



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 CENTRO DE SALUD DEL CANTÓN QUERO DEL ÁREA DE SALUD N° 7 DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”.

Requisito previo para optar por el Título de Licenciado en Enfermería

AUTOR: Andrade Llumipanta, Marco Vinicio

TUTOR: Lic. Mg. Narcisa Sisalema Masaquiza.

Ambato - Ecuador

Noviembre, 2012

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD DE QUERO DEL ÁREA DE SALUD N° 7 DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 JUNIO AL 23 NOVIEMBRE DEL AÑO 2012” de Marco Vinicio Andrade Llumipanta , estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2013

LA TUTORA

Lic. Mg. Sisalema Masaquiza, Narcisa

AUTORIA 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 CENTRO DE SALUD DEL CANTON QUERO DEL ÁREA DE SALUD N° 7 DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2013

EL AUTOR

Marco Vinicio Andrade Llumipanta

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 Autor.

Ambato, Septiembre del 2013

EL AUTOR

Marco Vinicio Andrade Llumipanta

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 CENTRO DE SALUD DEL CANTÓN QUERO DEL ÁREA DE SALUD N° 7 DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO AL 23 NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”** del Sr. Marco Vinicio Andrade Llumipanta estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre del 2013

Para la constancia firman:

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

AGRADECIMIENTO

Siempre quedará en mi mente el recuerdo de mi querida Universidad, en donde recibí el saber y me enseñaron a temprar el alma para la vida, con el mayor respeto mi agradecimiento a todos y cada uno de los catedráticos que estuvieron durante mi vida estudiantil en la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, y a todas aquellas personas que, de alguna forma participaron en la culminación del presente trabajo.

De manera especial a mi Tutora de Tesis Lic. Mg. Narcisa Sisalema quien con ese don de maestra formadora de juventudes, me orientó y guio para la culminación del presente trabajo.

Marco Andrade

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios, mis abuelitos y mi novia Fernanda.

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis abuelitos, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Sin ellos jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad, Fernanda gracias por estar conmigo en los buenos y malos momentos apoyándome incondicionalmente. Los amo con mi vida.

Marco Andrade

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LAS 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 CENTRO DE SALUD DEL CANTÓN QUERO DEL ÁREA DE SALUD N° 7 DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA EL PERÍODO 23 JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2012”

Autor: Andrade Llumipanta Marco Vinicio

Tutora: Lic. Mg. Narcisa Sisalema

Fecha: Septiembre 2013

RESUMEN

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

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

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

Los datos fueron recolectados mediante fichas de observación dirigidas a las madres adolescentes y a sus hijos. Aplicando los instrumentos de recolección de información se encontró que existen 18 niños y 18 madres adolescentes pertenecientes en su mayoría a la etapa de adolescencia tardía.

En cuanto a los niños se ha determinado que 1 de ellos presentan alteraciones en la relación Peso/Edad y uno registra alteraciones en cuanto a la Talla/Edad, mientras que en las valoraciones de las medidas antropométricas restantes todas se encuentran en el rango normal.

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

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

NURSING CAREER

"ADOLESCENT MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS OLD IN HEALTH CENTER OF CANTON QUERO AREA HEALTH No.7 MANAGEMENT PROVINCIAL HEALTH TUNGURAHUA THE PERIOD 23 JUNE DECEMBER 23, YEAR 2012"

Autor: Marco Vinicio Andrade Llumipanta

Tutor: Ms. Narcisa Sisalema

Date: September 2013

ABSTRACT

Teenage motherhood is a problem due to the increasingly high number of teenage mothers in the population. It is a relevant topic within the social and public health realm because of the serious health risks that accompany teenage pregnancy and motherhood. The health of both the mother and the child are impacted by teenage pregnancy.

The main objective of this research was to establish how being teenage mothers influences the growth and development of children from 0- 30 months who are treated at the Health Center of Canton Quero. The study combined clinical observation with a review of the literature. Clinical observation of children of teenage mother was studied in their actual living environment. The study documented the living condition and the changes that occurred in their growth and development. Criteria for assessing growth and development of the children was based on the current review of the literature and the standards determined by the Ministry of Public Health.

Clinical data was collected using and observation form completed by the observer of the teenage mothers and her children. Compilation of the data found there we 18 children and 18 adolescent mothers. Most of the mothers were in late

adolescence. Two of the children and changes related inappropriate weight and size for their age, and one had changes related to size and age. The rest of the anthropometric values were within the normal range.

KEY WORDS: PREGNANCY, ADOLESCENT_MOTHERS, PUBLIC_HEALTH, DEVELOPMENT, SIZES_ANTHROPOMETRIC.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORIA DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN.....	iii
DERECHOS DEL AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	x
CAPITULO I	4
EL PROBLEMA.....	4
1.1. Tema.....	4
1.2. Planteamiento del problema	4
1.2.1. Contextualización.....	4
1.2.2. Análisis crítico	7
1.2.3. Prognosis.....	9
1.2.4. Formulación del problema	9
1.2.5. Preguntas directrices	10
1.2.6. Delimitación del problema	10
1.3. Justificación	10
1.4. Objetivos	11
1.4.1. Objetivo general	11
1.4.2. Objetivos específicos	12
CAPITULO II.....	13
MARCO TEORICO.....	13
2.1. Investigaciones previas	13
2.2. Fundamentación filosófica	17
2.3. Fundamentación Legal	17
2.4. Categorías fundamentales	20
Tipos de Restricción del Crecimiento Intrauterino	56

2.5. Hipótesis	60
2.6. Variables de la Hipótesis.....	60
CAPITULO III.....	62
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	62
3.1. Enfoque	62
3.2. Modalidad básica de la investigación	62
3.3. Nivel o tipo de investigación	62
3.4. Población y muestra	63
3.4.1. Población	63
3.4.2. Muestra	63
3.5. Operacionalización de variables	64
3.6. Técnicas e instrumentos	66
3.7. Plan de recolección de la información	66
3.8. Plan de procesamiento de la Información	67
CAPITULO IV.....	68
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATO FICHAS DE DATOS DIRIGIDAS A LAS HISTORIAS CLÍNICAS MADRES ADOLESCENTES	68
4.3. Verificación de Hipótesis.....	85
CAPÍTULO V.....	86
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	86
5.1. Conclusiones	86
5.2. Recomendaciones	87
CAPÍTULO VI.....	88
LA PROPUESTA	88
6.1. DATOS INFORMATIVOS	88
6.1.1. Título	88
6.1.2. Beneficiarios	88
6.1.3. Ubicación	88
6.1.4. Tiempo estimado para la ejecución	88
6.1.5. Equipo técnico responsable	88
6.1.6. Costo	89
6.2. Antecedentes de la Propuesta	89
6.3. JUSTIFICACIÓN	90

6.4. OBJETIVOS	90
6.4.1. Objetivo General	90
6.4.2. Objetivos Específicos	91
6.5. Análisis de Factibilidad	91
6.6. Fundamentación Científico–Técnico	92
ASESORIA EN METODOS ANTICONCEPTIVOS	92
Consejería en alimentación complementaria y lactancia materna	97
6.6.1. Lactancia Materna	98
6.6.1.1. Tipos de leche materna	99
6.6.2. Alimentación Complementaria	99
6.7. Plan Operativo	102
6.8. Administración de la Propuesta	106
6.9. Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta	107
BIBLIOGRAFIA	108
LINKOGRAFÍA	109
CITAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA BASE DE DATOS DE LA UTA	110
ANEXO I	112
ANEXO II	113
ANEXO III	114
.....	114
ANEXO IV	114
ANEXO V	115
ANEXO VI	116
ANEXO VII	117
ANEXO VIII	117
ANEXO XI	118

INTRODUCCIÓN

Según datos del INEN a nivel del país 122 mil madres son adolescentes que se ubican en rangos de edades de 10 a 19 años, con diferencias significativas según nivel de instrucción, etnia e ingresos. La mayoría de estos embarazos no son planificados o deseados.

Además, solo en 2011 se registraron 45.708 partos en madres adolescentes. Por regiones, un 55,3% de estos partos se registra en la Costa versus el 38,4% en la Sierra y el 6,3% en la Amazonía.

Según las estadísticas del INEC, solo 30.575 del total de las madres pertenecen a la Población Económicamente Activa (PEA), de las cuales la mayoría, el 11,5%, son comerciantes de tiendas y el 10% son asistentes domésticas.

En cuanto al estado civil, el 55% se une con su pareja, mientras que el 20% queda soltero; el 18% se casa, el 7% se separa y el porcentaje restante se divorcia o llega a enviudar.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO I: En este capítulo se da a conocer la problemática de las adolescentes embarazadas a nivel del Ecuador, Provincia de Tungurahua, y Cantón Quero el impacto hacia la sociedad y la importancia del estudio investigativo, esto nos llevó a definir la prognosis y los objetivos con los que se trabajó.

CAPÍTULO II: En este capítulo se da a conocer los diferentes estudios científicos desglosados del tema, los cuales sirvieron de base para la investigación, se habla también de la investigación filosófica, legal en donde se ha citado artículos dados por la Constitución de la República que amparan a los adolescentes y a la niñez, se realiza también el desarrollo de cada una de las variables en donde se habla sobre la madre adolescente y el crecimiento y desarrollo del niño, finalmente se plantea la hipótesis con el señalamiento de las respectivas variables.

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

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

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

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

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema

“Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Centro de Salud del Cantón Quero del Área de Salud N° 7 de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua en el período 23 junio al 23 noviembre del año 2012.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

Macro

Según datos publicados por el Ministerio de Salud Pública Ecuador tiene el porcentaje más alto de embarazo en adolescentes de toda la región Andina. En los últimos 10 años se registra un incremento del 74% de embarazos en jóvenes de entre 10 a 14 años de edad, mientras que el embarazo en mujeres de entre 15 a 19 años aumentó en un 9%.

Estos porcentajes son demasiado altos, por ello, los Ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social, Coordinador de Desarrollo Social, están trabajando desde diferentes ámbitos, cada uno cumpliendo su rol en campañas y programas de prevención, promoción de salud sexual y reproductiva en todo el país dentro de instituciones educativas.

Los factores de riesgo para producirse un embarazo en adolescentes son, problemas familiares, de educación e información, transmisión de patrones socioculturales, pornografía, videos musicales con imágenes erótica, entre otros que llegan a través de diferentes medios.

En todo el país son 36 cantones con altos índices de adolescentes embarazadas, entre ellos, Pichincha, Guayas, Los Ríos, Esmeraldas, entre otras. Sin embargo la Costa y Amazonía mantienen el número más elevado a diferencia de la Sierra. Las provincias con mayor número de madres adolescentes son Esmeraldas, Los Ríos, Sucumbíos, Orellana, Morona Santiago y Zamora Chinchipe, según el Censo Población y Vivienda 2010.

El riesgo de defunción materna es elevado en la adolescencia, debido a su edad gestacional, cuyas causas principales en 2009 fueron las hemorragias posparto (32%), los trastornos hipertensivos (30%) y las sepsis (14%). Otras causas constituyen el 15%, las proporciones de maternidad.

En la juventud son hasta cuatro veces más altas entre las mujeres adolescentes que no tienen educación (43% comparadas con las de niveles educativos más altos y 11% con secundaria completa). Un embarazo en la adolescencia equivale a 2,5 años de escolaridad menos.

Por esto, desde septiembre del 2012 emprendimos el programa “Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazo Adolescente” (ENIPLA) con el slogan “Habla serio sexualidad sin misterios”, que busca trabajar en distintos campos sobre prevención y atención para adolescentes.

El proyecto se basa en cuatro ejes, manejado cada uno por un ministerio, el eje de salud, guiado por el Ministerio de Salud, tiene como objetivo primordial abrir espacios de atención diferenciada en los Centros de Salud y hospitales básicos, eso implica contar con personal capacitado para trabajar con adolescentes brindando información y formación sobre salud sexual y reproductiva, como planificación familiar

Meso

En Tungurahua, el embarazo en las adolescentes permanece en un ocho por ciento de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua. Con frecuencia las adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo y tienen mayor riesgo de hipertensión

arterial durante el embarazo y sus complicaciones. Los riesgos para el bebé incluyen partos prematuros de niños con poco peso al nacer.

Dentro de la provincia, el área de salud señalada ha implementado capacitaciones dirigidas a los Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil (DOBE) de los planteles secundarios existentes, donde se brinda atención social y psicológica a quien lo necesita. Grupos de hombres y mujeres de la ciudad y la provincia, trabajan en diversos Clubes de Adolescentes, instalados en Ambato, Pelileo, Baños y Píllaro.

Gabriela Cortéz, psicóloga, señaló que la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia en dos etapas, la primera etapa temprana que transcurre de los 10 a los 14 años y la tardía que va de los 15 a los 19 años.

“La sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia de la vida humana, pero es en la adolescencia en la que se vive y se manifiesta de manera un poco diferente a como se expresa en otras etapas de la vida”, comentó.

María de Lourdes Freire, Directora Provincial de Salud, en el año 2010 indicó que los embarazos en las adolescentes van en aumento y es una preocupación de quienes hacen salud pública. Lo que estamos haciendo es coordinar las acciones de las entidades de salud, para lograr que esto disminuya. Creemos que esto es importante ya que queremos que las jóvenes cuiden su cuerpo y no se salten ninguna etapa de sus vidas, siendo la más recordada por todas las mujeres y hombres la de la adolescencia, señaló.

Micro

Chimbolema Curay Sandra Elizabeth Incidencia en la deserción escolar por los embarazos prematuros menciona, en Quero la realidad se refleja en estudiantes del Colegio Técnico “Pedro Fermín Cevallos”, en las que los embarazos no deseados les conduce a la deserción escolar en determinados casos, los embarazos no deseados, definidos como “la noticia de una futura paternidad, que reciben dos jóvenes no preparados para enfrentarlo”, debido a que no están aptos para una

paternidad responsable, sustentado por la falta de comunicación y formación de valores en el hogar.

Los problemas familiares provocan, cambios de proyectos de vida, frustraciones personales, rechazo social, abortos, maltrato familiar y social así como la deserción escolar definida como “abandono de los estudios”, cuyos efectos son a nivel social como a nivel individual, afectando la fuerza de trabajo; disminuyendo su competencia laboral.

En la institución se ha observado que cada año hay señoritas con embarazos no deseados y en algunos casos las adolescentes salen del colegio sin antes culminar con sus estudios, o lo postergan, además no existe un debido control de las autoridades del plantel mucho menos de los padres de familia ellos solo se dedican a buscar cosas materiales y no realmente a solucionar este gran problema.

Una investigación realizada por el MSP y el Encuentro Demográfico de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) menciona estadísticas alarmantes: la edad promedio de inicio de la vida sexual en la mujer es de 14 años. Mientras que ocho de cada 10 embarazos adolescentes no son deseados; siete de cada 10 chicas apenas y terminan el sexto grado y, ocho de cada 10 menores no retoman sus estudios.

En el Centro de Salud del Cantón Quero hay un registro de 18 madres adolescentes que acuden a las consultas médicas.

1.2.2. Análisis crítico

El embarazo en la adolescencia es una problemática mundial y cuyos factores causales no varían mucho de un área territorial a otra, nuestro país no es la excepción, afecta a todas las sociedades pero más enmarcada en el nivel socioeconómico bajo ya que en el sistema educativo de nuestro país no se incluye un módulo para educar a los jóvenes sobre sexualidad y salud reproductiva y los maestros de escuelas y colegios no están capacitados para poder despejar las dudas de los adolescentes.

Hay un déficit de atención en los servicios de consejería sobre salud sexual y reproductiva, no se les hace conocer sus derechos sexuales y reproductivos ya que cada adolescente es un mundo diferente lleno de expectativas que muchas veces hay personas que mal influyen en la toma de decisiones, lo cual dificulta la difusión y conocimiento de las consecuencias de un embarazo no planificado

Pocos especialistas en salud sexual y reproductiva son inmersos en la malla curricular de colegios y universidades donde no hay un abordaje de temas relacionados a la sexualidad, no reciben ningún tipo de orientación lo cual lleva a que tomen decisiones apresuradas que pueden desarrollar problemas personales, familiares y sociales.

Las condiciones críticas de la vida en familia donde hay escasa comunicación entre padres e hijos, se entiende a la familia como un espacio relevante de protección que en muchos casos está fallando, ya que los padres aparecen como figuras ausentes en la socialización sexual correcta de sus hijos. Existe todavía demasiado cuidado, "respeto" y, en muchos casos un cierto tabú, al hablar del tema, dependiendo de la actitud de los padres.

El liberalismo y permisividad temprana, que lleva a identidades femeninas y masculinas centradas en la búsqueda de reconocimiento y afirmación social a través del acto sexual, ya que los padres no limitan las salidas de sus hijos y no saben qué actividades realizan fuera de casa o el tipo de amistades que tienen.

A pesar que el MSP destina recursos para la implementación de programas enfocados a la prevención del embarazo en la adolescencia, observamos que las tasas de descenso de este son muy bajas, debido a la poca difusión y otros factores como la falta de interés de los grupos poblacionales sobre estos temas. Aunque las intenciones del MSP, sean las de mantener estándares de cobertura adecuados en las instituciones de salud.

La falta de cumplimiento en el llenado de las hojas de valoración como son de crecimiento, peso, perímetro cefálico y la valoración del test de Denver por parte del personal médico no permite evidenciar el tipo de crecimiento y desarrollo que

presentan los niños mucho menos si están con los parámetros antes mencionados acordes a su edad y en nuestra investigación no es la excepción ya que existen historias clínicas de niños incompletas, el Ministerio de Salud Pública debería capacitar sobre el llenado de todos los formularios y hojas que contiene la historia clínica.

El incumplimiento de controles médicos en los niños pueden desencadenar en la aparición de patologías que podrían ser prevenidas, el control del recién nacido es la oportunidad continua para la aplicación y fortalecimiento de las acciones iniciadas como la toma de peso al nacer o en los primeros 7 días. Este proceso de vigilancia debe asegurar al niño, especialmente durante los primeros dos años de vida, la posibilidad real de ganar el peso apropiado para su edad y mantener un estado nutricional saludable.

La lactancia materna exitosa, la introducción apropiada de otros alimentos, la suplementación con micronutrientes, la vacunación, la prevención contra enfermedades comunes como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas (IRA), que son causas detonantes del proceso de desnutrición, así como el estímulo psicomotor y afectivo, son elementos claves que deben ser promovidos y garantizados a todo niño.

1.2.3. Prognosis

De no realizar una pronta intervención para disminuir el número de Madres Adolescentes en el país las consecuencias negativas seguirán proliferando y dejando secuelas en la madre porque está expuesta complicaciones durante su embarazo y parto, en el niño alteraciones graves tanto en el desarrollo evolutivo, afectivo, familiar, psicomotriz, y sobre todo en el crecimiento como es peso y talla ya que son población susceptible a enfermedades, además de tener un inadecuado nivel de vida social, económico y cultural..

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 en el Centro de Salud del Cantón Quero del área de Salud N° 7 de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua?

1.2.5. Preguntas directrices

¿Cuántas madres adolescentes son atendidas en el Centro de Salud del cantón Quero?

¿Qué alteraciones existen en las medidas antropométricas del niño?

¿Cómo afecta el ser hijo de madre adolescente en relación al incumplimiento del esquema de vacunación?

¿Qué actividades se pueden desarrollar para disminuir los embarazos en adolescentes y contrarrestar la alteración en el crecimiento antropométrico y su desarrollo psicomotriz del niño?

1.2.6. Delimitación del problema

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

Delimitación temporal

La investigación se comprenderá desde el 23 de junio hasta el 23 de Noviembre del 2012.

Delimitación espacial

Se realiza en la Provincia de Tungurahua en el Centro de Salud del Cantón Quero pertenecientes al Área de Salud No 7.

1.3. Justificación

Es de vital **importancia** para mi persona investigar este tema ya que el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública.

Es de gran **utilidad** para la sociedad porque permitirá dar a conocer a las siguientes generaciones sobre la importancia de una buena educación sexual para así evitar que haya más madres adolescentes y niños con problemas en el crecimiento y desarrollo.

Tiene gran **impacto** ya que se busca dar un seguimiento a las madres adolescentes que acuden a los Centros de Salud y poder valorar el grado de desarrollo y crecimiento de los niños, y así poder detectar y tratar las alteraciones encontradas.

Es **novedoso** porque permitirá el trabajo en grupo de adolescentes y jóvenes de la comunidad al servicio de la cual está el centro de salud y de nuestra interrelación con padres, profesionales de la educación, terapeutas familiares, trabajadores sociales y sanitarios).

El trabajo es **factible** de realizarse ya que tenemos acceso a los Centros de Salud donde se podrán identificar a las madres adolescentes y podremos evaluar a los niños y encontrar una solución que vaya en beneficio de la comunidad y de los adolescentes.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Establecer de qué manera influye el ser Madre Adolescente en relación al proceso de crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Centro de Salud del Cantón Quero pertenecientes al Área de Salud No 7 de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar el índice madres adolescentes son atendidas en el Centro de Salud del Cantón Quero en el periodo Junio a Noviembre del 2012.
- Analizar de qué manera afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento antropométrico, el desarrollo psicomotriz según el test de Denver.
- Desarrollar talleres motivacionales y capacitación sobre lactancia materna y alimentación complementaria, con la colaboración del personal de salud del cantón de Quero, que contribuyan a disminuir el índice de embarazos en adolescentes y contrarrestar en parte las alteraciones en el crecimiento antropométrico y su desarrollo psicomotriz del niño.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Investigaciones previas

Valencia Guanoluisa, Carla Verónica. Enuncia en su tesis “Relación entre el estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños de seis meses a un año de edad que asisten a consulta en el centro de salud N° 1 de la ciudad de Ambato.”

Los estratos sociales en la salud o las desigualdades socioeconómicas, se han generalizado en todos los países del mundo y son evidentes en el estado nutricional de la población, especialmente en los niños; las consecuencias más importantes de una nutrición insuficiente durante las fases iniciales del desarrollo temprano se ubican en las áreas cognoscitiva y del comportamiento.

Una nutrición inadecuada puede llegar a convertirse en un problema grave, sino se diseñan mecanismos de atención integral cuya meta principal sea la de mejorar el nivel nutricional de los niños, en especial de los procedentes de familias con escasos recursos económicos quienes son los más afectados como consecuencia de una baja nutrición, lo que repercute en el desarrollo psicomotriz de los mismos. Esta situación coloca en una gran desventaja el óptimo desarrollo integral del niño, disminuyendo sus habilidades y competencias para aprender significativamente, si no se contribuye a elevar el estado nutricional de la población infantil.

Tradicionalmente, la evaluación nutricional en pediatría, se ha orientado al diagnóstico y clasificación de estados de deficiencia, lo que es explicable dado el impacto que tienen en la morbilidad infantil.

En los niños, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. Por esta razón, el control periódico de salud constituye el elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales, ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada.

La tesis mencionada por **Chimbolema Curay Sandra Elizabeth** “Incidencia en la deserción escolar por los embarazos prematuros de las alumnas del ciclo diversificado del Colegio Técnico Agroindustrial “Pedro Fermín Cevallos”, del cantón Cevallos. Año lectivo 2008-2009”

El embarazo en adolescentes es un problema mundial que contribuye a acelerar el crecimiento de la pobreza; el Ecuador no es ajeno a este problema debido que la mayoría de adolescente iniciaron sus experiencias sexuales entre los 12 – 14 años donde muchas de ellas han experimentado un embarazo o han incurrido a un aborto como alternativa.

El cantón Cevallos no es ajeno a esta realidad, la población adolescente ha ido en aumento durante los últimos años. Los embarazos en adolescentes se deben a menudo a la falta de información confiable sobre salud reproductiva. Al mismo tiempo hay poca comunicación de los padres de familia con sus hijos a proporcionar educación sexual por miedo a un desmerecimiento de los valores morales.

En el Colegio Técnico Pedro Fermín Cevallos, cada año se hallan casos de embarazos en las estudiantes. El embarazo muchas de las veces es causa de deserción escolar, terminando las adolescentes como amas de casa a temprana edad.

Debemos acotar también que la comunicación es de gran importancia dentro del hogar y porque no decir dentro de la sociedad misma, una de las falencias de nuestro territorio es que la falta de comunicación hace que exista problemas graves dentro de esta sociedad, porque en la actualidad realizamos cosas sin comunicación por lo tanto no existe la suficiente confianza en las demás personas

y a veces nos equivocamos gracias a que no nos comunicamos o dialogamos con las demás personas de las situaciones que está suscitando en nuestro alrededor.

María Cristina Ilbay Ilvay enunció en su tema de investigación “la importancia de la aplicación de técnicas psicomotrices en el desarrollo de la motricidad gruesa en los niños-as de 3 a 4 años de la comunidad la Florida en el período noviembre del 2009-abril del 2010”

La presente investigación tiene como finalidad dar respuesta a nuestra interrogante ¿Qué importancia tienen las Técnicas Psicomotrices en el desarrollo de la motricidad gruesa?, puesto que desde el mismo momento que el niño ingresa al sistema escolar que hoy en día es básico y de vital importancia, podemos observar el grado de desarrollo en el cual se encuentra. Destacar también que quienes están al frente de la enseñanza de nuestros niños-as, como son las educadoras iniciales, se las debe concientizar sobre los métodos alternativos y estrategias de enseñanza, para prevenir futuras dificultades de aprendizaje.

Como objetivo general tenemos. Determinar la importancia de la aplicación de técnicas psicomotrices en el desarrollo de la motricidad gruesa en niños de 3 a 4 años de edad. Y como específicos: Identificar el dominio del equilibrio en los niños. Establecer la noción del esquema corporal en el desarrollo de la motricidad gruesa. Diseñar un programa de técnicas psicomotrices para niños de 3 a 4 años de edad. Se identificó la variable independiente como La aplicación de las Técnicas Psicomotrices y la variable dependiente como Desarrollo de la motricidad gruesa.

Se procede a plantear la hipótesis y comprobar mediante la investigación que se realizó en el lugar de los hechos, directamente con los sujetos del estudio a quienes se aplicaron encuestas, y la evaluación a 30 niños-as de la unidad de atención, La Florida. Y a través del estudio y necesidad se plantea una propuesta: “ Programa de actividades psicomotrices para desarrollar la motricidad gruesa”.

Marizande Lozada, María Fernanda en su tema enuncia “factores de riesgo de apareamiento de complicaciones de las enfermedades hipertensivas en el embarazo en el hospital general Latacunga de madres adolescentes comprendidas entre los 14 – 20 años durante el periodo Enero 2010 – enero 2011”.

El embarazo en adolescentes continúa siendo una de las grandes preocupaciones nacionales no solo por las repercusiones orgánicas que trae consigo este especial estado sino también por los relevantes trastornos psico emocionales, sociales y económicos, que afectan el desarrollo personal de la madre, su pareja y el hijo de ambos.

Hay numerosas complicaciones entre ellas el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, mortalidad fetal y neonatal, parto pre término y test de Apgar bajo; en la madre puede ocasionar insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral, CID y shock, entre otros.¹² Datos de estudios varios al 2009, en nuestro país el 20% de las adolescentes ha tenido por lo menos un embarazo y el 17.5% de las mujeres entre 15 y 19 años de edad son madres.

En el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de referencia nacional, durante el año 2000 el 21% correspondieron a menores 19 años, en el Hospital Provincial de Cotopaxi fue del 17% en un estudio a 5 años. Según datos estadísticos del Área 1 de Salud de Cotopaxi, en la urbe de Latacunga y parte del sector rural del cantón se registraron 658 adolescentes embarazadas.

De estos casos, 15 corresponden a entre 10 y 14 años, equivalentes al 0.12% de la población de esa edad (12.890) y 643 a entre 15 y 19 años, equivalentes al 5% de la población de esa edad. ¹² En la actualidad, si bien se ha progresado mucho en el descubrimiento de los factores predisponentes y factores etiológicos, todavía sigue siendo la enfermedad de las teorías y causalidad donde la teoría de la placentación es una de las principales causantes de este problema.

En los datos obtenidos de las investigaciones anotadas anteriormente con relación a mi tema de investigación me podrán guiar para así poder relacionar las

conclusiones tanto en el ser madre adolescente y la relación con el crecimiento y desarrollo del niño.

2.2. Fundamentación filosófica

La investigación se enmarca dentro del paradigma crítico – propositivo (paradigma es una manera de ver y de explicar qué son y cómo funcionan las cosas, constituyéndose así en teorías elaboradas, sobre un aspecto particular del universo o sobre su totalidad.). Crítico porque los problemas parten de situaciones reales y tiene por objeto transformar esa realidad en pro mejoramiento de los grupos o individuos implicados en ella. Por tanto, los problemas de Investigación arrancan de la acción. En este caso se analizará la realidad de la madre adolescente y las alteraciones del niño en proceso de crecimiento y desarrollo en su contexto y propositivo porque busca plantear soluciones al problema investigado.

2.3. Fundamentación Legal

La investigación se ampara en el CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA según el **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 parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños y niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

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.

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

Art. 25.- Atención al Embarazo y parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas

para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

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

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

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

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

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

En el Ecuador mediante Acuerdo Ministerial del 23 de Septiembre de 2005 se establece al 26 de Septiembre de cada año como el “Día de la Prevención del Embarazo en Adolescentes”, en el Plan Decenal de Desarrollo y en la Agenda

Social de la Niñez y Adolescencia 2007-2010, se propone “Reducir en 25% el embarazo adolescente al 2010”.

Según la Carta Magna dispone:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4. Categorías fundamentales

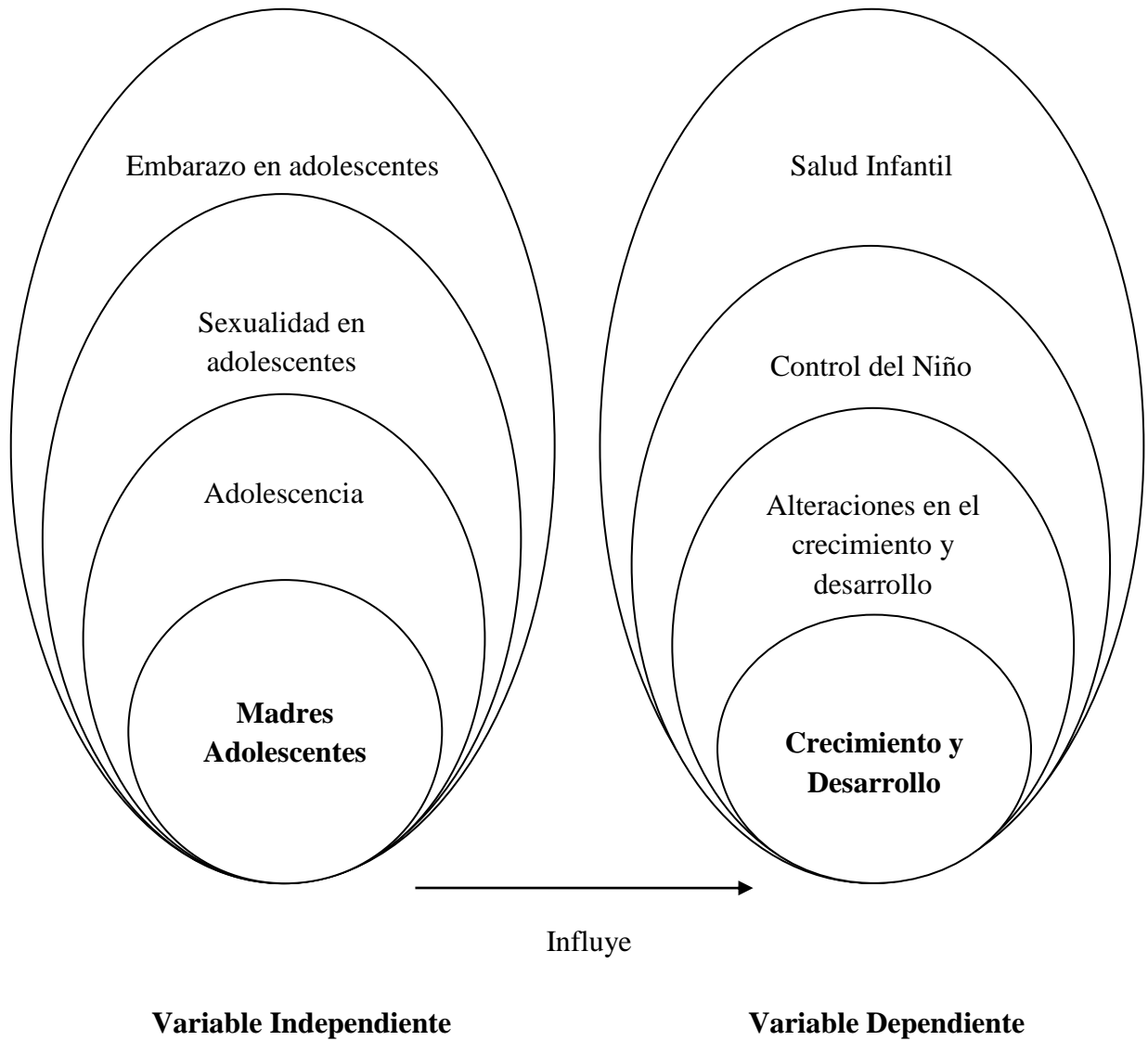


Gráfico N° 1: Red de Inclusiones Conceptuales

Fuente: Madres Adolescentes
Autor: Marco Andrade

CATEGORIAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

MADRES ADOLESCENTES

Wilmery Mena. Embarazo precoz Venezuela Zaraza- Ed. Guárico (Enero 06-2007.)Podemos definir como madre adolescente a quien ha tenido un embarazo entre los 10 a 19 años de edad. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. El embarazo y la maternidad en la adolescencia tienen un alto carácter peyorativo, tanto para la misma joven como para su hijo si la gestación llega a término.

Una muestra real de todo lo anterior es la reacción de padre y madre al enterarse del embarazo de la hija. Hay poca comprensión y ayuda afectuosa. Lo que primero acude al ánimo de los padres no es tanto que ocurre con su hija sino que va ocurrirles a ellos. Esta herida paterna profunda da lugar enseguida a severos e irracionales reproches. Ante esto la joven se siente sola para asumir el conflicto y con una gran carga de culpabilidad.

La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia y complicaciones en el parto, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo. Los bebés de madres adolescentes tienen una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar mal formaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

Otra consecuencia del embarazo en edades tempranas es el riesgo de aborto. Por lo general, las adolescentes a él en edades de gestación tardías (más de 12 semanas). Las causas por las que se producen estos retrasos son muy variadas.

En primer lugar, existe un desconocimiento de los signos de embarazo, una dificultad de comunicárselo a la familia, una falta de posibilidades económicas, deseos expresados de tener el hijo y una ambivalencia en relación con este hecho,

a pesar de las dificultades, falta de consultas apropiadas donde consejo y la solución les puedan ser facilitados

ADOLESCENCIA

Hacia una sexualidad responsable y feliz. La Habana, 2003 y 2004. La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. La adolescencia es esencialmente una época de cambios, es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños.

Etapas de la adolescencia

Adolescencia Temprana (10 a 13 años) Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Adolescencia media (14 a 16 años) Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con 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

Adolescencia tardía (17 a 19 años) Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Cambios morfo-fisiológicos en la adolescencia

Tomado de escala de Tanner (1962) La adolescente sufre cambios morfológicos, fisiológicos y psicológicos que les van a ir acercando al mundo de la madurez del adulto. Trata de alejarse de sus padres para buscarla en su propio grupo de amigos.

Escala de desarrollo morfo-fisiológico de la Adolescente

Desarrollo Mamario Femenino

ESTADIO 1

- Mamas infantiles.



ESTADIO 2

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



ESTADIO 3

- Elevación de mama y areola en un mismo plano.



ESTADIO 4

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



ESTADIO 5

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



- Aumenta la talla y es muy diferente en ambos sexos. En las chicas es más precoz, iniciándose casi al mismo tiempo que la aparición de los caracteres sexuales secundarios (pechos, vello en el pubis), entre los 10 y 13 años.
- Se incrementa la cantidad de grasa, y esta se acumula principalmente debajo de la piel (tejido subcutáneo). La velocidad de almacenamiento de grasa en el tejido subcutáneo disminuye hasta alcanzar su mínimo que coincide con el pico de crecimiento máximo en altura.
- Se produce la maduración sexual, que comprende la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el crecimiento y el desarrollo de las gónadas (testículos y ovarios) y genitales internos y externos.
- Todos estos cambios son propios de una etapa más de la vida, la persona está madurando y debe aprender a aceptarlos y valorarse a si mismo.

La menarquía

Según la **revista médicos Ecuador (2004)** Uno de los puntos más importantes en la vida de la mujer es el inicio de la menstruación (menarquía), que marca el paso de la niñez a la vida adulta. De esta manera el primer periodo menstrual indica el comienzo de la vida reproductiva

La mayoría de las jóvenes tienen el primer periodo (menarquía) entre los 10 y los 16 años. La edad media son los 12 años y medio, aunque varía de unos países a otros en función del nivel socioeconómico; también influyen factores hereditarios.

Es importante la educación que reciben las niñas sobre la menstruación, tanto por parte de sus padres como en la escuela, ya que es el principal marcador psicológico del cambio de la infancia a la vida adulta.

La menstruación se produce más o menos una vez al mes. Dura entre cuatro y siete días, y después hay una pausa de unos 23 días aproximadamente hasta el siguiente periodo, aunque esto es variable de unas mujeres a otras.

En algunas pueden ser ciclos de más o menos 28 días o ser irregulares, fundamentalmente en los primeros meses después de su comienzo.

Cuando una mujer llega a la pubertad se activan sus ovarios y comienzan a producirse hormonas. En los ovarios se elaboran varias hormonas. Las principales en la primera mitad del ciclo son los estrógenos, que estimulan el crecimiento de la mucosa endometrial (endometrio); tras entre 10 y 14 días el ovario libera el ovocito, momento que sigue a la ovulación, y será entonces la progesterona la hormona que alcanza niveles más elevados.

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

Cambios psicológicos

Según la pagina **Angelfire 2010. (Cambios psicológicos.)** Los cambios psicológicos que se producen durante la adolescencia, son producto de todos los factores vistos recientemente; en las próximas líneas se resumirán de una forma clara y práctica, para que el lector, pueda asimilarlas de mejor forma. Algunos de los puntos que van a ser presentados ya fueron explicitados anteriormente.

- **Invencibilidad:** el adolescente explora los límites de su entorno, tanto de su propio físico, como de sus posibilidades. Ello trae como consecuencia el gusto por el riesgo.
- **Egocentrismo:** el adolescente se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo, y para él, no hay nada más importante en ese momento.

- Audiencia imaginaria: el adolescente, nervioso por los cambios que está viviendo, se siente observado constantemente, parece como si todo el mundo estuviera siempre pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo.
- Iniciación del pensamiento formal: durante esta época, el adolescente comienza a hacer teorías y dispone de toda una serie de argumentos y análisis que pueden justificar sus opiniones.
- Ampliación del mundo: el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar, por lo que comienzan a surgir sus propios intereses.
- Apoyo en el grupo: el adolescente se siente confundido y adquiere confianza con sus iguales. El apoyo que logra en el grupo es importante para seguir creciendo, puesto que les une el compartir actividades

SEXUALIDAD

La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como: Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales."

Sexualidad en la adolescencia

Manual de salud reproductiva en la adolescencia^{1ª edición 2001}. **Cáp. 22 anticoncepciones en la adolescencia.** Aspecto fundamental del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la

realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar algunos.

Debe ser objeto consciente de información, la formación ayuda al adolescente en su vida diaria, en decidir por si mismo en una sexualidad sana. Las manifestaciones de la sexualidad y los signos de madurez sexual, menstruación, cambios de carácter, acercamiento a los jóvenes del sexo opuesto, masturbación, producen en los padres una gran angustia, pues no saben como manejarlos.

De la conducta que los padres adopten en el desarrollo sexual de las primeras etapas de la infancia, va a depender la confianza que sus hijos depositen en ellos y en su propia sexualidad. El niño quiere saber y exige la verdad a sus preguntas. A los padres les toca en esta etapa propiciar un desarrollo sano y armonioso de la personalidad, no es posible ignorar el sexo en esta formación. La educación sexual es un aspecto más de la educación y debe darse con naturalidad, sin perturbar el clima de confianza y comprensión que debe existir entre padres e hijos.

La sexualidad en los adolescentes es, generalmente, un tema que se mantiene en la intimidad y es el secreto lo que lleva a los malos entendidos ya que no saben de donde es su origen.

Educación sexual.

“La educación sexual trata de impartir una información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social. Debe perseguir la realización de una sexualidad plena y madura que permita al individuo una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad.

Valorización integral del sexo: la raíz biológica del ser humano es bisexual: hombre y mujer. La sexualidad es una forma de ser y manifestarse de lo humano. No empieza y termina en el mismo individuo, sino que se proyecta en otra persona, puede trascender mas allá de dos individuos con el fruto de un nuevo ser.

Educación afectiva sexual: es indispensable que el niño reciba amor para poder darlo. Las primeras experiencias maternas (pecho, caricias, alegría, ternura, etc.) Son esenciales para la vida futura. La ayuda al niño para que integre su propio sexo es fundamental. El desarrollo libre de su motricidad y de experiencias e iniciativas personales va a condicionar una sexualidad sana, así como el establecimiento de unas relaciones paterno/filiales.

Información sexual: es un aspecto de la educación sexual que consiste en contestar con verdad, sencillez y precisión a las preguntas que realizan los niños y en proporcionarles los conocimientos adecuados a su edad. Los modos de información pueden ser:

No verbal, que se realiza al contemplar espontáneamente las diferencias sexuales entre padre y hermanos.

Verbal familiar, que es efectiva cuando se informa adaptándose a la edad, se responde sin ir mucho más lejos de lo que el niño solicita y se asigna a cada cosa su nombre correcto.

Científica, es una instrucción sistemática y programada, cuyos contenidos básicos serían el aparato reproductor, la higiene sexual y los aspectos psico-biológicos de la relación y complementación humana.

Normas de higiene sexual

A través de la historia se ha demostrado que en muchos pueblos, la educación sexual ha sido prohibida, mala e indebida. Hablar de sexo es todavía para muchas personas, despertar a las jóvenes adolescentes ideas y pensamientos malsanos y creen que el callar y no mencionar temas sexuales dejan de existir los problemas relativos a ello.

Es curiosa la costumbre de algunas familias de asombrarse y preocuparse demasiado para evitar por todos los medios posibles tratar temas de amor. El amor existe en todos los periodos de la vida, el amor existe en el hogar, en la escuela, en la sociedad; sin amor las relaciones humanas serían insostenibles.

En el XIII Congreso Mundial de Sexología, celebrado en 1997 en Valencia, España, se formuló la Declaración Universal de los Derechos Sexuales, que posteriormente (el 26 de agosto de 1999, en el 140º Congreso Mundial de Sexología, en Hong Kong) fue revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS)

Derechos sexuales

- El derecho a la libertad sexual
- El derecho a la autonomía sexual, a la integridad sexual y a la seguridad del cuerpo sexual
- El derecho a la privacidad sexual
- El derecho a la igualdad sexual (equidad sexual)
- El derecho al placer sexual
- El derecho a la expresión sexual emocional
- El derecho a la libre asociación sexual
- El derecho a tomar decisiones reproductivas, libres y responsables
- El derecho a la información basada en conocimiento científico
- El derecho a la educación sexual general
- El derecho a la atención clínica de la salud sexual

Valores de la sexualidad

Un valor sexual es una cualidad real o ideal, deseada o deseable por su bondad, cuya fuerza estimativa orienta la vida humana, desde su dimensión comunicativa y simbólica.

- **Valores sexuales corporales:** aquellas cualidades relacionadas con la sexualidad humana cuya fuerza o centro principal es el cuerpo como materia viva de la persona.
- **Valores sexuales intelectuales:** cualidades cuya referencia central es la naturaleza racional del hombre, en cuanto contenido, proceso o resultado, en relación con la sexualidad.

- **Valores sexuales afectivos:** cualidades sexuales cuyo contenido afecta a nuestras reacciones psíquicas de agrado: a los estados de emoción, sentimiento o pasión.
- Valores sexuales estéticos: cualidades sexuales que son deseadas o deseables por su belleza en sus manifestaciones en las personas, en el arte o la naturaleza.
- **Valores sexuales individuales-liberadores:** los valores sexuales individuales-liberadores son cualidades sexuales que prioritariamente refieren el aspecto singular y autónomo de la persona, así como sus consecuencias.
- **Valores sexuales morales:** los valores sexuales morales se centran en la estimación ética: la bondad o maldad de las acciones sexuales en cuanto tales, atendiendo al fin o al deber.
- **Valores sexuales sociales:** afectan directamente a las relaciones sexuales sociales e institucionales, en su contenido y en el procedimiento o finalidad.
- **Valores sexuales instrumentales:** son aquellos que estimamos más como medios que como fines, relacionados con los beneficios que reportan en nuestro crecimiento sexual.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Según la OMS se define como: *“El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”.*

Boletín · Volumen 87. 2009. www.hospitalitaliano.org.ar/personas/index.

“La maternidad es un rol en la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol el proceso se perturba en diferente grado, las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y en las circunstancias en que ellas crecen su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias

de esta etapa de su vida, remplazando a su madre y privada de actividades propias de su edad confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como “hija-madre”, cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

Factores predisponentes

Molina R., Sandoval J., Luengo X.: Salud sexual y reproductiva del adolescente Cap. 8, 2ª Una menarquía temprana ya que otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo

- **El inicio precoz de las relaciones sexuales:** no existe la madurez emocional para utilizar métodos anticonceptivos de prevención
- **El mal funcionamiento del núcleo familiar:** posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo o el riesgo de incesto
- La mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola
- **Un bajo nivel educativo,** sin un proyecto de vida claro que posponga la maternidad para la edad adulta
- **Migraciones recientes,** con pérdida del vínculo familiar
- **Pensamientos mágicos** propios de la adolescencia, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean

También en su historia se encuentran figuras masculinas cambiantes que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto se somete a relaciones con parejas que las maltratan.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses con escolaridad pobre, sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre de estudio), con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios inician a muy corta edad sus relaciones sexuales

Factores determinantes

- Relaciones Sin Anticoncepción
- Abuso Sexual
- Violación”

Consecuencias del Embarazo y maternidad adolescente

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

Consecuencias psicosociales

Factores Que Predisponen El Embarazo En Adolescentes. (2011). Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce las probabilidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

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

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

Consecuencias Biológicas

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

Primer Trimestre

Trastornos Digestivos

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

Metrorragias

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

Abortos Espontáneos

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

Embarazos Extrauterinos

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

Segundo y tercer trimestre

Anemia

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

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

Infecciones Urinarias

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

Amenaza de Parto Pretérmino

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

Hipertensión Arterial Gravídica

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

Parto Prematuro

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

Crecimiento Intrauterino Retardado

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

Complicaciones en el parto

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

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

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

Presentaciones Fetales Distólicas

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

Tipo De Parto

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

Alumbramiento

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

CATEGORIAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Community Interventions to Promote Healthy Social Environments: Early Childhood Development and Family Housing A Report on (2002)“Es el proceso continuo que incluyen cambios físicos, emocionales, de personalidad, conducta, pensamiento y de lenguaje así mismo el desarrollo psicomotriz del niño.

Crecimiento: proceso de cambios físicos y aumento de las dimensiones corporales y la modificación del propio organismo. Los cambios son cuantitativos (se pueden medir). Los parámetros son la talla y el peso, aunque también se utilizan el perímetro craneal y torácico. El crecimiento normal es signo de buena salud y su control ayuda a reducir mortalidad y morbilidad infantil.

Maduración: Son cambios biológicos que se producen en la estructuras internas, que nos capacitan para realizar determinadas funciones. Está referida al grado de desarrollo de los sistemas, aparatos u órganos del cuerpo humano. El proceso de maduración fisiológico sigue un orden siendo la cabeza lo primero que madura, seguida por el tronco y lo último las extremidades.

Desarrollo: Cambios psíquicos de tipo cualitativo mediante el cual se ponen en funcionamiento y se perfeccionan las capacidades humanas como el lenguaje, el pensamiento, la memoria, los sentimientos, etc. está en constante interacción con el entorno y se ve condicionado por él a lo largo de toda la vida, accediendo a nuevos conocimientos a través del aprendizaje.”

SALUD INFANTIL

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

Niñez

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

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

Entorno Familiar

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

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

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

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

Etapas de la niñez

Postnatal:

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

Primera infancia:

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

Segunda infancia:

- de 3-6 años.

Tercera infancia:

- de 7 años a la pubertad.

CONTROL DEL NIÑO SANO

“Revisión sanitaria periódica de lactantes y niños para favorecer un crecimiento y desarrollo físico, emocional e intelectual óptimos. Entre estas medidas de asistencia sanitaria se encuentran las inmunizaciones habituales para evitar enfermedades, los procedimientos de exploración selectiva para la detección precoz y tratamiento de enfermedades y la orientación y educación de los padres sobre una nutrición adecuada, la prevención de accidentes y la atención específica y el cuidado del niño en las distintas fases del desarrollo.

Calendario control de niño sano

- Primer control: Entre los 7 y 10 días de nacido.
- Segundo control: Al mes de nacido.
- Sigüientes 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.

En el sistema público el control sano se realiza en el consultorio. 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.

Actividades que incluye el control del niño sano

- Entrevista con los padres
- Evaluación del desarrollo psicomotor
- Antropometría

- Examen físico
- Evaluación del estado nutricional
- Evaluación de visión – audición
- Entrega de contenidos educativos sobre alimentación, higiene, vestuario, estimulación desarrollo psicomotor, prevención de accidentes y otros.
- Vacunación

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.”

Crecimiento

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

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

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

Medidas antropométricas

“Evolución de los distintos aspectos del individuo que se engloban y actúan bajo el concepto psicomotricidad. En los dos primeros años de vida el niño adquiere el control y sostén de la cabeza, la sedestación y la bipedestación. En la etapa que discurre de los tres a los seis años hay una maduración motórica que se manifiesta en el dominio de la marcha, la carrera y las actividades manipulativas.

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

Talla

La estatura humana varía de acuerdo con la genética y la nutrición. El genoma humano particular que un individuo transmite la primera variable y una combinación de salud y factores del medio, tales como dieta, ejercicio y las condiciones de vida presentes antes de la edad adulta, cuando el crecimiento se detiene, constituyen el determinante ambiental.

Parámetros

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

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

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

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

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

Peso

Es el parámetro encargado de medir la masa corporal total y es una variable sujeta a poco margen de error con el empleo de técnicas y el equipo adecuados. Es un parámetro muy importante y de gran utilidad y sensibilidad, especialmente en lactantes y la primera infancia para estimar el estado nutricional y de salud en general.

Permite vigilar el estado de nutrición del niño pero el significado de sus variaciones puede ser confuso en pacientes con edema, deshidratación u otras manifestaciones de cambios en el agua corporal ya que representa una mezcla de varios componentes del cuerpo.

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

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

Índice de Masa Corporal

Propuesto por Quetelet en 1869, se calcula como peso en kilogramos dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado (P/T^2). Su incremento se debe a exceso de peso o talla corta, habiéndose demostrado recientemente su relación con

la grasa corporal, por lo que es válida como medida de obesidad o desnutrición para niños y adolescentes.

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

Se calcula dividiendo el peso (en kilogramos) por la altura al cuadrado (en centímetros). Hay que consultar en una tabla para saber si el IMC revela un peso saludable o algún trastorno (peso bajo o peso excesivo) que debe ser corregido.

El perímetro cefálico o perímetro craneal es la medida del contorno de la cabeza en su parte más grande, situado sobre las orejas y cejas. Se mide utilizando una cinta métrica. Al nacer, esta medida puede estar modificada por distintos factores.”

Aporta información valiosa en relación al desarrollo del cerebro, especialmente en los primeros tres años de vida, durante los cuales alcanza el 80% de su peso definitivo; a los 6 años llega al 93%; de 7 a 18 años aumenta sólo 4 cm.

Esta medida se la toma en cada control médico que el niño acude a los centros y Sub-Centros de salud pública

La inmunización

Según el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud Pública. Es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad. Se logra al administrar a un organismo inmuno-competente sustancias ajenas a él, no es necesario que estas sustancias sean patógenas para despertar una respuesta inmune, esta inmunización puede producir Anticuerpos (Ac). Los cuales se pueden evidenciar al retarlos contra el Antígeno (Ag). Que estimulo su producción.

Respuesta inmune

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

Inmunidad innata

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

Inmunidad adaptada

Cuando el sistema inmunológico innato no es suficiente defensa contra un patógeno, entra a funcionar el sistema inmunológico adaptativo que desencadena una respuesta específica ante los antígenos

Inmunización pasiva: Involucra anticuerpos que se producen en el cuerpo de otra persona, como en el caso de los lactantes que poseen inmunidad pasiva, dado que ellos nacen con los anticuerpos que les transfiere la madre a través de la placenta. Dichos anticuerpos desaparecen entre los 6 y 18 meses de edad. Otra forma de obtener la inmunidad pasiva es con la gammaglobulina, la cual es suministrada por un médico y cuya protección es también temporal.

Inmunización activa: a través de la aplicación de vacunas, preparados antigénicos atenuados con el fin de generar una respuesta inmunitaria por parte del organismo; para generar una memoria inmunitaria consistente en la formación de anticuerpos protectores contra el antígeno al que es expuesto.”

La vacunación

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

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

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

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

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

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

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

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

Lactancia Materna

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. **La OMS y el UNICEF** señalan asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños.

Además de las cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasas, la leche materna también proporciona vitaminas, minerales, enzimas digestivas y hormonas, es decir, todos los nutrientes que un infante en desarrollo requerirá. La leche materna también contiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a evitar infecciones, denominados inmunoglobulinas.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años.

Beneficios de la lactancia materna

(Organización Mundial de la Salud: Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. (2002.) Los beneficios para la salud de la madre o el bebé, así como sus beneficios en el ámbito familiar, económico o social, se usan a menudo como argumento para la promoción de la lactancia materna. La mayoría son de dominio público, algunos de estos ejemplos son los siguientes:

- Al niño lo protege contra enfermedades, lo ayuda en cuanto crecimiento y desarrollo y fortalece un vínculo afectivo con la madre.
- A la madre la ayuda a la involución uterina, disminuye las hemorragias posparto, disminuye el riesgo de cáncer en los senos y ovarios y le facilita regresar al peso que tenía antes del embarazo.
- En el ámbito económico disminuyen los gastos, además que siempre estará disponible y a la temperatura adecuada

- La lactancia materna es la forma natural y propia de la especie humana para la alimentación de lactantes y niños pequeños, lo cual no es preciso demostrar con pruebas científicas.
- La lactancia materna exclusiva es el modelo que sirve de referencia para valorar los métodos alternativos de alimentación en relación con el crecimiento, la salud, el desarrollo y el resto de efectos a corto y largo plazo.

Ablactación

Lic. Marcela Licata 2013 publico en la página zonadiet. A partir del 6º mes de vida, se deben introducir diferentes alimentos que nos aseguren el correcto desarrollo y buen estado de salud del bebe. Esto se conoce como ablactación. Es importante señalar que no se debe eliminar la leche materna mientras se incorporan estos nuevos alimentos.

La importancia de la ablactación es tal, que adquirir en el primer año de vida hábitos alimenticios sanos y equilibrados, le ayudarán al bebe a llevar una dieta saludable en los años venideros. Con respecto a las formas y maneras de preparar los alimentos, es conveniente tener en cuenta que los niños aprenden a diferenciar los distintos sabores de los alimentos durante la ablactación, por lo tanto no es conveniente condimentar las preparaciones.

De esta manera reconocerán los aromas y sabores neutros y puros de cada alimento.

Reglas básicas:

- Seleccionar alimentos frescos y de alta calidad.
- La higiene es fundamental. La persona encargada de preparar los alimentos, como así también todos los utensilios que intervienen en dicha elaboración deben tener una perfecta higiene.
- Incorporar el alimento de manera lenta, observando la tolerancia del bebe hacia el mismo, esperar un par de días antes de incorporar otro diferente.

- Los alimentos deben cocinarse con poco agua. El agua de cocción puede aprovecharse para demás preparaciones (purés y papillas).
- No exagerar la cocción, así aprovechamos la mayor cantidad posible de nutrientes.
- No agregar sal, azúcar ni miel a ninguna preparación durante el primer año de vida.
- El método de cocción más adecuado es el hervido, puesto que no irrita la mucosa intestinal del bebe.
- La temperatura de la comida y alimentos debe ser templada.
- La actitud al dar la comida debe ser de suavidad y paciencia. Se debe respetar el tiempo de aprendizaje y evolución del bebe. Evitar agobios y agresividad aunque la mejor intención sea nutrirlo, logrando de esta manera que su primera experiencia con la comida sea agradable y placentera.
- Higienizar los dientes del bebe con una gasa húmeda o un cepillo para bebes al menos antes de ir a dormir para así evitar la aparición de caries a temprana edad. Así mismo se recomienda higienizar las encías y la lengua del bebe luego de cada comida para que goce de una buena salud oral.

DESARROLLO

Desarrollo psicomotriz del niño

“El término psicomotricidad constituye en sí mismo, partiendo por su análisis lingüístico, un constructo dual que se corresponde con la dualidad cartesiana mente-cuerpo. Refleja la ambigüedad de lo psíquico (psico) y de lo motriz (motricidad) así como de las complejas relaciones entre estos dos polos. Una definición consensuada en el **primer congreso europeo de psicomotricistas en Alemania (1996)** ha llegado a la siguiente formulación.

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

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

Lina Rubio, Carolina Zori La psicomotricidad en la escuela (2008)

Desarrollo del niño de 0 a 3 años

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

		<ul style="list-style-type: none"> • Mira de un objeto a otro. • Fija, converge y enfoca 	sonidos: e, a , o		<p>cabeza</p> <ul style="list-style-type: none"> • No fija la mirada
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sostiene la cabeza y el tórax en decúbito prono. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coge al contacto y retiene un cubo, llevándose a la boca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ríe a carcajadas. • Gorjea y grita para llamar la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Devuelve la sonrisa al examinador 	
5 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sostiene la cabeza sin apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se quita un pañuelo de la cara. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vuelve la cabeza hacia el sonido 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfruta con el juego. • Reconoce a quienes están con él. • Establece un lazo afectivo con las personas que le rodean 	
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Se incorpora apoyándose en sus muñecas boca abajo. • Se sostiene sentado con apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Se coge los pies y va descubriendo su cuerpo • Toma un cubo de la mesa 	<ul style="list-style-type: none"> • Parlotea ante una voz • Empieza a imitar los sonidos, vocaliza imitando a un adulto 	<ul style="list-style-type: none"> • Vuelve la cabeza hacia un interlocutor 	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene interés por los objetos, ni hace intención de cogerlos
7 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Se da la vuelta en la 	<ul style="list-style-type: none"> • Explora los objetos dándoles 	<ul style="list-style-type: none"> • Emite 4 sonidos: ga, ta, da. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede beber de un vaso, 	

	cuna.	vueltas en sus manos. • Sigue un objeto al caer.		aunque lo normal es realizarlo a los 10 – 12 meses	
8 meses	• Ensaya el gateo o rastreo	• Intenta coger cosas que están fuera de su alcance. • Pasa un juguete de una mano a otra.	• Emite sonidos para llamar la atención	• Se contempla en el espejo. • Lloro al dejarle con extraños.	
9 meses	• Voltea sobre sí mismo en el suelo.	• Manipula simultáneamente dos objetos, uno en cada mano.	• Dice papá y mamá. • Los sonidos adquieren entonación.	• Sostiene un vaso para beber. • Palmotea y dice adiós con la mano.	• No se sostiene sentado • No parlotea • No tiene interés por mirar o tocar las cosas
10 meses	• Se sostiene con ayuda o agarrándose a los barrotes de la cuna. • Gatea.	• Golpea dos objetos conjuntamente.	• Escucha un reloj. • Debe responder a su nombre, aún en voz baja.	• Sonríe y toca su imagen en el espejo.	
11 meses	• Se endereza para sostenerse en pie.	• Agarra con pinza	• Dice 2 palabras con significado	• Come con los dedos. • Reconoce cuando le	

				nombran a papá y a mamá y los busca.	
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Camina con apoyo • Anda alrededor del parque. 	<ul style="list-style-type: none"> • Introduce unos objetos dentro de otros y hace torres con cubos grandes. • Sostiene un lápiz con intención. • Tira del mantel para coger juguetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 3 palabras con significado 	<ul style="list-style-type: none"> • Juego organizado, interactivo: interpreta mensajes, acompaña con gestos,... 	<ul style="list-style-type: none"> • No se sostiene de pie con apoyo • No se comunica ni balbucea • No hace gestos (decir adiós) • No coge los juguetes
13 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Se sostiene solo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preferencia por una mano. • Mira ilustraciones. • Señala a personas u objetos familiares si se le pide. 	<ul style="list-style-type: none"> • Señala un ruido inesperado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se interesa por los juguetes de los otros niños. • Sostiene un vaso 	
14 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Camina solo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Raya con un lápiz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce su nombre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usa la cuchara. 	
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Trepa escaleras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloca un objeto sobre otro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 4 palabras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseña los zapatos. 	

16 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Empuja un cochecito, juguete,... 	<ul style="list-style-type: none"> • Garabatea libremente 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 6 palabras. • Sigue indicaciones sencillas sin ayudas gestuales. • Señala y nombra objetos y partes de su cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intenta voltear un tirador de la puerta. 	
17 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Trepa a una silla 	<ul style="list-style-type: none"> • Tira del mantel para coger un juguete, busca estrategias para conseguir un fin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversación, balbuceo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maneja bien un vaso. 	
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Anda hacia atrás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Juego constructivo con juguetes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfruta con un libro con dibujos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se quita los zapatos y los calcetines. 	<ul style="list-style-type: none"> • No dice palabras sencillas. • No camina • No conoce el nombre de los objetos y personas más familiares
19 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Trepano sube y baja escaleras 	<ul style="list-style-type: none"> • Torre de 3 ladrillos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 9 palabras. • Señala las partes del cuerpo cuando se le pide. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce una parte de su cuerpo. 	
20 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Puede saltar aunque lo normal es que lo haga a 	<ul style="list-style-type: none"> • Torre de 4 ladrillos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dice 12 palabras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control intestinal. 	

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

Cuadro N°1: Hitos normales del Desarrollo Psicomotriz

Test de Evaluación del Desarrollo de los Niños

Tellerias L, Molina H: Desarrollo infantil temprano. (2008) En el crecimiento y desarrollo del niño son muchos los factores que influyen en los procesos psicomotores y para medir dichos avances existen diversos test, siendo los más

importantes el test de Aldrich y Norval, el test de Barreras-Moncada y el test de Denver

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

Se valoran parámetros psicomotrices como:

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

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

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

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

Test de Denver

“Test de Denver II. Fue ideado para proporcionar un método breve de detección de problemas del desarrollo, estandarizado en 1036 lactantes y prescolares 2324. Analiza cuatro áreas: motricidad gruesa, lenguaje, motricidad fina-adaptativa y personal-social. La evaluación del desarrollo se basa en el desempeño del niño durante la entrevista y por datos referidos por los padres.

El resultado mide si el niño cumple o no los ítems esperados para su edad. En base a esto, se lo clasifica como normal, sospechoso o con retraso del desarrollo y en este último caso debe ser derivado a un especialista (neurólogo infantil, psicopedagogo,) para su seguimiento. Su sensibilidad y especificidad son moderadas a bajas.

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

Personal – social: Estas tareas identificará la capacidad del niño de ver y de utilizar sus manos para tomar objetos y para dibujar.

El motor fino adaptativo: Estas tareas identificará la capacidad del niño de ver y de utilizar sus manos para tomar objetos y para dibujar.

El lenguaje: Estas tareas indicará la capacidad del niño de oír, seguir órdenes y de hablar.

El motor grueso: Estas tareas indicará la capacidad del niño de sentarse, caminar y de saltar (movimientos corporales globales).”

ALTERACIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

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

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

Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCI):

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

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

Tipos de Restricción del Crecimiento Intrauterino

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

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

concomitante y la apariencia dependerá del tiempo en el que se produzca la lesión.

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

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

Hipoxia perinatal:

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

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

Sus principales manifestaciones clínicas incluyen alteraciones del nivel de conciencia, depresión, alteración del tono muscular y presencia de convulsiones. La intensidad de estas manifestaciones y su relación temporal permiten establecer

un pronóstico de daño neurológico. Las secuelas y complicaciones de la hipoxia perinatal son:

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

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

Nutrición

En el art. 60 publicado del Hospital de Macas sobre desnutrición-infantil considerar la nutrición como la resultante de los procesos que están en relación con el crecimiento, mantenimiento y reparación del conjunto del organismo de un ser vivo, y todo ello sometido a la influencia de factores genéticos y ambientales, dentro de los cuales el aporte alimentario y su calidad juegan un importante papel. Si se tiene en cuenta que el máximo exponente de la pediatría es el proceso de crecimiento y desarrollo, se deduce la importancia de la nutrición.

Malnutrición

Malnutrición: Es el estado o condición dietética en la cual existe una insuficiencia o exceso de uno o más nutrientes en la dieta. Y no satisface sus necesidades nutricionales

CAUSAS:

- ingesta incorrecta o insuficiente de alimentos en la dieta
- deficiencia de absorción de alimentos.

Desnutrición

La desnutrición infantil es causa de distintos tipos de enfermedades. Una de las principales causas es la falta de recursos económicos en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Según datos del Programa Mundial de Alimentos, de las Naciones Unidas, solamente en América Latina y el Caribe, unos 9 millones de niños y niñas menores de 5 años (el 16% de los niños de esta edad) sufren de desnutrición crónica y se estima que al menos otros 9 millones de niños están en riesgo de desnutrirse.

El organismo de las Naciones Unidas, que apoya en muchas regiones del planeta con alimentos y logística a poblaciones vulnerables en situaciones de emergencias, guerras y desastres. Trabaja igualmente por reducir el hambre y la desnutrición en el mundo. En Ecuador, en apoyo a los programas de reducción de la desnutrición del Estado, trabaja:

- Con la creación del portal NUTRINET.ORG, especializado en este tema.
- En el análisis y elaboración de Mapas de la Desnutrición Infantil en el Ecuador para localizar con precisión los lugares más vulnerables.
- Apoya los programas contra el “hambre oculta”, es decir, para reducir las deficiencias de vitaminas y minerales de la población ecuatoriana: cinc, hierro, vitamina A.

Tipos de desnutrición

Marasmo: Es una serie de desnutrición calórica y proteínica. Se debe al infra consumo de calorías con los alimentos. El niño tiene un peso corporal demasiado bajo, atrofia muscular, retraso de crecimiento, anorexia, íleo parcial, enfermedades relacionadas de evolución crónica y envejecimiento prematuro.

El niño usa sus reservas de energía del tejido adiposo y de los músculos, con adelgazamiento, consumo de masa muscular, pérdida de tejido adiposo y cuando progresa la enfermedad puede tener pérdida de la inmunidad.

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

Kwashiorkor: El término kwashiorkor procede de una palabra de Ghana que significa ‘afección del niño que deja de mamar. Es un trastorno dietético ocasionado por la ingesta disminuida de proteínas, con un aporte energético adecuado, se observa en los niños entre 10 meses y 10 años de edad.

Las proteínas constituyen el principal material estructural del cuerpo, y son necesarias para la síntesis de anticuerpos contra las infecciones y de enzimas, de las que dependen todos los procesos bioquímicos, por lo que su deficiencia va a ocasionar varios trastornos

Estos niños siempre están hambrientos, y sus padres, en un intento de aliviar el hambre y de aportar las necesidades energéticas, les suministran grandes cantidades de carbohidratos que por sí solas tienen un valor nutricional bajo. Sus características físicas son una expresión de gran tristeza del rostro y el llanto débil casi continuo, su cara es redonda y rolliza, el grosor de las extremidades parece adecuado y el abdomen es prominente. El pelo rojizo es característico de la enfermedad y la piel puede estar más pálida de lo normal y con un tinte rojizo.

2.5. Hipótesis

"Ser madre adolescente incide con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en el Centro de Salud del Cantón Quero pertenecientes al Área de Salud No 7 de la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua durante el periodo de Junio a Noviembre del año 2012.

2.6. Variables de la Hipótesis

Variable Independiente:

- Madre adolescente

Variable Dependiente:

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

Término de Relación:

- Incide.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque

Al tratarse de una investigación enmarcada dentro del paradigma crítico-propositivo, el enfoque es predominantemente cualitativo pues trata de comprender el fenómeno en su totalidad, logrando una visión más amplia en los aspectos globales del mismo. Se busca comprender los problemas buscando soluciones acertadas, en una acción conjunta participativa interactuando con la madre adolescente y su hijo dentro del contexto en el que se desenvuelven.

3.2. Modalidad básica de la investigación

Se trabajará con una modalidad mixta tanto de campo como bibliográfica, pues se investigará a los hijos de madres adolescentes en su entorno, pudiendo observar la realidad de su situación, sus condiciones de vida y de manera especial se identificarán las alteraciones que pudieran estar presentando en cuanto a su crecimiento y desarrollo durante los 2 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 revisarán los programas y políticas de salud dirigidos hacia esta población y que están utilizados en las áreas de trabajo.

3.3. Nivel o tipo de investigación

La investigación partirá de un nivel exploratorio que nos permita ubicar de manera correcta la situación objeto para continuar en el nivel descriptivo en el que se compararán las diferentes problemáticas que se presenten en el estudio y finalmente se utilizará la Asociación de variables a fin de buscar identificar si la presencia de alteraciones o patologías en el desarrollo y crecimiento del niño tiene relación con el embarazo ocurrido en la adolescencia. Este tipo de investigación

permite evaluar las variaciones de comportamientos de una variable en función de la otra.

La investigación será además de tipo transversal en cuanto se realizará en un espacio de tiempo limitado.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

En la presente investigación el universo a investigarse se encuentra en el Centro de Salud del Cantón Quero pertenecientes a el Área de Salud N° 7 dela Dirección Provincial de Salud de Tungurahua la misma que está constituida por los médicos de planta y médicos rurales obstétricas, odontólogos, personal de enfermería y auxiliares de enfermería además a ello sumado al número de adolescentes que son atendidos en el Centro de Salud los mismo que son un numero de 1.226, de los cuales se han identificado a 18 Madres Adolescentes que representan el 1.42% en el periodo de junio a noviembre del 2012.

3.4.2. Muestra

Para el desarrollo de la investigación se va a utilizar el muestreo probabilístico regulado porque forman parte de la muestra los elementos del universo en los cuales se incluyen el total de casos de madres adolescentes que son el objetivo de la investigación.

3.5. Operacionalización de variables

3.5.1. Variable Independiente: Madres Adolescentes					
Conceptualización	Categorías	Indicadores	ÍTEMS	Técnicas	Instrumentos
Se llama madre adolescente a quien ha tenido un embarazo entre los 10 y 19 años de edad	Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> Cambios morfo-fisiológicos y psicológicos 	<p>¿Cómo afecta el embarazo en el desarrollo normal de la adolescente tanto fisiológica como psicológicamente?</p> <p>¿Cuáles son los principales factores que intervienen para el inicio de la sexualidad en la adolescencia?</p>	investigación de campo	Ficha de datos de las historias clínicas
	Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> Sexualidad precoz y sus factores Sexualidad precoz 	<p>¿En qué etapa de la adolescencia es en la que predominan los embarazos en las adolescentes?</p> <p>¿Entre 10 y 13?</p> <p>¿Entre 14 y 16?</p> <p>¿Entre 17 y 19?</p>		
	Embarazo en adolescentes	<p>Complicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> IVU (poliuria) Bajo peso Tensión arterial superior. a 140/90 Hiperémesis 	<p>¿Cuáles son las principales complicaciones que aquejan a la adolescente durante el embarazo?</p>	investigación bibliográfica	Encuesta

Cuadro N° 2: Operacionalización Variable Independiente

Fuente:Historias Clínicas de las Madres adolescentes del Centro de salud del Cantón Quero

Autor: Marco Andrade

3.5.2. Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del niño					
Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems	Técnica	Instrumentos
Proceso continuo que incluye cambios tanto físicos como del desarrollo psicomotriz del niño	Alteraciones en el crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> Bajo peso Talla baja Perímetro Cefálico 	¿Cuáles son las medidas antropométricas de los niños, hijos de madres adolescentes?	Investigación de campo	Fichas de datos de la Historia clínica del niño
	Control del niño.	valoración del desarrollo <ul style="list-style-type: none"> Motor grueso. Motor fino Lenguaje. Desarrollo Cognoscitivo y Social. 	¿Los niños presentan alteraciones al momento de aplicar los test de Aldrich y Norman, Barrera - Moncada o en el test de Denver?		
	Salud infantil	<ul style="list-style-type: none"> carnet de vacunas completo historia clínica y valoración de curva de crecimiento. Lactancia materna 	¿El niño es llevado a vacunarse según el calendario establecido por el PAI, y tiene controles médicos subsecuentes?	Investigación bibliográfica.	encuesta

Cuadro N° 3: Operacionalización Variable Dependiente

Fuente: Historias Clínicas de los niños hijos de Madres adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero

Autora: Marco Andrade

3.6. Técnicas e instrumentos

La observación permitió identificar el aspecto y salud general del infante, al igual que las condiciones ambientales que rodean al niño y a la madre. Como instrumento se utilizó registros específicos como son la Historia Clínica tanto de la Madre para verificar el proceso de embarazo, factores protectores, factores agravantes, patologías pre y postnatales, lactancia, alimentación complementaria como del niño con el fin de obtener información sobre medidas antropométricas y esquema de vacunación para la evaluación de su crecimiento. Para valorar el desarrollo se utilizó los test de Aldrich y Norman, Barrera-Moncada y el test de Denver

3.7. Plan de recolección de la información

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

Cuadro N°4. Recolección de Información

Elaborado por: Marco Andrade

Para recolectar la información se elaboró:

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

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

niños, donde se precisó volver a reestructurar dicho instrumento, haciéndolas más específicas, logrando con esto resultados positivos para la investigación.

3.8. Plan de procesamiento de la Información

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

Al momento de procesar la información se realizó:

- **Limpieza de información defectuosa**

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

- **Tabulación de la información**

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

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

- **Elaboración recuadros y gráficos**

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

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1

EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

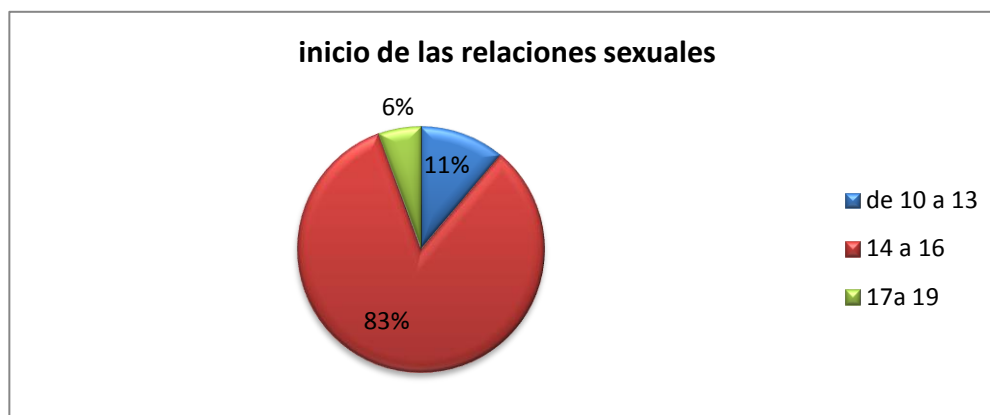
edad inicio de relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
De 10 a 13	2	11%
14 a 16	15	83%
17a 19	1	6%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historias Clínicas de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero

Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 1

EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES



Fuente: Historias Clínicas de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero

Elaborado por: Marco Andrade

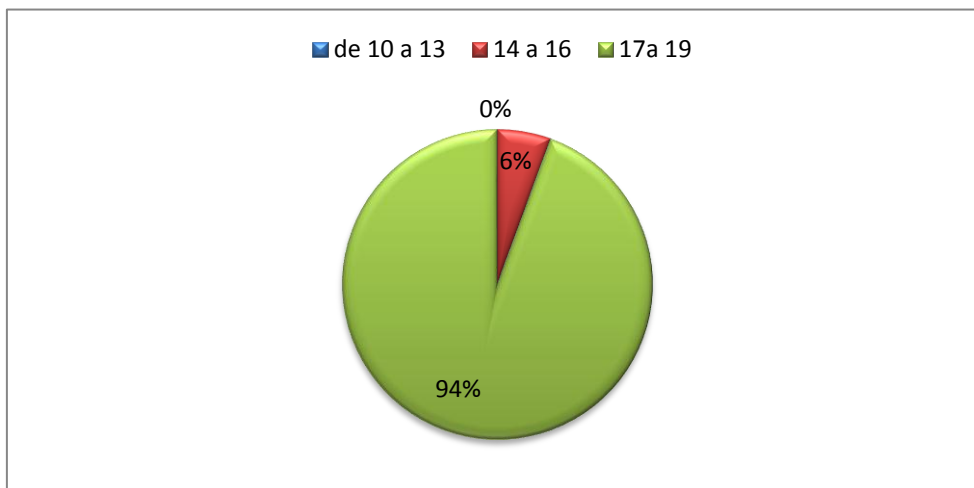
Análisis e Interpretación: Del 100%, el 83% corresponde a 15 madres que iniciaron las relaciones sexuales ente los 14 a 16 años, mientras que el 11% iniciaron entre los 10 a 13 años, el 6% restante inició la actividad sexual entre los 17 a 19 años. Deduciendo que si hay inicio precoz de relaciones sexuales, lo que nos demuestra que el embarazo en adolescentes es un problema marcado dentro de la Salud Pública.

TABLA N° 2
GRUPO ETÁREO AL CONVERTIRSE EN MADRES ADOLESCENTES

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
de 10 a 13	0	0%
14 a 16	1	6%
17a 19	17	94%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historias Clínicas de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 2
GRUPO ETÁREO AL CONVERTIRSE EN MADRES ADOLESCENTES



Fuente: Historias Clínicas de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero
Elaborado por: Marco Andrade

Análisis e Interpretación: El 94% que corresponde a 17 madres fueron madres por primera vez entre los 17 a 19 años, y el 6% que comprende a una persona fue madre entre los 14 a 16 años. Se puede observar que la mayor parte de adolescentes fueron madres por primera vez entre los 17 a 19 años de edad. Pudiendo evidenciarse que hay desconocimiento de los métodos anticonceptivos existentes.

TABLA N° 3

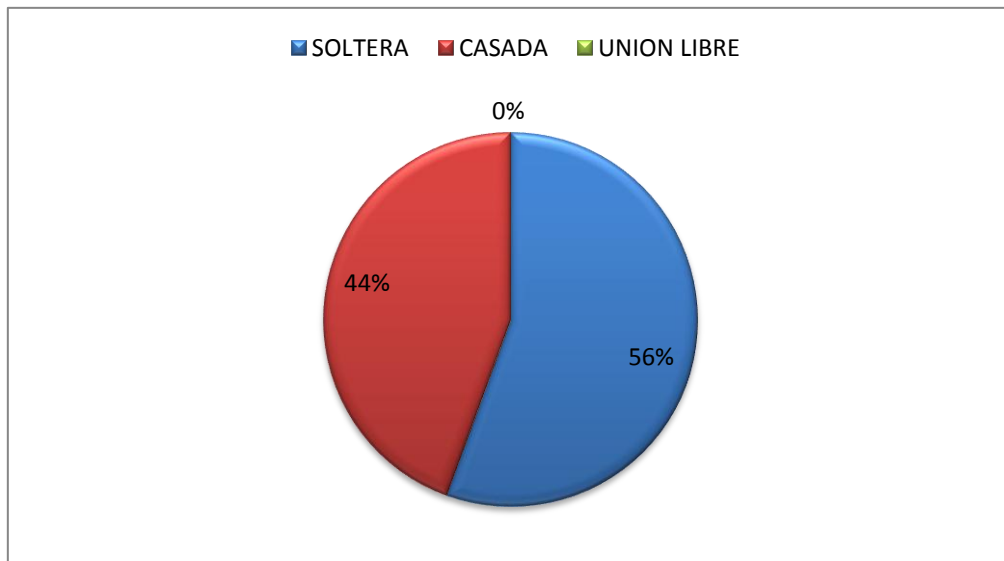
ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	10	56%
CASADA	8	44%
UNION LIBRE	0	0%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historias Clínicas de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 3

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES



Fuente: Historias Clínicas de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero
Elaborado por: Marco Andrade

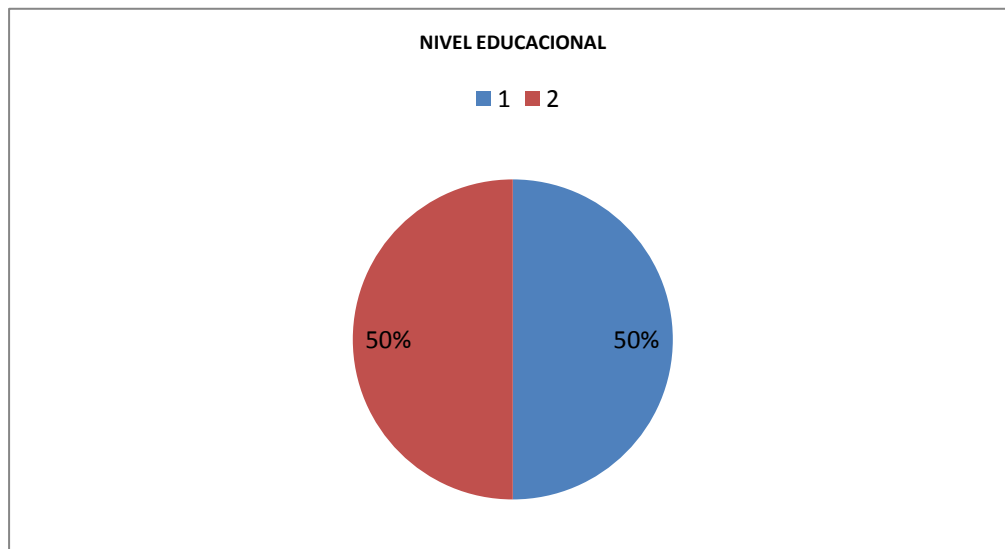
Análisis e Interpretación: El 56% que pertenece a 10 madres son de estado civil solteros. El 44 % que corresponde a 8 madres son casadas. Permittiéndonos darnos cuenta que tempranamente adquieren responsabilidades de adultos y muchas de las ocasiones no todas tienen un hogar conformado para la crianza de su hijo.

TABLA N° 4
NIVEL EDUCACIONAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES

NIVEL EDUCACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	9	50 %
SECUNDARIA	9	50 %
TOTAL	18	100 %

Fuente: Historia Clínica de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 4
NIVEL EDUCACIONAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES



Fuente: Historia Clínica de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero
Elaborado por: Marco Andrade

Análisis e Interpretación: El 50% correspondiente a 9 madres tienen un nivel de educación secundaria y el 50% restante que son 9 madres tienen un nivel de educación primaria.

Pudiendo darnos cuenta que solo la mitad de las madres pueden continuar y terminar sus estudios mientras que el resto no lo puede completar lo cual es un factor determinante en la crianza del niño ya que no tiene el suficiente conocimiento de cómo hacerlo.

TABLA N° 5

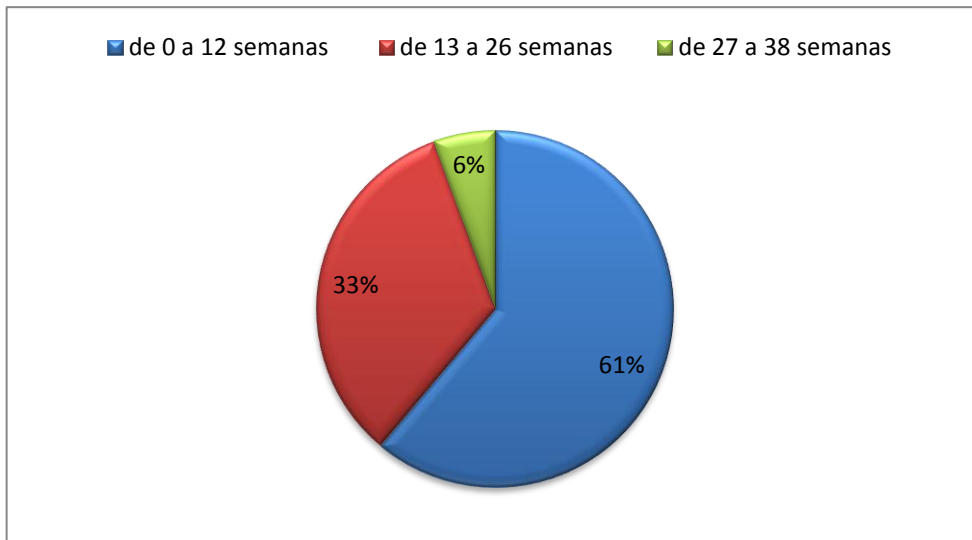
EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PRIMER CONTROL PRENATAL

EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
de 0 a 12 semanas	11	61%
de 13 a 26 semanas	6	33%
de 27 a 38 semanas	1	6%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historia Clínica de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 5

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PRIMER CONTROL PRENATAL



Fuente: Historia Clínica de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero
Elaborado por: Marco Andrade

Análisis e Interpretación: Observamos que 61% se realizaron su primer control entre 0 a 12 semanas de gestación, el 33% tuvieron su control de 13 a 26 semanas. El 6% tuvo su primer control prenatal entre las 27 a 38 semanas. Lo que quiere decir que la mayoría asumió el embarazo con responsabilidad por lo que acuden en busca de ayuda profesional para realizar su control prenatal y así evitar complicaciones tanto de la madre como del niño.

TABLA N° 6

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE LA MADRE ADOLESCENTE

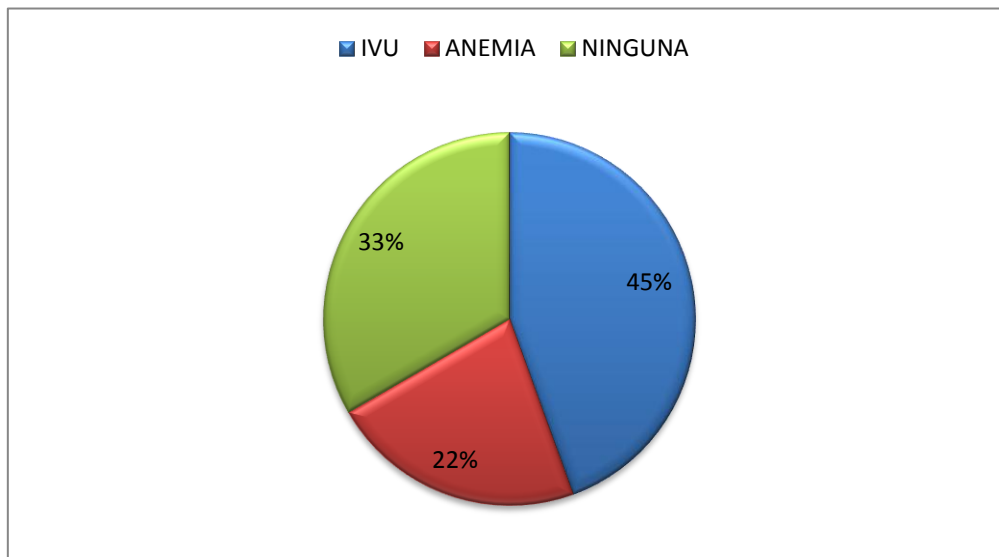
COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IVU	8	45%
ANEMIA	4	22%
NINGUNA	6	33%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historia Clínica de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero.

Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 6

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE LA MADRE ADOLESCENTE



Fuente: Historia Clínica de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero.

Elaborado por: Marco Andrade

Análisis e Interpretación: 8 madres pertenecientes al 44% presentaron Infección de Vías Urinarias durante el embarazo. El 22% que son 4 madres tuvieron anemia no complicada durante la gestación, 6 madres con un 33% no tuvieron ninguna alteración considerable durante su embarazo.

No existieron complicaciones graves que pueda afectar el ritmo normal de la gestación estas alteraciones encontradas se pueden tratar fácilmente y no producir alteraciones en el crecimiento y desarrollo del feto.

TABLA N° 7

TIPO DE PARTO DE LA MADRE ADOLESCENTE

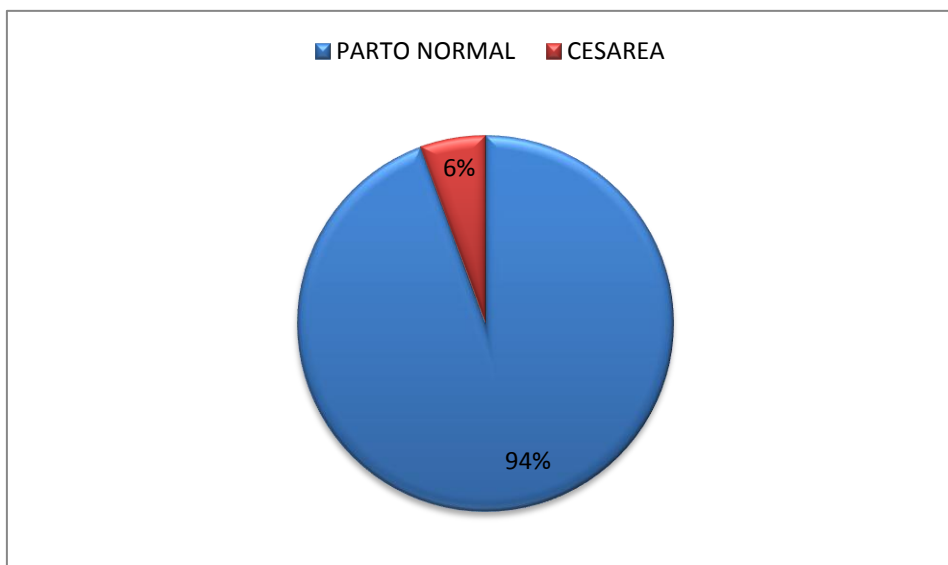
TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARTO NORMAL	17	94%
CESAREA	1	6%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historia Clínica de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero.

Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 7

TIPO DE PARTO DE LA MADRE ADOLESCENTE



Fuente: Historia Clínica de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero.

Elaborado por: Marco Andrade

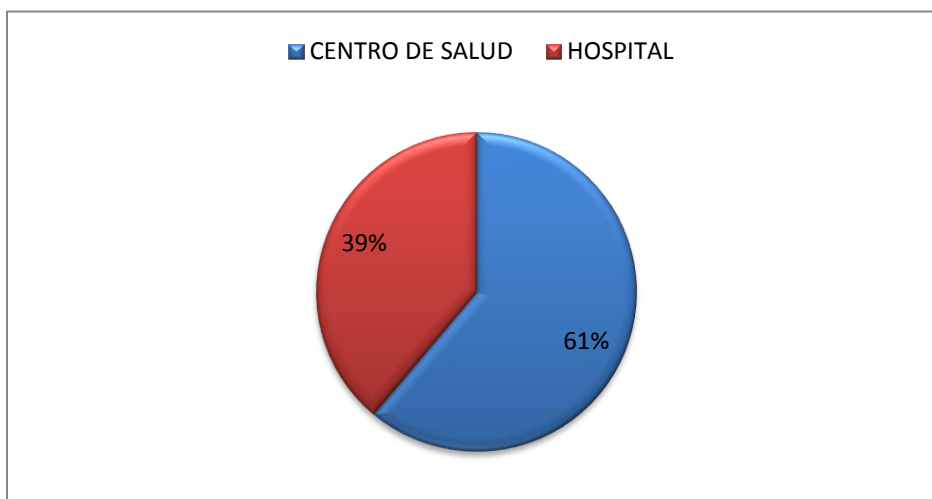
Análisis e Interpretación: El 94% correspondiente a 17 madres tuvieron un parto normal mientras que el 6% que corresponde a 1 madre tuvo un parto mediante cesárea. el parto normal es más frecuente en relación al parto por cesárea, está indicado únicamente si hay riesgo materno o fetal tales como desproporción cefalopélvica, posición fetal anormal.

TABLA N° 8
INSTITUCIÓN DE SALUD QUE ATENDIÓ EL PARTO DE LA
MADRE ADOLESCENTE

INSTITUCION QUE ATENDIO EL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CENTRO DE SALUD DE QUERO	11	61%
HOSPITAL REGINAL AMBATO	7	39%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historia Clínicas de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 8
INSTITUCIÓN DE SALUD QUE ATENDIÓ EL PARTO DE LA
MADRE ADOLESCENTE



Fuente: Historia Clínicas de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

Análisis e Interpretación: El 61% correspondiente fueron atendidas en el Centro de Salud del Cantón Quero mientras que el 39% fueron atendidas a en el Hospital Provincial Ambato.

La Institución de Salud del Cantón Quero está en capacidad de atender partos en las madres adolescentes ya que cuenta con personal médico y de obstetricia capacitado sin necesidad de referir a otra institución de mayor nivel.

TABLA N° 9

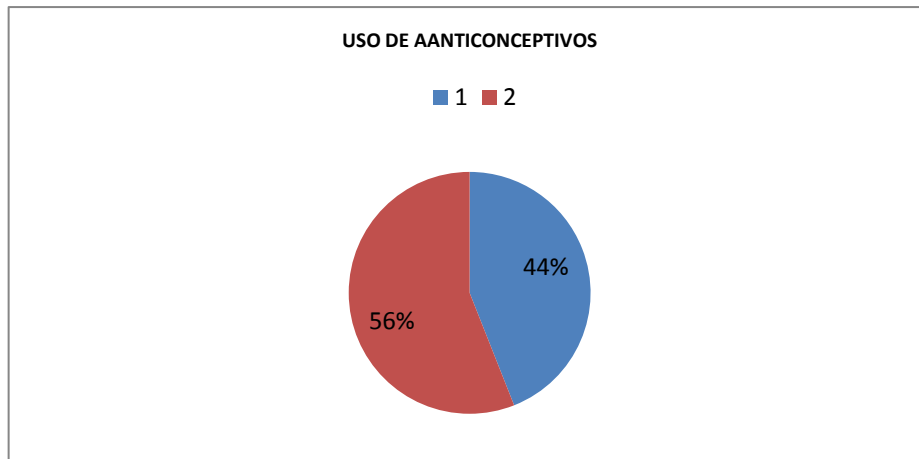
UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR PARTE DE LA MADRE ADOLESCENTE.

uso de métodos anticonceptivos	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	44%
NO	10	56%
TOTAL	18	100

Fuente: Historia Clínicas de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 9

UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR PARTE DE LA MADRE ADOLESCENTE.



Fuente: Historia Clínica de las Madres Adolescentes del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

Análisis e interpretación

El 56% de las madres adolescentes no utiliza ningún método anticonceptivo, mientras que el 46% restante si realiza planificación familiar constatando anteriormente que se encuentran casadas. El desconocimiento del uso de alguno de estos métodos se puede decir que puede ser una causa para tener cifras altas de los embarazos en las adolescentes.

4.2. FICHAS DE DATOS DIRIGIDAS A LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS NIÑOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES

TABLA N° 10

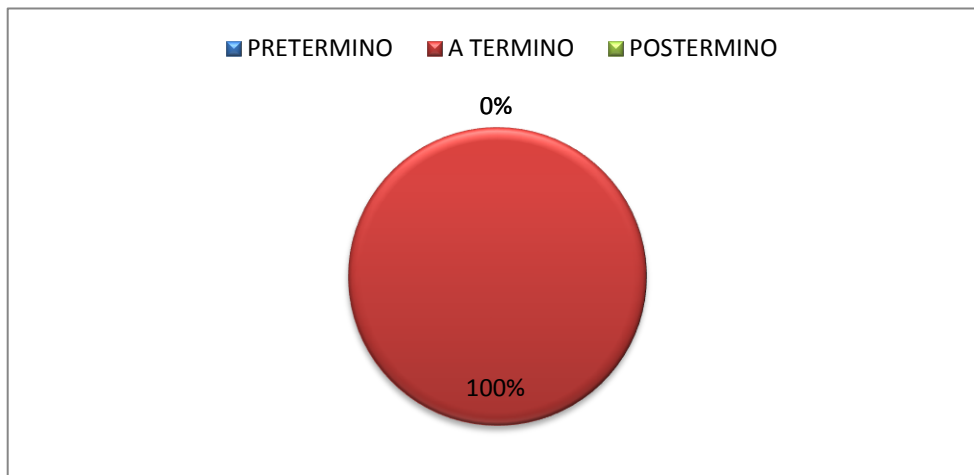
VALORACIÓN EDAD GESTACIONAL DEL NIÑO AL NACIMIENTO

EDAD GESTACIONAL AL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRETERMINO	0	0%
A TERMINO	18	100%
POSTERMINO	0	0%
TOTAL	18	100 %

Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 10

VALORACIÓN EDAD GESTACIONAL DEL NIÑO AL NACIMIENTO



Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

Análisis e Interpretación: De 18 hijos de madres adolescentes los 100% todos nacieron en una edad gestacional de 37 semanas de gestación hasta las 40 semanas sin riesgos ni complicaciones durante el proceso de parto y obteniendo un producto en buenas condiciones de salud.

TABLA N° 11

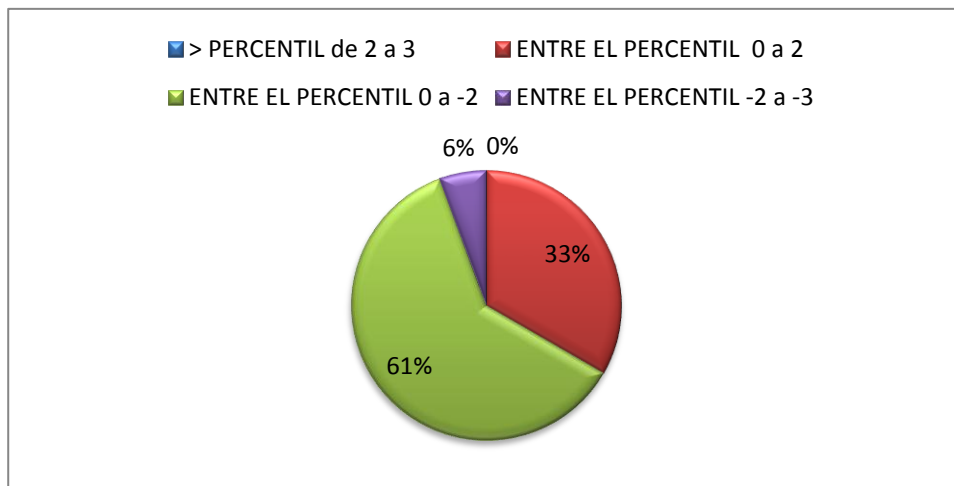
RELACIÓN PESO/EDAD DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTE

PESO – EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
> PERCENTIL de 2 a 3	0	0%
ENTRE EL PERCENTIL 0 a 2	6	33%
ENTRE EL PERCENTIL 0 a -2	11	61%
ENTRE EL PERCENTIL -2 a -3	1	6%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 11

RELACIÓN PESO/EDAD DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTE



Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

Análisis e Interpretación: El 61% que corresponde a 11 niños se encuentran en un rango norma de ganancia de peso, es decir, entre los parámetros de bajo 0 a -2 según tablas de valoración establecidas por el MSP, el 33% que son 6 niños están en un rango de desviación PE sobre de 0 a 2 mientras que 1 niño que consta el 6% se mantiene en un rango de bajo de -2 a -3 indicando que se encuentra bajo peso de lo normal.

Según estos datos en relación al peso/edad, se puede notar que la mayor parte de los niños se encuentran dentro del rango normal de 2 a -2.

TABLA N° 12

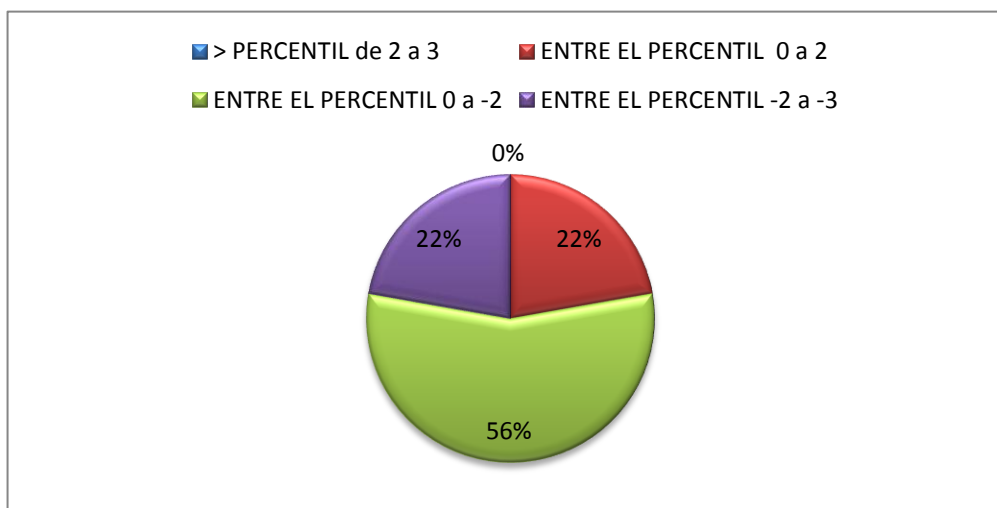
RELACIÓN TALLA/EDAD DEL NIÑO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE.

TALLA – EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
> PERCENTIL de 2 a 3	0	0 %
ENTRE EL PERCENTIL 0 a 2	4	22%
ENTRE ELPERCENTIL 0 a -2	10	56%
ENTRE EL PERCENTIL -2 a -3	4	22%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 12

RELACIÓN TALLA/EDAD DEL NIÑO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE.



Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

Análisis e Interpretación: El 56% que corresponde a 10 niños se encuentran en un rango normal de 0 a -2 en la relación talla/edad, el 22% que corresponde a 4 niños está en un rango normal de 0 a 2, mientras que 4 niños que corresponden al 22% se encuentran en el percentil de -2 a -3 talla baja para su edad.

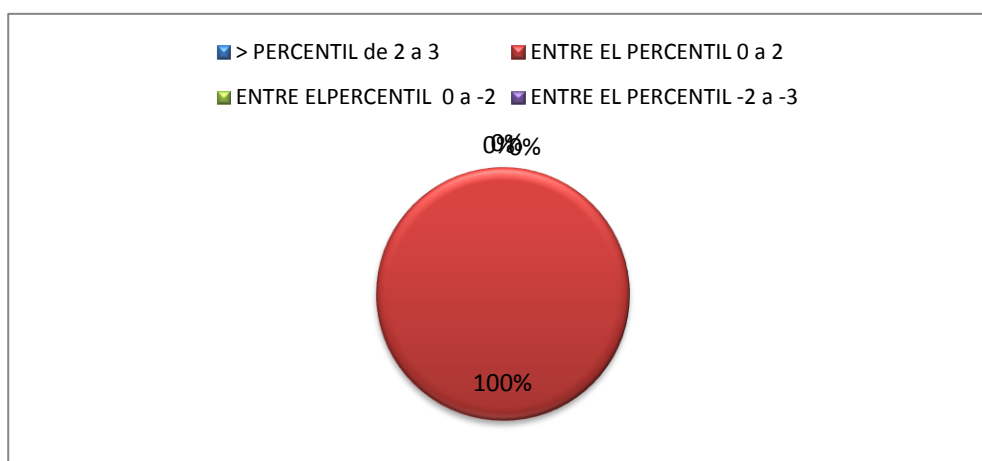
Este indicador permite darse cuenta que la mayor parte de niños hijos de madres adolescentes no presentan alteraciones según los percentiles de 2 a -2 considerado normal de acuerdo a la hoja de desviaciones estándar que se valoran en el MSP.

TABLA N° 13
RELACIÓN PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD DEL HIJO DE MADRE
ADOLESCENTE

PERIMETRO CEFALICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
> PERCENTIL de 2 a 3	0	0 %
ENTRE EL PERCENTIL 0 a 2	18	100%
ENTRE ELPERCENTIL 0 a -2	0	0%
ENTRE EL PERCENTIL -2 a -3	0	0%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 13
RELACIÓN PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD DEL HIJO DE MADRE
ADOLESCENTE



Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

Análisis e Interpretación: De 18 hijos de madres adolescentes que son el 100%. No presento anomalías en la relación perímetro cefálico/edad. Llegando a la determinación que el ser hijo de madre adolescente no alteró el desarrollo normal del perímetro cefálico, en cada medición realizada se encontraron en un rango normal en el percentil de 0 a 2.

Pudiendo deducir que no hay alteraciones en el perímetro cefálico de los niños.

TABLA N° 14
ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA EXCLUSIVA DEL HIJO DE
MADRE ADOLESCENTE.

DURACION DE LA LACTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE LOS 6 MESES	3	17%
HASTA LOS 6 MESES	10	55%
DE 6 MESES EN ADELANTE	5	28%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 14
ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA EXCLUSIVA DEL HIJO DE
MADRE ADOLESCENTE



Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

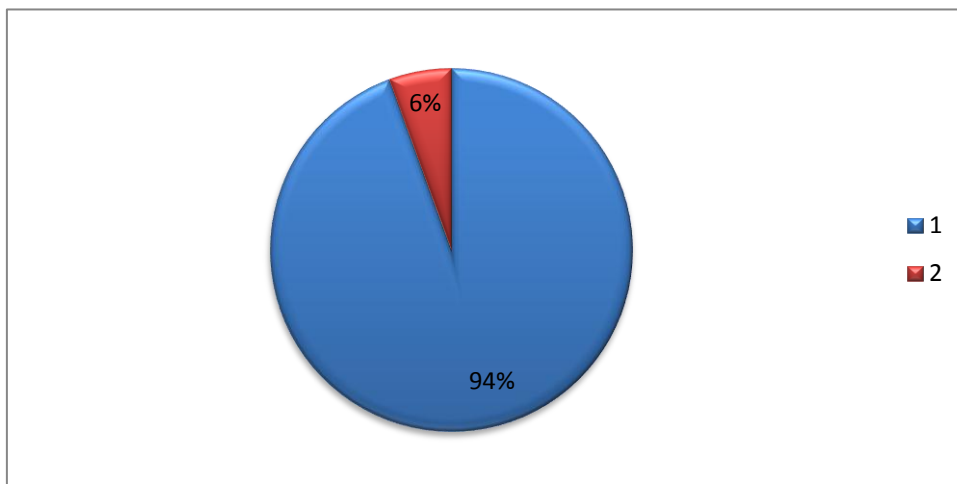
Análisis e Interpretación: El 55% que son 10 niños fueron alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses, por este motivo se debe a la falta de tiempo disponible y la actividad que las madres ejercen cotidianamente. el 28% son 5 niños fueron alimentados con leche materna hasta mas de los 6 meses, 17% que corresponde a 3 niños solo se alimentó con leche materna hasta menos de los 6 meses, por no estar bajo la responsabilidad de la madre.

TABLA N° 15
ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO HIJO DE MADRE
ADOLESCENTE.

ESQUEMA DE VACUNACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ACORDE A LA EDAD	17	94%
RETRASADO PARA LA EDAD	1	6%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 15
ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL NIÑO HIJO DE MADRE
ADOLESCENTE.



Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

Análisis e Interpretación: El 94% que corresponde a 17 niños tiene el esquema de vacunación acorde a la edad, mientras que el 6% que representan 1 niño tiene el esquema de vacunación incompleto para su edad.

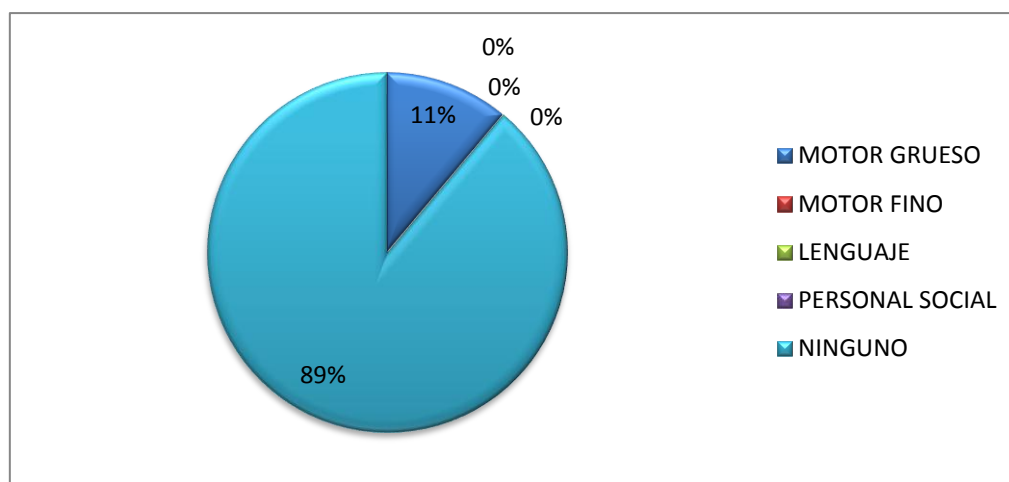
Deduciendo que la mayoría de niños cumplen el esquema de vacunación, con la finalidad prevenir enfermedades con el cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones del MSP.

TABLA N° 16
NIÑOS CON VALORACIÓN DE TEST DE DENVER EN LAS HISTORIA
CLÍNICA.

ALTERACIONES DEL DESARROLLO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MOTOR GRUESO	2	11%
MOTOR FINO	0	0%
LENGUAJE	0	0%
PERSONAL SOCIAL	0	0%
NINGUNO	16	89%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 16
NIÑOS CON VALORACIÓN DE TEST DE DENVER EN LAS HISTORIA
CLÍNICA.



Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

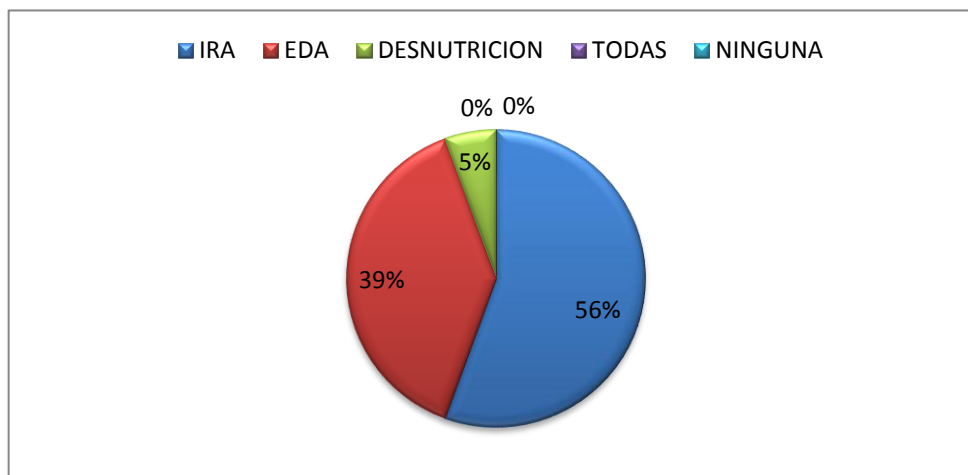
Análisis e Interpretación: El 89% que corresponde a 16 niños no registran alteración según la historia clínica, el 11% corresponde a 2 niños tienen alteración dentro del parámetro del motor grueso que comprende actividades como el gateo subir y bajar gradas, etc. Se puede evidenciar que las Historias Clínicas no se valoran adecuadamente el formulario del test de Denver en cada uno de los controles subsecuentes.

TABLA N° 17
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN LOS NIÑOS
HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES.

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IRA	10	56%
EDA	7	39%
DESNUTRICION	1	5%
TODAS	0	0%
NINGUNA	0	0%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

GRÁFICO N° 17
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA EN LOS NIÑOS
HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES.



Fuente: Historia Clínica del niño hijo de Madre Adolescente del Centro de Salud del Cantón Quero.
Elaborado por: Marco Andrade

Análisis e Interpretación: El 61% que son 11 niños registran Infección Respiratoria Aguda con mayor frecuencia, mientras el 39% corresponde a 7 niños tuvieron Enfermedad Diarreica Aguda con más frecuencia, el 5% corresponde 1 niño presentó desnutrición.

interpretando que los niños de madres adolescentes no tuvieron alteraciones graves que conlleven a hospitalización, solamente a tratamientos ambulatorios.

4.3. Verificación de Hipótesis

"Ser madre adolescente incide con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en el Centro de Salud del Cantón Quero pertenecientes al Área de Salud No 7

La hipótesis² se acepta porque χ^2 calculado es menor al χ^2 de tablas, es decir no hay diferencia significativa entre las variables con respecto a la campana de Gauss, está dentro del área de aceptación de acuerdo al χ^2

Variables	0 a 2	0	- 2 - 3	PRIMA RIA	SECUND ARIA	NO	SI	TOTAL	frecuencia observada	frecuencia esperada
PESO – EDAD	4	10	4					18	0,33	1,38
TALLA – EDAD	6	11	1					18	0,5	0,8
NIVEL EDUCACIO NAL DE LAS MADRES				9	9			18	0,75	3,11
USO DE MÉTODOS ANTICONC EPTIVOS						11	7	18	2,75	34,2
TOTAL								18	1,44	13,18

Cuadro N° 19

Elaborado por: Marco Andrade

La Hipótesis planteada en el trabajo investigativo se ha convertido en una hipótesis estadística debido a que los datos obtenidos han permitido comprobar lo planteado en las 2 variables ya que se encuentra un niño con alteraciones en el peso y talla para su edad por lo que se acepta la hipótesis $\chi^2:0,8466472$,

XCRÍTICO: 0,86466472

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se comprobó que existe un inicio precoz de las relaciones sexuales en las Adolescentes que va de entre los 14 a 16 años, mismo que corresponde al 83%.
- el 50% de las Madres Adolescentes son de instrucción primaria y por la misma razón no realizan planificación familiar por desconocimiento.
- Se concluye que la mayor parte de embarazos de Madres Adolescentes terminaron en parto normal, que corresponde al 94 % .
- Se demostró que el 28% de niños fueron alimentados con leche materna hasta mas de los 6 meses, 17% de niños solo se alimentó con leche Materna hasta los 3 meses de edad.
- Se determinó que existen un 11% que son 2 niños con alteraciones en el desarrollo de l Motor Grueso que comprende actividades como el gateo, subir y bajar gradas.

5.2. Recomendaciones

- Impartir charlas educativas en los colegios a las adolescentes de 14 a 16 años, para evitar embarazos precoces.
- El personal de salud debe cumplir con el programa de capacitación continua a las madres adolescentes acerca de la Planificación Familiar
- El Centro de Salud del Cantón Quero debe tener el personal y equipo necesario para atender el parto normal en Adolescentes
- Se elaborará un tríptico sobre Lactancia Materna para difundir entre las madres adolescentes y concientizar en la exclusividad de la misma hasta los 6 meses de edad; y de acuerdo a la edad del niño brindarle una alimentación complementaria para su crecimiento y desarrollo.
- Cabe recomendar que el personal salud haga hincapié en control del desarrollo de los hijos de madres adolescentes mediante la correcto llenado de los formularios que contiene la historia clínica en especial el test de Denver, para de esta manera lograr una detección oportuna y tratamiento de las alteraciones que se podrían presentar.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

6.1.1. Título

Plan de intervención educativa para las madres adolescentes sobre métodos anticonceptivos, Fomentar el cumplimiento de la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.

Institución Ejecutora

Universidad Técnica de Ambato

6.1.2. Beneficiarios

Madres adolescentes y sus hijos de 0 a 2 años 6 meses de edad del Centro de Salud del Cantón Quero.

6.1.3. Ubicación

Centro de Salud del Cantón Quero.

6.1.4. Tiempo estimado para la ejecución

Fecha de inicio: Octubre 2012

Fecha de finalización: Diciembre 2012

6.1.5. Equipo técnico responsable

Marco Vinicio Andrade Llumipanta
Personal de Salud del Centro de Salud

6.1.6. Costo

Materiales	Costos
Material de Escritorio y bibliográfico	\$ 180
Transporte	\$ 100
Material Didáctico	\$ 350
Refrigerio	\$ 150
Total	\$780.00

Cuadro N° 19. Costos
Elaborado por: Marco Andrade

6.2. Antecedentes de la Propuesta

De acuerdo al tema de investigación “**MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL CENTRO DE SALUD DEL CANTÓN QUERO DEL ÁREA DE SALUD N° 7 DE LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 JUNIO AL 23 NOVIEMBRE DEL AÑO 2012**” no existen capacitación en colegios ni escuelas siendo la planificación familiar una falencia dentro de la educación a las madres adolescentes puesto que un gran número de ellas no conoce y no la aplica.

Se puede identificar que los niños hijos de madres adolescentes de acuerdo a las valoraciones se encuentran en parámetros normales tanto en peso y talla siendo solo un niño que se identificó alteraciones en las medidas antropométricas

Otro factor que nos ayuda en la valoración son los controles prenatales ya que el 39% que corresponde a 7 madres se realizaron de 1 a 3 controles, el 44% perteneciente a 8 madres se realizaron de 4 a 6 controles, el 6% que corresponde a 1 madre tiene de 7 a 9 controles y el 11% que corresponde a 2 se realizaron más

de 9 controles prenatales lo que indica que no se tiene un control óptimo de la gestación.

El factor edad tiene mucho que ver dentro del periodo de gestación en el desarrollo normal ya que la estructura física y fisiológicamente no está suficientemente madura como para sobrellevar un embarazo normal.

Pudiendo ser un factor determinante dentro del crecimiento y desarrollo la nutrición tanto de la madre durante el embarazo como durante la lactancia ya que pueden aparecer desordenes nutricionales como el Marasmo y el Kwashiorkor afectando así el desarrollo normal de los niños ya que la finalidad de esta propuesta es promover una buena nutrición durante la gestación y periodo de lactancia así evitar la aparición de alteraciones o detectarlas y darles oportuno tratamiento.

6.3. JUSTIFICACIÓN

Ya que el nivel Educativo de las Madres Adolescentes juega un papel relevante tanto en el conocimiento sobre la maternidad los riesgo que tiene ser madre adolescente que complicaciones podría tener su embarazo, todo esto influye en el tipo de actitud que vaya a tomar en su maternidad y el cuidado que prestara a su hijo, ya que un nivel educativo bajo puede desencadenar descuido por parte de la madre en el cumplimiento de los controles médicos del niño en general.

Esta es la razón por la cual es importante una buena capacitación del personal sanitario a las madres adolescentes sobre temas de importancia como es promover la lactancia materna exclusiva y el inicio de la alimentación complementaria para de esa manera evitar alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño.

6.4. OBJETIVOS

6.4.1. Objetivo General

- ❖ Coordinar el proceso de planificación el programa de capacitación continua a las madres adolescentes sobre la importancia del conocimiento

de planificación familiar y el cuidado del niño en proceso de crecimiento y desarrollo.

6.4.2. Objetivos Específicos

- ❖ Planificar el programa de capacitación continua sobre concepción y anticoncepción
- ❖ Educar a las madres sobre lactancia materna y alimentación complementaria
- ❖ Concienciar sobre la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
- ❖ Impulsar el consumo de alimentos óptimos para la nutrición del niño de acuerdo a su edad.
- ❖ Evaluar los conocimientos adquiridos por las madres y valorar posteriormente a los niños con alteraciones en su crecimiento.

6.5. Análisis de Factibilidad

Tiene carácter social porque se realizó un trabajo de investigación con las personas de estudio, teniendo contacto con las mismas y logrando con esto conocer el entorno de cada una de ellas.

Organizacional ya que se ha trabajado de manera conjunta con el personal del Centro de Salud ya que por medio de ellos pudimos llegar a las madres adolescentes, sus hijos y sus historias clínicas, además de brindarnos la apertura necesaria para llevar a cabo la presente investigación.

6.6. Fundamentación Científico-Técnico

ASESORIA EN METODOS ANTICONCEPTIVOS



4 ACCIONES BASICAS

- Crear un ambiente de confianza con la paciente
- Garantizar absoluta confidencialidad
- Tratar a la usuaria (y su pareja) en forma individualizada
- Interactuar con las personas para que determinen con libertad la situación, requerimiento y preocupaciones sobre su necesidad de anticoncepción.

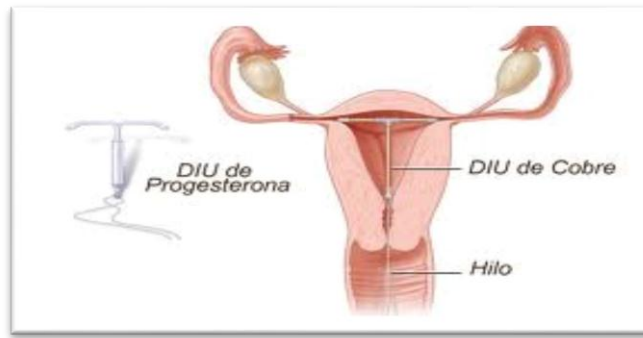
La usuaria es quien debe realizar una elección basada en la información veraz y objetiva que se le brinde.

La decisión debe ser libre y voluntaria sin ser sometida a presión de ningún tipo. La asesoría en usuarios adolescentes y jóvenes NO requiere que sus padres o tutores otorguen el consentimiento para recibir la información sobre métodos anticonceptivos.

REDCUERDE QUE

- Explicar en su totalidad el uso del método anticonceptivo elegido por el usuario.
- Resolver inquietudes si existieran.
- Comprobar si la usuaria/o comprendió todas las indicaciones.

METODOS TEMPORALES INTRAUTERINOS



Dispositivo intrauterino de cobre (DIU): dispositivo pequeño de plástico flexible con brazos horizontales y alambre de cobre; se lo inserta por vía vaginal.

- Funciona básicamente impidiendo que los espermatozoides y el ovulo se encuentren.
- Pueden utilizarlo todas las mujeres incluidas las que nunca han estado embarazadas.
- Es efectivo hasta por 10 años, no interfiere con las relaciones sexuales.
- Se puede colocar idealmente durante los días de sangrado, no produce infertilidad en la mujer.
- Reduce el riesgo de un embarazo ectópico y puede aumentar el dolor y el sangrado menstrual.

Dispositivo intrauterino liberador de levonogestrel (DIU- LNG)

Es un dispositivo de plástico en forma de T que libera constantemente pequeñas cantidades de levonogestrel cada día (levonogestrel es una progestina ampliamente utilizada en implantes y anticonceptivos orales).se lo coloca en el útero de la mujer por vía vaginal.

- Evita el encuentro entre el ovulo y el espermatozoide, espesa el moco cervical lo que dificulta el paso del espermatozoide.
- Puede colocarse dentro de los 7 días posteriores al inicio de la menstruación o en cualquier momento si existe la certeza de que no está embarazada.
- Los cambios en el sangrado son frecuentes por lo general el sangrado es leve y de menos días de duración como puede ser infrecuente o irregular.

METODOS TEMPORALES HORMONALES

Anticonceptivos hormonales combinados

Método anticonceptivo que consiste en la toma de una tableta diaria que contiene dos hormonas, un progestágeno y un estrógeno que son hormonas similares a las que produce el cuerpo.

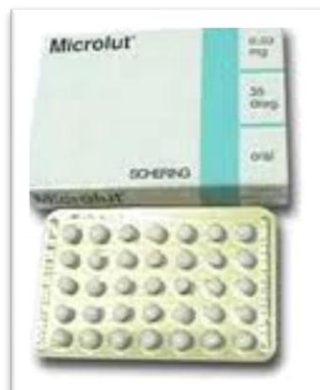


- Las usuarias pueden iniciar la toma del anticonceptivo oral combinado dentro de los 5 días de haber iniciado la menstruación, idealmente el primer día.
- Evita la ovulación y espesa el moco cervical.
- Lo pueden usar todas las mujeres en edad reproductiva que deseen prevenir un embarazo. Se toma una tableta diaria, 21 o 28 días dependiendo la presentación, de preferencia tomar a la misma hora todos los días.
- Si cumple todas las recomendaciones su efectividad es del 99.7%, permitiendo a la mujer quedarse embarazada una vez que dejó de tomar el anticonceptivo.

Anticonceptivos orales de progesterona

Son píldoras que contienen dosis muy bajas de una progestina igual a la progesterona natural presente en la mujer.

- No contiene estrógeno y por tanto se debe utilizarlo durante la lactancia; son aptas para mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógenos.
- Se debe tomar todos los días, no hay descanso entre un blíster y otro.



Anticoncepción oral de emergencia (AOE)

Puede ser utilizado por mujeres de todas las edades, su efectividad depende de una rápida toma, la cual debe ser realizada dentro de las 72 horas (3 días) siguientes después de una relación sexual sin protección anticonceptiva con el fin de prevenir un embarazo no deseado.



- No son abortivas.
- Si se produce el embarazo, NO afecta la implantación del embrión.
- No tiene efectos sobre el embarazo ya existente, no provoca infertilidad en la mujer.
- Es un método que evita el embarazo en caso de que la mujer haya sido víctima de violación sexual.
- Debe usarse exclusivamente como método de emergencia y no como una forma regular de anticoncepción

Anticonceptivos inyectables

Los inyectables mensuales contienen 2 hormonas (una progestina y un estrógeno) iguales a las hormonas naturales que produce el cuerpo de la mujer. Funcionan evitando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Los inyectables trimestrales contienen una progestina igual a la hormona natural progesterona. No contiene estrógeno por lo que puede ser utilizado por las mujeres que están dando de lactar.



- La usuaria puede iniciar la aplicación del anticonceptivo inyectable idealmente en el primer día de la menstruación, sin embargo se la puede aplicar en los primeros 7 días.
- Las inyecciones subsecuentes deben ser colocadas el mismo día del mes de la inyección inicial con más o menos 3 días de diferencia
- Favorece la privacidad nadie se entera si la mujer está usando anticoncepción.
- Disminuye el sangrado menstrual (especialmente en mujeres con anemia).
- No produce infertilidad en la mujer.

Implantes subdérmicos

Los implantes son pequeños cilindros o capsulas flexibles que se colocan justo debajo de la piel de la parte superior del brazo.

Su colocación se la puede hacer en cualquier momento que la mujer lo requiera, siempre y cuando el embarazo sea razonablemente descartado.



- Tiene eficacia de 2 a 5 años de acuerdo al tipo de implante.
- Espesa el moco cervical lo cual bloquea el paso de los espermatozoides y suprime la ovulación.
- La inserción y extracción debe ser realizada por un profesional capacitado.
- Deja de funcionar una vez retirado del cuerpo, las hormonas no permanecen en el cuerpo.
 - Pueden interrumpir la menstruación, pero esto no hace mal. Es similar a no tener la menstruación durante el embarazo, no se acumula sangre en el interior de la mujer.

- No produce infertilidad en la mujer, no se mueve a otras partes del cuerpo.

METODOS DE BARRERA

Preservativo masculino y femenino

Es el único método que protege de un embarazo no deseado y de las Infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH (SIDA)



- Verificar que el paquete este bien cerrado
- Usar el preservativo masculino y femenino desde el principio de la relación sexual
- Luego de la eyaculación retirar el preservativo con el pene aun erecto evitando que se riegue el líquido seminal.
- El condón debe utilizarse con lubricante a base de agua para evitar que se dañe el material del preservativo.
- El 2% se rompe o se sale se debe principalmente porque se lo utiliza de una forma incorrecta.

Consejería en alimentación complementaria y lactancia materna

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

La detección precoz de los trastornos en el crecimiento de los niños o en aquellos que tienen riesgo de padecerlos tiene por objeto dar respuesta lo más pronto

posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan estos niños y disminuir su impacto en la salud del niño.

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

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

6.6.1. Lactancia Materna

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

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

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

6.6.1.1. Tipos de leche materna

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

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

6.6.2. Alimentación Complementaria

Inicia a partir de los 6 meses de edad, es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. Estos alimentos se los debe iniciar de forma gradual y de acuerdo a la edad del niño, sin dejar a un lado la leche materna.

Introducción de Alimentos

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

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

como: patata cocida, arroz o cereales sin gluten diluidos con un poco de leche materna o con agua, una o dos veces al día y siempre después del pecho.

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

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

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

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

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

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

Recomendaciones al iniciar la alimentación complementaria

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

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

Consejos al momento de preparar los alimentos

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

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

Inconvenientes de la introducción prematura de la alimentación complementaria

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

6.7. Plan Operativo

FASES	ETAPAS	OBJETIVOS	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS Y TIEMPO	PRESUPUESTO	RESPONSABLE
Planificación	1. Recolección de información acerca de lactancia materna y alimentación complementaria	Recolectar información concisa y clara para ser impartida a las madres	Lograr que la información obtenida sea de fácil comprensión y asimilación para los asistentes	<ul style="list-style-type: none"> Utilización de libros e internet como medio de información Estudio del tema. 	Recursos humanos: 18 madres adolescentes Recursos materiales: libros e internet. Tiempo: 1 semana por mes	Internet \$50 Impresiones \$30 Tinta \$30 Copias \$25 Material de escritorio \$80	Marco Andrade
	2. Elaboración de material didáctico	Elaborar material visual llamativo y claro para la exposición	Lograr que el material realizado ayude a una óptima comprensión del tema.	<ul style="list-style-type: none"> Sintetizar la información que se colocará en cada material. 	Recursos humanos: madres adolescentes Recursos materiales: Material bibliográfico, marcadores, cartulinas, hojas, impresiones. Tiempo: 1 semana por mes	Proyector \$100 Refrigerio \$100 Materiales de Aseo \$30 Transporte \$100	
	3. Adecuación de un lugar y fijación de un horario	Hallar un lugar de fácil acceso y establecer un horario de	Obtener un lugar cómodo y de fácil acceso, además	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud del permiso. Limpieza del lugar. 	Recursos humanos: 18 madres		

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

<p>2. Charla educativa.</p>	<p>Educar y concientizar a las madres sobre lactancia materna y alimentación complementaria y su influencia en el crecimiento y desarrollo del niño</p>	<p>Lograr la comprensión y concientización acerca de los temas expuestos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Impartir la charla con la ayuda de carteles demostrativos y diapositivas • Analizar los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna - Alimentación complementaria de acuerdo a la edad - Ventajas • Entrega de trípticos • Satisfacer dudas existentes sobre el tema 	<p>Recursos humanos: 18 madres adolescentes Recursos materiales: Carteles, diapositivas, trípticos, proyector, computadora Tiempo: 1 vez por mes</p>		
<p>3. Tiempo de Esparcimiento</p>	<p>Disminuir la tensión y cansancio de los participantes</p>	<p>Lograr una mejor asimilación de conocimientos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de bocaditos • Establecer la hora en la que se retomará la charla • Permitir la salida de los participantes 	<p>Recursos humanos: 18 madres adolescentes Recursos materiales: bocaditos Tiempo: 15 minutos intermedios de la charla educativa</p>		

Evaluación	1. Devolución de los temas impartidos.	Evaluar mediante preguntas la cantidad y calidad de conocimientos adquiridos durante la charla.	Recibir respuestas afines a las preguntas planteadas	<ul style="list-style-type: none"> Ronda de preguntas al público asistente. 	Recursos humanos: 18 madres adolescentes Recursos materiales: cuestionario Tiempo: Por 10 minutos, luego de culminada la charla		
	2. Valoración de medidas antropométricas de los niños hijos de madres adolescentes mensualmente	Determinar las medidas antropométricas que tienen los niños y su tendencia de crecimiento.	Lograr una alimentación óptima acorde a la edad y un crecimiento correcto.	<ul style="list-style-type: none"> Examinar si hubo un aumento en la tendencia de crecimiento de acuerdo a las tablas establecidas por el MSP en cuanto a peso y talla 	Recursos humanos: 18 madres adolescentes Recursos materiales: Historias clínicas, formatos en blanco de las tablas de medición de talla y peso del MSP Tiempo: 4 días a la semana		

Cuadro N° 24. Plan operativo de la propuesta
Elaborado por: marco Andrade

6.8. Administración de la Propuesta

La propuesta será administrada por la Universidad Técnica de Ambato y el estudiante del VI Seminario de graduación de la carrera de Enfermería en el Centro de Salud del Cantón Quero.

Para efectos de evaluación se tomará en cuenta las unidades de salud del área en estudio, se considerará el número de 18 personas, como recurso humano.

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

Grupo de beneficiarios	Fases	Tiempo	Duración por etapas		Total
18 madres adolescentes	Fase 1: Planificación	Del 4 al 22 de marzo	Recolección de información	En 1 semana, 2 horas diarias	30 horas. a 18 personas
			Elaboración de material comunicacional	En 1 semana, 2 horas diarias	
			Solicitud de permisos, Adecuación del lugar, y fijación del horario	En 1 semana, 2 horas diarias	
18 madres adolescentes	Fase 2: Ejecución	25 de marzo	Integración de los asistentes	15 minutos	2 horas 30 minutos a 18 personas
			Charla educativa	2 horas	
			Tiempo de esparcimiento	15 minutos	
24 madres adolescentes	Fase 3: Evaluación	Del 25 al 29 de marzo	Devolución de los temas impartidos	10 minutos	4 horas 10 minutos a 18 personas
			Valoración de las medidas antropométricas	En 4 días. 1 hora diaria	
TOTAL	3 fases	Del 4 al 29 de marzo	8 etapas	4 semanas	36h40 min a 18 personas

Cuadro N° 25. Administración de la propuesta
Elaborado por: Marco Andrade

6.9. Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

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

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

Técnicas para la evaluación

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Chimbolema Curay Sandra Elizabeth: “Incidencia en la deserción escolar por los embarazos prematuros de las alumnas del ciclo diversificado del Colegio Técnico Agroindustrial “Pedro Fermín Cevallos”, del cantón Cevallos. Año lectivo 2008-2009”
- Community Interventions to Promote Healthy Social Environments: Early Childhood Development and Family Housing A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. MMWR Morb Mortal WklyRep 2002 Feb. 51(RR-1)
- De Elorza Martínez Gustavo. Manual de Enfermería Zamora. Edición 1ra. Editorial Zamora Editores. 2006
- Hijano Francisco, Evaluación del Desarrollo Psicomotor, 2008, Pág. 4, 5, 6, 7.
- Hacia una sexualidad responsable y feliz. Para maestros de secundaria básica. Partes I y II, Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 2003 y 2004.
- INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Población y vivienda. Censos 2010
- Lm Editores Ltda., Manual práctico de enfermería, “Enfermería materno infantil”, editorial LND, edición 2010
- MSP, Manual de Normas Técnico Administrativas, Métodos y Procedimientos de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliada de Inmunizaciones, Ecuador, 2005.
- Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2000? EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay. Factores Que Predisponen El Embarazo En Adolescentes. (2011, March 21).

- Organización Mundial de la Salud: Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Organización Mundial de la Salud. 2002.

LINKOGRAFÍA

- 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
- Nutrición y lactancia materna. Disponible en: www.who.int/topics/nutrition/es/.
www.who.int/topics/breastfeeding/es/
- Hoy2010 <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-suben-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html>
- La Hora 2012 http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101048417/-1/La_prevencci3n_y_el_control_en_la_adolescencia.html#.UBAmkKA5DIU.
- Diario EL COMERCIO 2010 en la siguiente direcci3n:
<http://www.elcomercio.com/negocios/nivel-socioeconomico-solo-define-ingreso>.
- www.bvs.ins.gob.pe/.../modulo_medidas_antropometricas
- APE 2010 <http://www.intermedicina.com/Avances/Pediatria/APE33.htm>
- Lina Rubio, Carolina Zori | t3tulo = La psicomotricidad en la escuela | a3o= 2008 | editorial Dossat 2000 | id= ISBN 978-84-96437-43-2
- Tellerias L, Molina H: Desarrollo infantil temprano. Un desaf3o. Rev Chil Pediatr3a 2008; 79: 9-10.
- PAI <http://www.vacunasecuador.com/esquema.pdf>
- Hospital Macas http://www.hospitalmacas.gob.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=60:desnutrici3n-infantil:educaci3n&Itemid.
- MSP 2008 <http://www.zonadiet.com/alimentacion/ablactacionreglasbasicas.htm>

- MSP 2009 <http://www.msp.gob.ec> manual de normas técnicas y procedimientos del sistema integrado de vigilancia alimentaria nutricional

CITAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA BASE DE DATOS DE LA UTA

- **E-LIBRO:** TRAVIESO, Eulalia. “Folleto de Orientaciones a las Familias de los niños con indicadores de un posible retraso mental”. [en línea] Ed. Universitario. La Habana, 2009, [fecha de consulta: Enero 2013]. Disponible en: <<http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10156656&p00=alteraciones%20crecimiento%20desarrollo%20del%20ni%C3%B1o%200%203%20a%C3%B1os%20edad>>.
- **EBRARY:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del Niño pequeño.” [en línea], Nueva York - USA, 2003, [fecha de consulta: Enero 2013]. Disponible en: <<http://site.ebrary.com/lib/uta/docDetail.action?docID=10062374&p00=crecimiento%20y%20desarrollo%20del%20ni%C3%B1o>>.
- **SCIELO:** ROSSATO, Norma. Lactancia materna e inmunidad: Nuevos aspectos. *Arch. argent. pediatr.* [online]. 2008, vol.106. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752008000500001&lng=es&nrm=iso.
- **SCIELO:** LOPEZ, Diana y BENJUMEA, María. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia-AIEPI, para ferropenia en niños. *Rev. salud pública* [online]. 2011, vol.13. Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- **SCIELO:** BARRIUSO, L. MIGUEL, M. y SANCHEZ, M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2007, vol.30,

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000500007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.

- **SCIELO:** GATICA, Cristina I. y MENDEZ DE FEU, María. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. *Arch. argent. pediatr.* [online]. 2009, vol.107. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000600005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1668-3501.
- **SPRINGER:** WORLD HEALTH ORGANIZATION STAFF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Editorial Organización Mundial de la Salud. 2003. Disponible en: www.springer.org/estrategiamundialparalaalimentacióndellactante.



ANEXO 1
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
SEMINARIO DE GRADUACIÓN

FICHAS DE DATOS PARA LAS HISTORIAS CLINICAS DELAS MADRES
ADOLESCENTES

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

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



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

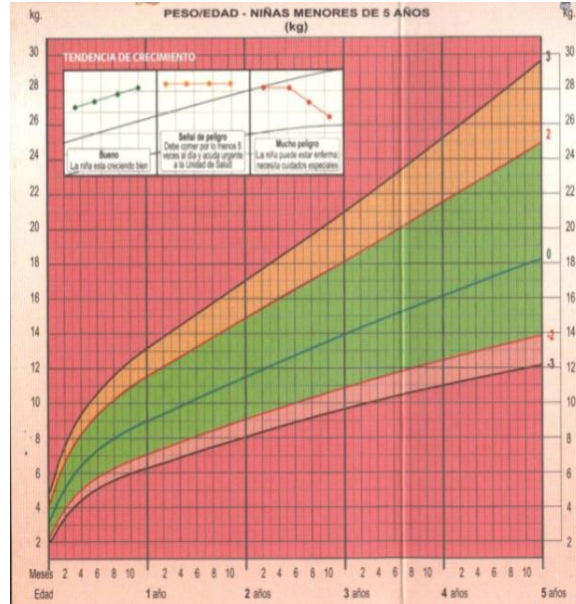
FICHAS DE DATOS PARA LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS NIÑOS
HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES

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

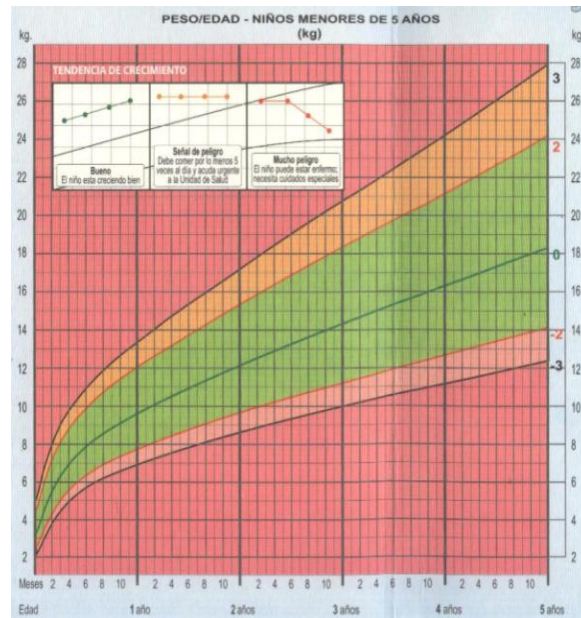
Nº de Historia Clínica:	Edad:	Ficha Nº:
Nº de Controles:	Intervalos de los controles:	
Evaluación del Desarrollo		
Denver () Aldrich y Norvan () Barrera-Moncada () Ninguno ()		
Relación Edad/Desarrollo:		
Apgar al nacer:		
Evaluación de Crecimiento		
Relación Edad/Peso:		
Relación Edad/Talla:		
Perímetro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

ANEXO III

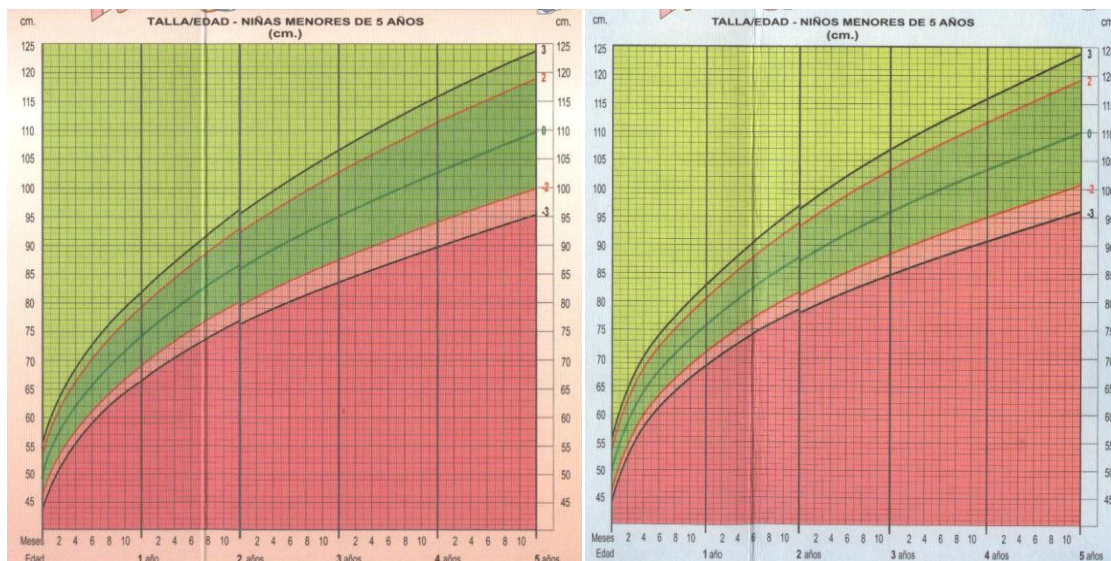
Gráfica de valoración del Ministerio de Salud Pública en la relación Peso/Edad de niños y niñas menores de 5 años



ANEXO IV

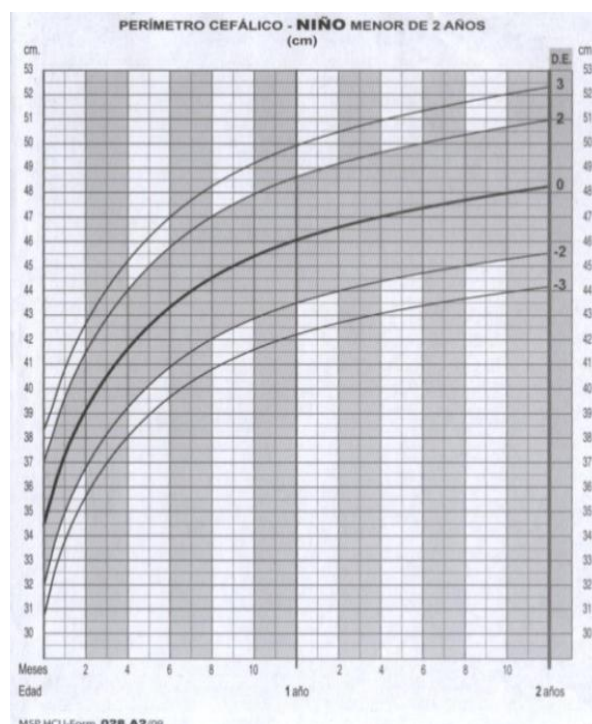
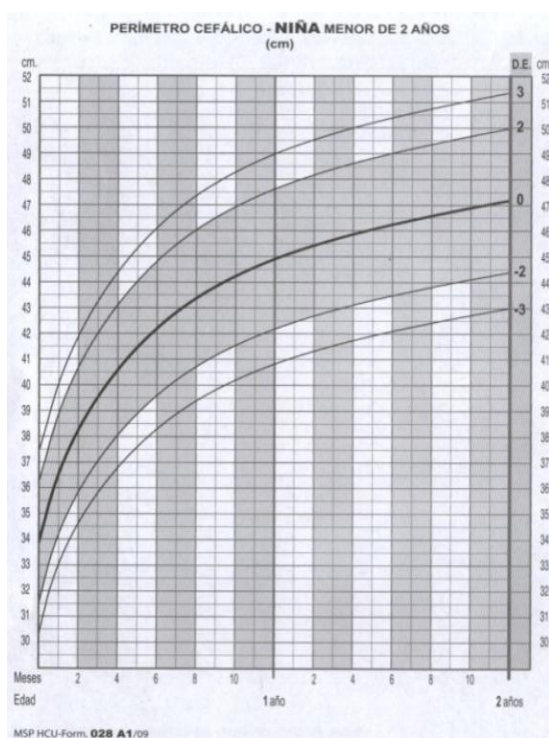


Gráfica de valoración del Ministerio de Salud Pública en la relación Talla/Edad de niños y niñas menores de 5 años



ANEXO V

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

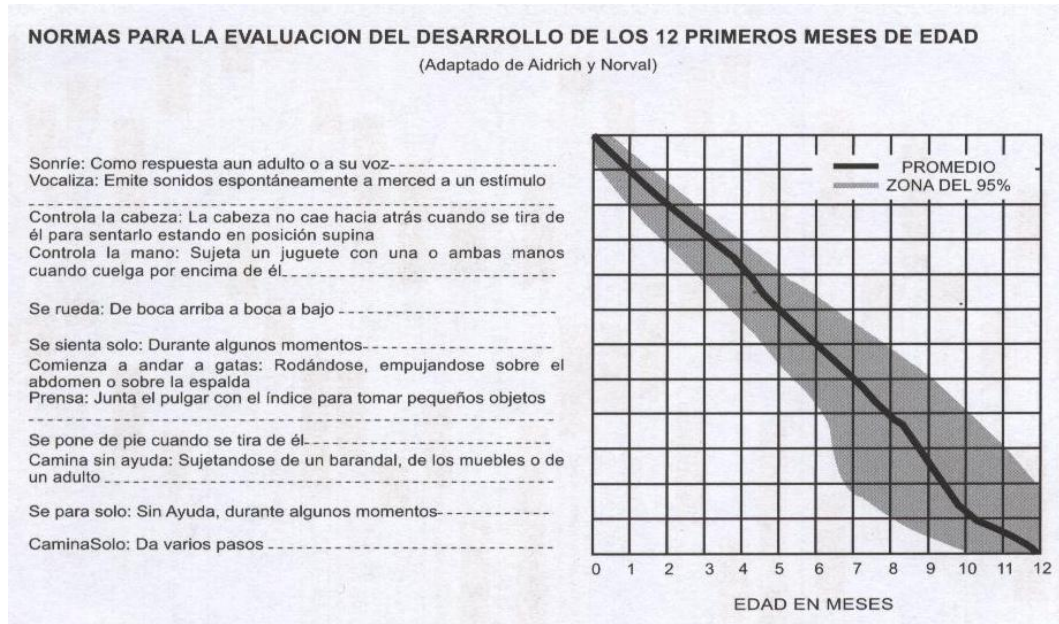


ANEXO VI
Esquema de inmunizaciones

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

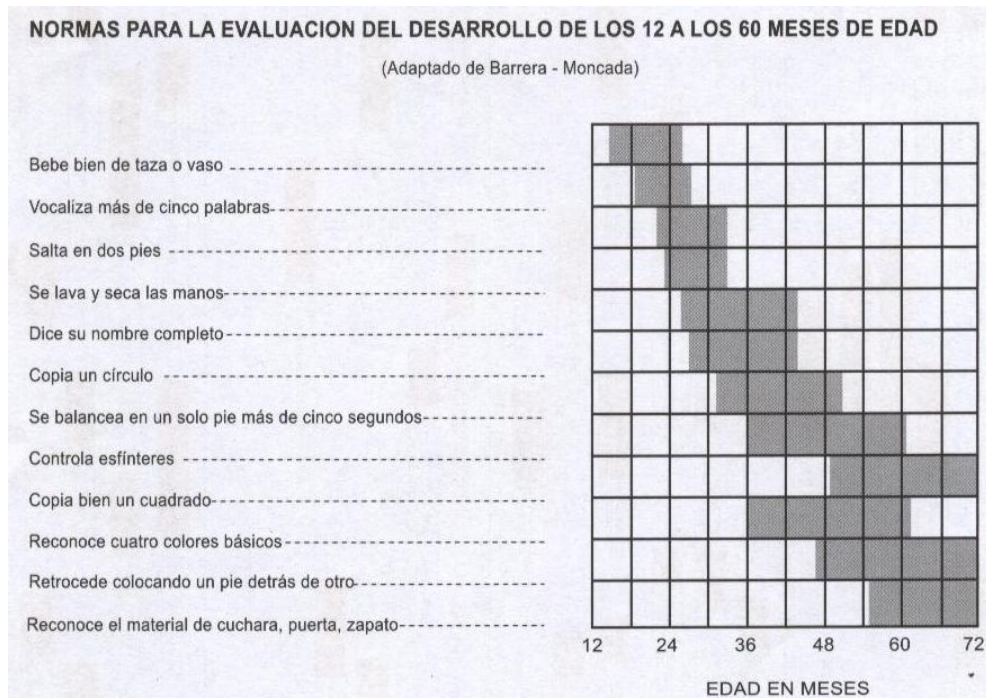
ANEXO VII

Test de Aldrich y Norval



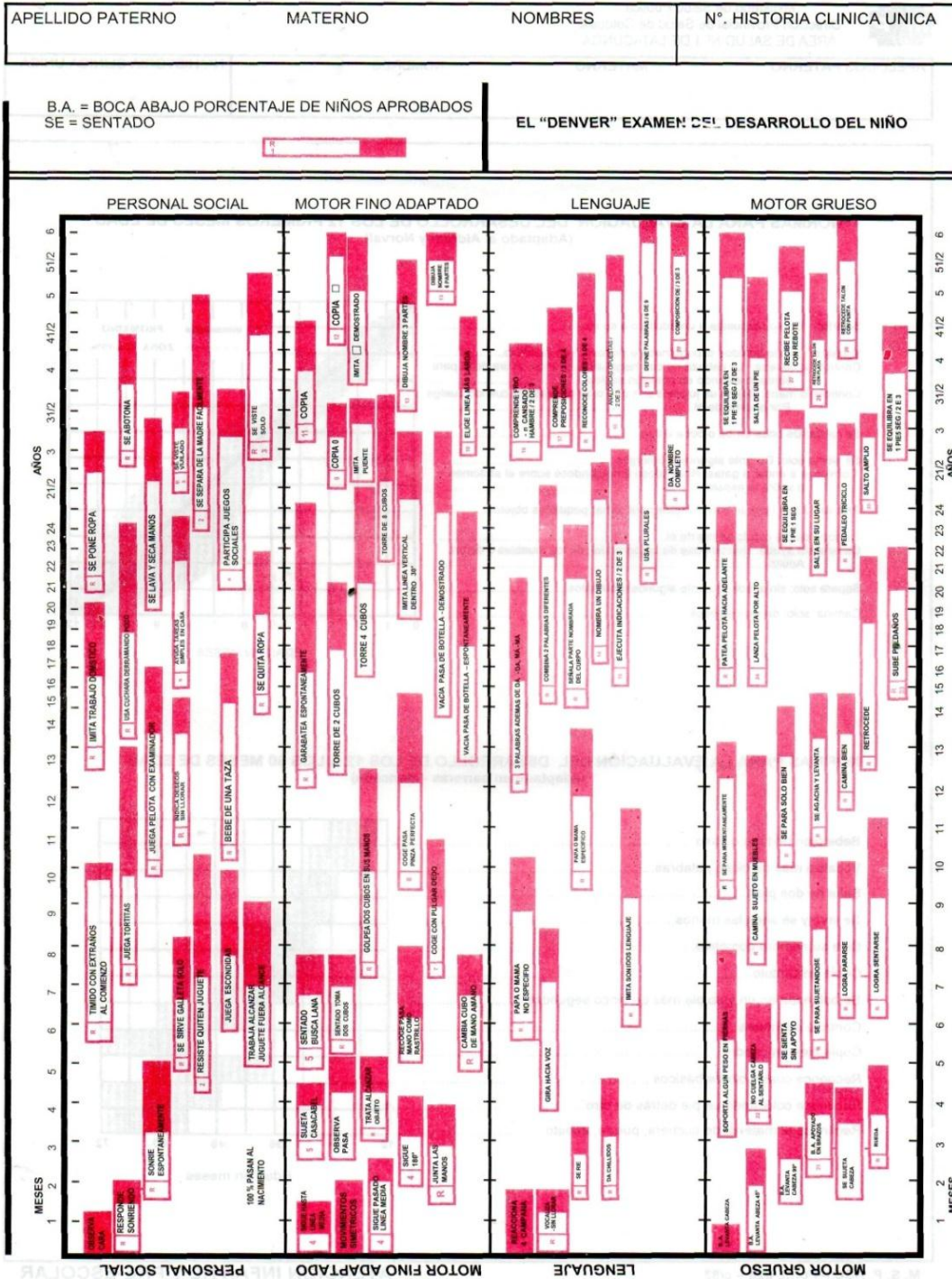
ANEXO VIII

Test de Barrera-Moncada



ANEXO XI

Test de Denver



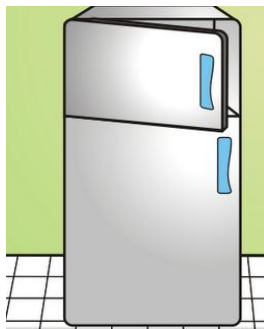
Como conservar la leche materna

- ✓ **A temperatura ambiente hasta 10 horas.**



- ✓ **En el refrigerador de 48 a 72 horas.**

- ✓ **En el congelador hasta 6 meses, en un recipiente plástico.**



Debemos recordar:



- ✓ **No utilices biberones reemplázalos con una cuchara.**

Lavar los senos antes y después de cada alimentación.

- ✓ **Alimenta a tu niño de los senos alternativamente.**



- ✓ **Bríndale cariño durante la lactancia**

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA.

TEMA:

Lactancia Materna



Equipo responsables:

- **Marco Andrade**
- **Equipo de salud.**

Año 2012

LACTANCIA MATERNA

Es la alimentación con leche del seno de la madre. Es el único alimento y el más importante durante los 6 primeros meses



Es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables

¿Cuáles son los tipos de leche materna?

- ✓ **Calostro.**-Presente durante los primeros días luego del parto es de color amarillo rica en nutrientes.
- **Leche de transición.**- Se produce ente el 4 y 15 día posparto.
- **Leche madura.**- Sus principales componentes son: proteínas, agua, lactosa, grasa, minerales y vitaminas.

Posición correcta para alimentar al bebe

Una buena posición es aquella en la que tanto la madre y el niño están cómodos.

- ✓ Espalda correcta
- ✓ Hombros cómodos y relajados
- ✓ Acercar al bebe a la madre y no lo contrario
- ✓ Colocar al bebe frente a la madre barriga con barriga



Alimentación Complementaria

Es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna



¿A qué edad se debe iniciar la alimentación complementaria?



Es importante iniciar la alimentación a los 6 meses porque a esta edad la función digestiva de la mayoría de lactantes

es casi totalmente madura.



Alimentos que debe ofrecer a los niños

✓ 6 a 7 meses

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



✓ 8 a 9 meses

Ofrecer
Hortalizas:



dos comidas al día
acelga, tomate sin piel.
Frutas: naranja,
mandarina.

Carnes y huevos: pescado y yema de huevo

Queso: blando y semiduro.

✓ 10 a 12 meses

Introducir el resto de hortalizas, Huevo entero



Desventajas del inicio precoz de la alimentación complementaria

Puede producir en los niños:

- ✓ Alergia alimentaria
- ✓ Sobrecarga de solutos
- ✓ Mayor riesgo de infecciones
- ✓ Mayor gusto por el azúcar y la sal.



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

- Lavarse las manos.



Alimentar al niño inmediatamente luego de la preparación.

- Utilizar utensilios limpios para la preparación y la alimentación.
- Evitar el uso de biberones para ofrecer los alimentos complementarios.
- Alimentar al niño con paciencia ya que comen despacio.
- Minimizar las distracciones al momento de la comida.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA.

Tema: Alimentación Complementaria



Equipo responsables:

- Marco Andrade
- Equipo de salud.

Año 2012

INTRODUCCIÓN

La Paternidad Responsable toma en cuenta las diferentes circunstancias por las que pasa la familia, abarca varios aspectos y la Planificación de la Familia es uno de los medios que nos conduce a vivir una auténtica Paternidad Responsable.

La Planificación de la Familia es un modo de vida diferente que enriquece a la pareja y valora la sexualidad poniéndola al servicio del amor, y fomenta la responsabilidad en común, llevando a la pareja hacia una madurez integral. El propósito principal de los métodos anticonceptivos es el de evitar el embarazo.

Existe una gran variedad de métodos, algunos son exclusivos para la mujer, otros exclusivos para el hombre. La efectividad de los métodos (a excepción de los quirúrgicos) depende mucho del correcto uso que la pareja les dé. Algunos métodos poseen una seguridad cercana al 100%, mientras que otros pueden fallar con mayor regularidad, causando un embarazo.

¿QUE ES LA PATERNIDAD RESPONSABLE?

Es la decisión de la pareja de engendrar una nueva vida como expresión de su amor, en un acto maravilloso, voluntario y racional, de recibir, mantener, educar y amar a su hijo.



¿QUE ES LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

La planificación familiar es la utilización de procedimiento naturales o artificiales, tanto temporales como definitivos para impedir la fecundación.



¿QUE ES UN METODO ANTICONCEPTIVO?

Los métodos anticonceptivos se emplean durante el contacto sexual para evitar un embarazo. Algunos métodos también pueden reducir el riesgo de transmitir o ser contagiado por una enfermedad de transmisión sexual (ETS).

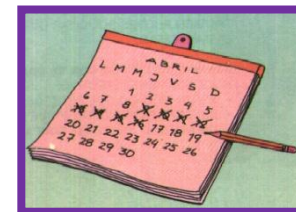


¿COMO SE CLASIFICAN LOS METODOS

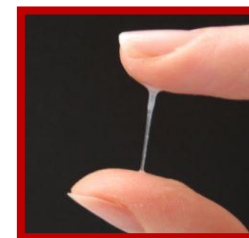
METODOS REVERSIBLES

NATURALES

- Método del ritmo



- Temperatura basal
- Moco cervical



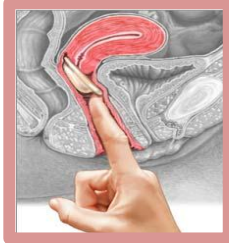
- Coito interrumpido

- Lactancia prolongada



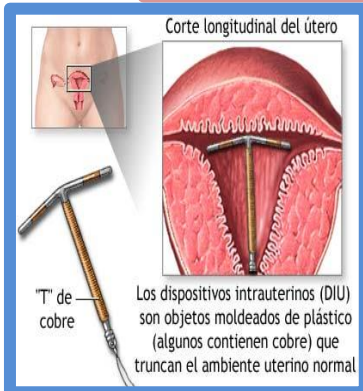
BARRERA

- Condón
- Diafragma
- Espermicidas



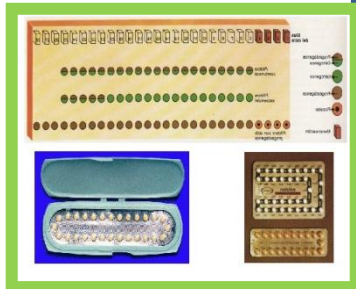
MECANICO

- Dispositivo intrauterino



HORMONALES

- Anticonceptivos Orales
- Anticonceptivos Inyectables
- Implantes subdérmicos de depósito.



METODOS IRREVERSIBLES

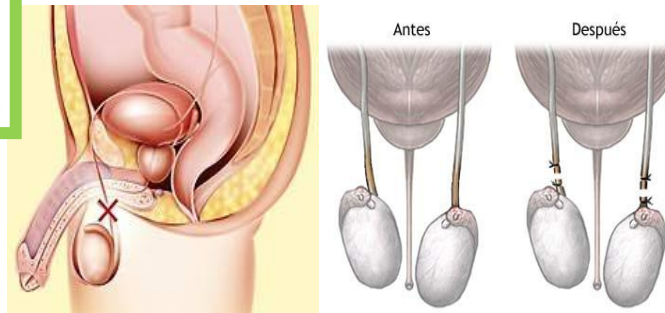
LIGADURA DE TROMPAS

Consiste en ligar y cortar las trompas uterinas. Lo cual impide que el óvulo sea fecundado.



VASECTOMIA

Consiste en cortar y ligar los conductos deferentes que es por donde circulan los espermatozoides para salir al exterior.



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



PLANIFICACIÓN FAMILIAR

AUTOR:

- Marco Andrade

DOCENTE:

Lcda. Narcisa Sisalema
2013

ANEXO XII

Cuadro referencial al peso, talla y perímetro cefálico del niño

NIÑOS	PESO MEDIO	TALLA	P. CRANEAL
Recien nacido	3,4 kg	50,3 cm	34,8 cm
3 meses	6,2 kg	60 cm	41,2 cm
6 meses	8 kg	67 cm	44 cm
9 meses	9,2 kg	72 cm	46 cm
12 meses	10,2 kg	76 cm	47,3 cm
15 meses	11,1 kg	79 cm	48 cm
18 meses	11,8 kg	82,5 cm	48,7 cm
2 años	12,9 kg	88 cm	49,6 cm
3 años	15,1 kg	96,5 cm	—