para alimentarlo

De 4 a 6 meses de edad

Inicialmente, ofrézcale cereal dos veces al día en porciones de 1 a 2 cucharadas

Cereal de arroz con hielo mezclado con leche materna o de fórmula hasta lograr una consistencia suave.



Aumente gradualmente a 3 o 4 cucharadas de cereal.

De 6 a 8 meses de edad

Leche materna o fórmula de 3 a 5 veces al día

Menos leche más alimentos sólidos



Empiece con vegetales como arvejas, papas, zanahorias, remolacha y frutas como banano, compota de manzana, peras, duraznos y melón.