



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

VI SEMINARIO DE GRADUACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD, EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE SALASACA DEL ÁREA DE SALUD Nº5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, DEL CANTÓN PELILEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Poaquiza Recalde, Sandra Jaqueline

Tutora: Lcda. Mg.Chasillacta Amores, Fabiola Beatriz

Ambato, Ecuador

2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD, EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE SALASACA DEL ÁREA DE SALUD Nº5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, DEL CANTÓN PELILEO, DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”de la por la Srta. Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado calificador designado por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Octubre del 2013.

LA TUTORA

.....

Lcda. Mg. Fabiola Chasillacta

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el informe de investigación **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD, EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE SALASACA DEL ÁREA DE SALUD N°5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, DEL CANTÓN PELILEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad, como autora del trabajo.

Ambato, Octubre del 2013

LA AUTORA

.....

Poquiza Recalde Sandra Jaqueline

DERECHOS DE AUTOR

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

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

Ambato, Octubre del 2013.

LA AUTORA

.....
Poaquiza Recalde Sandra Jaqueline

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros de Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema de: **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD, EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE SALASACA DEL ÁREA DE SALUD Nº 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**, de Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde, estudiante de la Carrera de Enfermería

Para constancia firman

Ambato, Octubre 2013

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Este proyecto de tesis está dedicado a Dios a la Virgen de Guadalupe, (Cisne), a mis padres y hermanos que están en el Cielo.

A Dios por regalarme la vida, salud, amor, por iluminar cada paso que doy, a mis padres y hermanos quienes son las almas que me dan fuerzas, fortalezas para seguir adelante, aunque muy lejos estén sus recuerdos siguen vivos, a mis hermanos presentes que siempre están conmigo en las buenas y en las malas y que con su paciencia han permitido que pueda culminar mi Carrera. A mi querido esposo e hija que me comprenden y me apoyan para terminar mis estudios y a todas las personas que me brindaron su apoyo.

Sandra Poaquiza

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por haberme regalado la vida, salud, sabiduría para alcanzar mi meta.

También agradezco, a mi Tutora, de tesis por la paciencia que me ha tenido y por compartir sus conocimientos y ser guía en el proceso de mi trabajo y así permitir culminar mi Carrera con conocimientos científicos, sólidos que beneficien no solo al subcentro de salud si no a la sociedad misma donde me desempeñare como profesional.

Sandra Poaquiza

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD, EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE SALASACA DEL ÁREA DE SALUD Nº5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, DEL CANTÓN PELILEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”.

Autora: Poaquiza Recalde Sandra Jaqueline

Tutora: Lcda. Mg. Chasillacta Amores, Fabiola Beatriz

Fecha: Julio del 2013

RESUMEN

El embarazo durante la adolescencia tiene consecuencias negativas por la inmadurez biológica de la joven madre y por su influencia de los factores familiares, económicos y sociales que afecta a la madre y su hijo. Se trabajó con 20 madres adolescentes y 20 hijos de 0 a 2 años 6 meses de edad, identificados gracias a los datos estadísticos obtenidos en los registros diarios del subcentro de salud de Salasaca. La presente investigación tiene principalmente la modalidad de campo, porque se lo realizó directamente con los hijos de las madres adolescentes para enfocar su realidad, condiciones de vida y las posibles alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño, además se investigara sobre el embarazo, patologías prenatales y postnatales, lactancia materna entre otros. Con este estudio se encontró una mayor incidencia de madres que se encontraron en la adolescencia tardía. En el estado civil se pudo observar que en mayor porcentaje de las jóvenes solteras, su situación económica es baja relacionada con el nivel de educación y la mayoría de las madres se dedican al comercio y agricultura. Al iniciar precozmente su vida sexual activa podemos apreciar que empiezan a los 14 y 16 años que dio lugar a la maternidad en la adolescencia. Una de las causas principales para el embarazo precoz fue el desconocimiento sobre los métodos de planificación familiar. Cabe indicar que la mayor parte de los hijos son deseados así no hayan planificado ser madres a

temprana edad. No se evidencio diferencia significativa de los valores antropométricos ya que se encuentran dentro de los parámetros normales. En lo referente al desarrollo la mayoría de los niños han cumplido con las destrezas para su edad, en cuanto a la lactancia materna, la reciben, la misma que es suspendida precozmente dando lugar a una alimentación complementaria temprana que tiene como consecuencia las Enfermedades Infecciosas ya que el sistema enzimático y digestivo no se encuentra completamente desarrollado.

PALABRAS CLAVES: MADRES ADOLESCENTES, ALTERACIONES, CRECIMIENTO, DESARROLLO, NIÑO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

ENFERMER CAREER

ADOLESCENT MOTHERS AND THEIR RELATIONSHIP CHILD'S DEVELOPMENT GROWTH AND 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS OLD, IN SUBCENTRE AREA HEALTH HEALTH SALASACA NO.5 MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, THE CANTON PELILEO TUNGURAHUA PROVINCE

Author:Poaquiza Recalde Sandra Jaqueline

Tutor: Lcda. Mg. Chasillacta Amores, Fabiola Beatriz

Date : July 2013

SUMMARY

Pregnancy during adolescence has negative consequences for the biological immaturity of the young mother and her influence of family factors, social and economic affects the mother and child. We worked with 20 adolescent mothers and 20 children from 0 to 2 years 6 months old, identified through statistical data obtained from daily records of the Health sub-centers and Salasaca. This research has mainly field mode, because it was made directly with the children of teenage mothers to focus your reality, living conditions and possible alterations in the growth and development of children, and an investigation on pregnancy pathologies prenatal and postnatal breastfeeding among others. This study found a higher incidence of mothers who were found in late adolescence. In marital status was observed that a greater percentage of girls are married, their economic situation is related to the low level of education and most mothers engaged in trade and agriculture. When you start early active sex life can appreciate that start at 14 and 16 years that led to teenage motherhood. One of the main reasons for early pregnancy was ignorance about family planning methods. It should be noted that most of the children are wanted and have not planned to become mothers at an early age. No evidence of significant difference because anthropometric values are within normal parameters. In terms of development most children have completed the skills for their age,

about breastfeeding, receive it, it is suspended early resulting in early complementary feeding which results and Infectious Diseases the enzyme and digestive system is not fully developed.

KEYWORDS: TEENAGE MOTHERS, IMPAIRED GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN,

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada	i
Aprobación del Tutor	ii
Autoría del Informe de Investigación	iii
Derechos del Autor	vi
Aprobación del Tribunal	V
Dedicatoria	Vi
Agradecimiento	Vii
Índice General de Contenidos	Viii
Índice de Cuadros y Figuras	X

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Introducción	1
1.2.Planteamiento del Problema	3
1.2.1. Contextualización	3
1.2.2. Análisis Crítico	12
1.2.3. Prognosis	14
1.2.4. Formulación del Problema	14
1.2.5. Preguntas Directrices	14
1.2.6. Delimitación del Problema	14
1.3. Justificación	15
1.4. Objetivos	16
1.4.1Objetivo General	16
1.4.2Objetivo Específico	17

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos	18
2.2. Fundamentación Filosófica	20
2.3 Fundamentación Legal	21
2.4 Categorías Fundamentales	24
2.4.1. Adolescencia	25

2.4.2. Relaciones Sexuales en la Adolescente	32
2.4.3. Embarazo en la Adolescencia	34
2.4.4. Madre Adolescente	40
2.4.5. Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del Niño	43
2.4.6. Crecimiento y Desarrollo del Niño	44
2.4.7 Salud Materno-Infantil	67
2.4.8. Salud Pública	76
2.5. Hipótesis	80
2.6. Señalamiento de las Variables	80

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque	81
3.2. Modalidad Básica de la Investigación	81
3.3. Nivel o Tipo de la Investigación	82
3.4. Población y Muestra	82
3.5. Operacionalización de las Variables	84
3.6. Recolección de la Información	87
3.7. Procesamiento de la Información	87
3.8. Criterios Éticos	87

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Análisis e Interpretación de Resultados	88
4.1.1. Análisis de Resultados de las Madres Adolescentes	88
4.1.2. Análisis de Resultados de los hijos	99
4.2. Comprobación de la Hipótesis	115

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	116
5.2. Recomendaciones	118

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

TEMA	120
6.1. Datos Informativos	120
6.2. Antecedentes de la Propuesta	120
6.3. Justificación	121
6.4. Objetivos	122
6.5. Análisis de Factibilidad	123
6.6. Fundamentación Científica	124
6.7. Modelo operativo	135
6.8. Administración de la Propuesta	137
6.9. Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta.	138
BIBLIOGRAFIA	140
ANEXOS	144

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Variable independiente: madre adolescente	89
Tabla N°2. Variable dependiente: alteraciones en el crecimiento y desarrollo	90
Tabla N°1. Incidencia de madres adolescentes por grupo etario "Salasaca"	89
Tabla N°2. Estado Civil de las Madres Adolescentes "Salasaca"	90
Tabla N°3. Nivel económico de las madres adolescentes "Salasaca"	91
Tabla N°4. Ocupación de las madres adolescentes "Salasaca"	92
Tabla N°5. Nivel de educación de las madres adolescentes "Salasaca"	93
Tabla N°6. Edad primera relación sexual de las madres adolescentes "Salasaca"	94
Tabla N°7. Número de controles prenatales de las madres adolescentes "Salasaca"	95
Tabla N°8. Complicaciones que presentaron las madres adolescentes durante el embarazo "Salasaca"	96
Tabla N°9. Tipo de parto de las madres adolescentes	97

“Salasaca”	
Tabla N°10. Lugar de parto de las madres adolescentes	98
“Salasaca”	
Tabla N°11. Edad en meses de los hijos de madres adolescentes “Salasaca”	99
Tabla N°12. Complicaciones neonatales de los hijos de madres adolescentes “ Salasaca”	100
Tabla N°13. APGAR al nacimiento de los hijos de madres adolescentes “Salasaca”	101
Tabla N°14. Lactancia materna exclusiva y suspensión de esta “Salasaca”	102
Tabla N°15. Inicio de la alimentación complementaria “Salasaca”	103
Cuadro N°16. Enfermedades prevalentes de la infancia “Salasaca”	104
Tabla N°17. Inmunizaciones “Salasaca”	105
Tabla N°18. Número de controles pediátricos “Salasaca”	106
Tabla N°19. Distribución del estado nutricional Peso/Edad “Salasaca”	107
Tabla N°20. Distribución de la longitud corporal Talla/Edad “Salasaca”	100
Tabla N°21. Distribución de la circunferencia craneana: Perímetro cefálico/Edad “Salasaca”	111
Tabla N°22. Distribución del estado nutricional Peso/Edad “Salasaca”	113
Tabla N°23. Características del desarrollo “Salasaca”	114
Tabla N°24. Modelo Operativo	135
Tabla N° 25. Cronograma del Plan Operativo	138
Tabla N°26. Programación de Actividades.	149

ÍNDICE DE FIGURAS

Grafico N°1. Categorías Fundamentales	89
Grafico N°2. Incidencia de madres adolescentes por grupo etario "Salasaca"	90
Grafico N°3. Estado civil de las madres adolescentes "Salasaca"	91
Grafico N°4. Nivel económico de las madres adolescentes "Salasaca"	92
Grafico N°5. Ocupación de las madres adolescentes "Salasaca"	93
Grafico N°6. Nivel de educación de las madres adolescentes "Salasaca"	94
Grafico N°7. Edad primera relación sexual de las madres adolescentes "Salasaca"	95
Grafico N°8. Número de controles prenatales de las madres adolescentes "Salasaca"	96
Grafico N°9. Complicaciones de las madres adolescentes durante el embarazo "Salasaca"	97
Grafico N°10. Tipo de parto de las madres adolescentes "Salasaca"	98
Grafico N°11. Lugar de parto de las madres adolescentes "Salasaca"	99
Grafico N°12. Edad en meses de los hijos de madres adolescentes "Salasaca"	100
Grafico N°13. Complicaciones neonatales de los hijos de madres adolescentes "Salasaca"	101
Grafico N°14. APGAR al nacimiento de los hijos de madres adolescentes "Salasaca"	102
Grafico N°15. Lactancia materna exclusiva y suspensión de esta "Salasaca"	103
Grafico N°16. Inicio de la alimentación complementaria "Salasaca"	104
Grafico N°17. Enfermedades prevalentes de la infancia "Salasaca"	105
Grafico N°18. Inmunizaciones "Salasaca"	106

Grafico N°19. Número de controles pediátricos “Salasaca”	107
Grafico N°20. Distribución del estado nutricional Peso/Edad niñas “Salasaca”	108
Grafico N°21. Distribución del estado nutricional Peso/Edad niños “Salasaca”	109
Grafico N°22. Distribución de la longitud corporal Talla/Edad niñas “Salasaca”	110
Grafico N°23. Distribución de la longitud corporal Talla/Edad niños “Salasaca”	111
Grafico N°24. Distribución de la circunferencia craneana: Perímetro cefálico/Edad niñas “Salasaca”	114

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de continuo crecimiento físico, maduración, y de preparación para la vida adulta.

Según la OMS, la adolescencia es el período de vida en la cual el individuo adquiere la maduración reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la edad adulta y adquiere la independencia socioeconómica, fijando sus límites entre los 10 y 19 años de edad.

En los últimos años se ha producido un cambio en la conducta sexual de los jóvenes que a llevado aparejado un incremento de embarazos no deseados, con infecciones de transmisión sexual. En la actualidad, evitar embarazos es considerada una de las principales medidas preventivas, tomando especial relevancia en este grupo, especialmente desprotegido por falta de información y recursos.

El embarazo en adolescentes es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las niñas a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas.

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 psicoemocionales, sociales y económicos, que afectan el desarrollo personal de la madre, su pareja y el hijo de ambos.

Según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA, 2008) más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas, con diferencias significativas según nivel de instrucción, etnia e ingresos.

Las consecuencias de un embarazo en la adolescencia son múltiples, perjudicando así las oportunidades de desarrollo personal y socio-económico de las madres adolescentes.

La presente investigación se basa en el estudio de las madres adolescentes y sus hijos en el Subcentro de Salud de Salasaca del Área de Salud N°5 del Ministerio de Salud Pública, del Cantón Pelileo de la Provincia de Tungurahua para determinar si existe relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad en el periodo comprendido entre Junio del 2012 a Diciembre. Del 2012

Por otra parte la enfermera al ser parte integral y fundamental del equipo de salud, podrá referir a los niños en riesgo a profesionales especializados para el tratamiento de patologías que pudieran ser identificadas ya que está en contacto directo con la familia y la comunidad.

CAPITULO 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 SUBCENTRO DE SALUD DE SALASACA DEL ÁREA DE SALUD N° 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL CANTÓN PELILEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, JUNIO 2012 A DICIEMBRE 2012”

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1.- CONTEXTUALIZACIÓN

Contextualización Macro

Ecuador registra el índice más alto de adolescentes embarazadas de Latinoamérica con una tasa del 17% y en la última década se ha registrado un incremento del 74% de estos casos.

Lo que más preocupa es que hay embarazos de niñas de 13 años, edad en la que en muchos de los casos no concluyen su desarrollo y se corren riesgos de salud, como desnutrición, complicaciones en el parto y hasta la mortalidad materna.

Actualmente, según las cifras que maneja el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, hay 2080 niñas y una de cada cinco adolescentes yason madres. Frente a esta realidad, las autoridades buscan disminuir en un 25% los embarazos en adolescentes y no deseados. Entre estos últimos se conoce que 37 mujeres de cada 100 embarazos no planificaron ni desean tener al niño. Esto hace, además, que crezcan los índices de abortos en situaciones ilegales y de alto riesgo. Solo en el último año se registraron 25 000 abortos. Molina R. 2012

"El contexto es complicado, porque las cuestiones culturales influyen en el comportamiento sexual", dice la Dra. Virginia Camacho, del Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente de la OMS.

Su departamento está estudiando los medios de prevenir el embarazo precoz en particular entre las jóvenes marginadas en los países en desarrollo y la medida en qué los sistemas de salud atienden sus necesidades. "Los proveedores de salud deben estar capacitados para brindar atención adecuada a las adolescentes embarazadas y asesoramiento a las muchachas que no quieren quedar embarazadas", dice Camacho.

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen en el año (2009). Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.

Según el Dr. Monir Islam, Director del Departamento de Reducción de los riesgos del embarazo, los programas de salud para madres y recién nacidos deben atender mejor las necesidades de las madres jóvenes. "Reducir los riesgos del embarazo para las adolescentes debe ser una prioridad clara para los países que se están esforzando por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio"

Aunque las circunstancias de los embarazos en adolescentes varían mucho, destacan algunos rasgos comunes: los cuerpos más jóvenes no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas. Las madres adolescentes se enfrentan a un riesgo más alto de parto obstruido que las mujeres de veinte y tantos años. Sin una atención obstétrica de urgencia adecuada, esto puede conducir a la ruptura del útero, que conlleva un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el niño. Para aquellas que sobreviven, el trabajo prolongado de parto puede causar una fístula obstétrica, que es un desgarramiento entre la vagina y la vejiga o el recto, que provoca fuga de orina o heces.

En Etiopía y Nigeria, más del 25% de las pacientes con fístula habían quedado embarazadas antes de los 15 años y más del 50% antes de los 18 años. Aunque el problema puede corregirse con cirugía, el tratamiento no está ampliamente disponible en la mayoría de los países donde se produce esta lesión y millones de mujeres deben resignarse a sufrir una afección que provoca incontinencia, urinaria y otros efectos secundarios como problemas psicológicos y aislamiento social.

La pobreza influye en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas y si es así entran en un círculo vicioso, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico.

El embarazo en la adolescencia "puede perturbar el acceso a la educación y a otras oportunidades de vida", dice Leo Bryant, gerente de promoción en Marie Stopes International (MSI), un grupo británico de defensa de los derechos reproductivos que posee clínicas en casi todo el mundo. "En el Reino Unido nos preocupa en particular, porque tenemos la tasa más alta de embarazos en adolescentes de Europa occidental". Hoy en día esa tasa es de 26 partos en adolescentes por cada 1000 mujeres, de acuerdo con las estadísticas sanitarias mundiales del 2009 .

Otros países de Europa tienen menos embarazos de adolescentes porque adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar, dice Bryant. En los Países Bajos, que posee una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, la educación sexual comienza en la escuela primaria. Actualmente en el Reino Unido la educación sexual no es obligatoria en las escuelas, y algunas escuelas de inspiración religiosa ni siquiera imparten esa educación, por lo que la cobertura es irregular, dice Bryant. Se supone que esto cambiará después de que el Gobierno anunciara a finales de abril sus planes de hacer obligatoria la educación sobre la sexualidad y las relaciones en la enseñanza primaria y secundaria a partir de 2011.² Monir O. 2009

En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales. De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, realizado en 2010, en el país hay 346 700 niñas, de las cuales 2080 ya han sido madres. Si bien la cifra representa menos del 1% del total, da cuenta de un incremento del 74% en los 10 últimos años. A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años. .

En efecto, de 705 163 adolescentes censadas en el Ecuador, 121 288 jóvenes, es decir el 17,2%, ha sido madre. Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes. En América Latina, el país ocupa el segundo lugar, después de Venezuela, según consta en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Debido al elevado número de casos, el Gobierno ecuatoriano ha puesto en marcha la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enipla). desde el año 2011.

En ella, los Ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social (MIES) y Coordinador de Desarrollo Social y la Secretaría del Migrante han formado un frente para trabajar sobre planificación familiar, acceso a información, educación en salud sexual y reproductiva y sexualidad en general, según explicó Doris Soliz, Ministra Coordinadora de Desarrollo Social.

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

Sobre este plan, cuyas bases fueron establecidas en el año 2011, las autoridades del frente dieron a conocer las acciones realizadas y a seguir en distintos ángulos como la implementación de la línea gratuita 1800-445 566, que brinda información sobre estos temas; La formación de profesionales de salud en planificación familiar y anticoncepción y la dotación de métodos anticonceptivos gratuitos en unidades de salud a escala nacional. Mies 2011

El embarazo en la adolescente tiene implicaciones a nivel psicológico, familiar y social, y, como consecuencia la pérdida de oportunidades educativas y laborales, madre- solterísimo, matrimonio precoz, pérdida o aplazamiento de metas, baja autoestima, aislamiento, mayor riesgo de enfermedades, aborto y a las grandes responsabilidades a temprana edad además se presentan riesgos perinatales como es el bajo peso al nacer mortalidad y morbilidad infantil.

Las consecuencias del embarazo y el parto de una adolescente son de alto riesgo. La probabilidad de que surjan complicaciones es mayor cuanto menor es la edad de la embarazada. También es mayor si existe una deficiente nutrición que, con frecuencia, es escasa en vitaminas y minerales que afectan tanto a la madre como al niño. El bajo peso del niño y el parto prematuro son mayores en los partos de las adolescentes debido a la inmadurez hormonal de la adolescente y a que el útero no ha completado su desarrollo.

Los niños que nacen con peso bajo pueden tener problemas de salud durante los primeros meses de vida y son más proclives que los niños de peso normal a tener complicaciones del desarrollo. Consecuencias: Para el hijo de la madre adolescente, tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Cinthia. P. 2012

Contextualización Mezo

El embarazo en las adolescentes, especialmente en Tungurahua, permanece en un ocho por ciento de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de

Salud de Tungurahua. Además se conoce que el embarazo se da en adolescentes de 10 a 19 años, que aún no han dejado de depender de sus padres y tener trabajos que les permitan ser entes productivos para la sociedad. La mayoría de adolescentes no planean quedarse embarazadas, pero muchas lo hacen.

Los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el niño. Con frecuencia las adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo y tienen mayor riesgo de hipertensión arterial, anemia durante el embarazo y sus complicaciones. Los riesgos para el recién nacido incluyen partos prematuros, desnutrición por bajo peso al nacer, han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente cierre del tubo neural, desarrollo intelectual disminuido, riesgo de muerte, retardo en el desarrollo físico y mental, maltrato físico del niño.

El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. Dentro de la provincia, el área de salud señalada ha implementado capacitaciones dirigidas a los Departamentos 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. “Estamos trabajando con los jóvenes para que sepan que no es dable tener que cambiar una maleta llena de sueño por una pañalera llena de responsabilidad a tan temprana edad”, manifestó Lourdes Silva, médica y responsable del Programa de Adolescentes de la provincia de Tungurahua.

Recordemos que los embarazos en las jóvenes de 10 a 19 años, puede

darse tal vez, por la falta de orientación sexual, por una baja autoestima, o quizá por la pérdida de valores. Otra de las causas más influyentes, generalmente puede ser por abandono de los padres, familias numerosas, falta de recursos económicos, relaciones sexuales a temprana edad o por maltrato físico.

Por su parte Gabriela Cortéz, psicóloga, señaló que la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia en tres etapas, la primera etapa temprana que transcurre de los (10 -13) años, la etapa media transcurre desde los (14 -16) y la tardía que va de los (17- 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.

Al respecto María de Lourdes Freire, Directora Provincial de Salud de Tungurahua en el año 2011, 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 de las etapas de su vida, siendo la más recordada por todas las mujeres y hombres las etapas de la adolescencia.

Hay que señalar que en los últimos tiempos varios organismos de salud y prevención social, han decidido brindar apoyo a las adolescentes, especialmente a aquellas jóvenes que han tenido que afrontar un embarazo a una temprana edad; la idea es que las estudiantes de los Colegios de la ciudad puedan conocer las consecuencias y los problemas que acarrearán cuando deben enfrentar la vida y sobre todo la responsabilidad de cuidar aun ser tan pequeño. .Álvarez J 2010

Un niño cuya madre es una adolescente es considerado una desventaja para la sociedad. Los niños recién nacidos cuyas madres son adolescentes tienden a tener un peso muy bajo al nacer. A medida que van creciendo son más propensos a desempeñarse deficientemente en la escuela y cuentan con mayores posibilidades de sufrir abusos y abandono. Se ha demostrado que es muy probable que los hijos de madres adolescentes terminen en prisión o sean encarcelados en algún momento de sus vidas. Las hijas mujeres de madres adolescentes también cuentan con mayores riesgos de quedar embarazadas en la adolescencia.

Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes.

Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro ⁵. Lázaro L. 2009.

Contextualización Micro

Salasaca es una Parroquia Rural esta ubicada entre los límites de, la Parroquia Totoras y el Cantón Pelileo, su población en mayor porcentaje son de raza indígena, cursan niveles primarios por su escaso nivel

educativo y su situación económica, se dedican a la agricultura, comercio, y la migración a otros Países.

El Subcentro de la Parroquia Salasacaesta ubicado en el centro de dicha Parroquia de referencia junto el Colegio “Los Salasacas”. El SCS. Esta distribuido de la siguiente manera:, Un consultorio de medicina general, un consultorio Obstétrico, un consultorio odontológico, un consultorio tipo botiquín para la distribución de la medicación, una pequeña estación de enfermería para la administración de las vacunas, una sala de espera para los pacientes.

Por observación directa y diálogo con el personal de salud de dicho establecimiento, dentro de este contexto el Subcentro de Salud de Salasaca pertenece al Ministerio de Salud Pública Área N° 5 del Cantón Pelileo cuentan con personal de salud capacitado a brindar atención de calidad y calidez a la comunidad fomentando, la promoción, prevención de embarazos no deseados en las adolescentes de esta comunidad.

En dicho subcentro basado en las investigaciones realizadas según estadísticas tomadas por el Ministerio de Salud Pública del año 2012 se ha detectado que existe un promedio del 4% al 5% de adolescentes embarazadas de entre 13 a 19 años, presentando en la mayoría de ellas infecciones urinarias, amenaza de parto prematuro, y anemia entre otras, los mismos que deben ser atendidos de forma urgente.

Estos problemas de salud son reflejados en las madres y en los niños, es por ello que se ve la necesidad de forma inmediata de solucionar el problema objeto de estudio.

1.2.2.- ANÁLISIS CRÍTICO

El embarazo en adolescentes se presenta por el inicio precoz de relaciones sexuales sin protección, mal funcionamiento del núcleo familiar

(posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto.)

La falta de orientación, y la distorsión de la información sobre las relaciones sexuales hacen que despierte la curiosidad por el sexo a tempranas edades sin medir las consecuencias, ya que ser madre adolescente es un problema de salud pública y social en nuestro país sobre el cual debemos concientizar a las adolescentes sobre: la educación sexual puesto que no podemos permitir más embarazos no deseados en las adolescentes y que por tanto no traigan hijos al mundo a quienes difícilmente podrán cuidar, considerando que ellas no están preparadas ni, física ni, psicológicamente para asumir dicha responsabilidad.

Una vez que el niño ha nacido, la adolescente no está preparada para cuidarlo alimentarlo y realizar los controles adecuados del crecimiento y desarrollo tanto psicomotriz, cognitivo y del lenguaje, muchas veces desconocen los aspectos básicos como por ejemplo la importancia de las vacunas, y de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad etc. Por lo tanto si una madre no cumple con dichos aspectos mencionados las consecuencias a futuro pueden ser mortales.

Por ello es prioritario que todo el personal de salud, en especial la enfermera, que está preparada en todos los ámbitos como el, hospitalarios y atención primaria de manera especial en Salud Pública, es la persona que tiene acceso directo a la población, es importante que realice charlas educativas participativas talleres etc. sobre educación sexual para prevenir nuevos embarazos, y promocionar la salud materno infantil concientizando a las madres adolescentes sobre la responsabilidad que tiene traer un hijo al mundo .

1.2.3.- PROGNOSIS

La adolescente embarazada es un motivo de gran preocupación tanto para la sociedad como para el vínculo familiar ya que si no se proporcionan eventos preventivos a tiempo en las instituciones tanto públicas, como privadas, y en el hogar constituirán un problema de Salud Pública, por este motivo debemos hablar claro, sobre relaciones sexuales y métodos anticonceptivos, si no tocamos estos temas, la incidencia de embarazos precoces aumentará.

Por lo tanto los hijos de madres adolescentes que no reciben atención a tiempo podrían presentar problemas como: bajo peso al nacer, desnutrición, retraso en el crecimiento, disminución del desarrollo intelectual etc.

1.2.4.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 años a 2 años 6 meses de edad, en el Subcentro de Salud de la Parroquia Salasaca perteneciente al Área de Salud N°5 del Ministerio de Salud Pública del Cantón Pelileo de la Provincia de Tungurahua en el periodo Junio del 2012 a Diciembre del 2012?

1.2.5.- PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Cuántas madres adolescentes de entre 10 y 19 años son atendidas en el Subcentro de Salud de Salasaca. ?

¿Qué alteraciones existe en la talla, peso y perímetro cefálico de los niños de acuerdo a los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud?

¿Presentan los niños un desarrollo adecuado del lenguaje, motor, conocimiento y social de acuerdo a su edad?

¿Qué actividades se pueden desarrollar en el Subcentro de Salud de Salasaca para disminuir la incidencia de los embarazos en las adolescentes y mejorar la calidad de vida de los niños investigados?

1.2.6.- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- ✓ **Campo** :Enfermería
- ✓ **Área** :Salud Pública
- ✓ **Aspecto**:Relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño.

1.2.6.1.- Delimitación Temporal:

La investigación comprenderá desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012.

1.2.6.2.- Delimitación Espacial:

La investigación se realizará en el Subcentro de Salud de Salasaca perteneciente al Área de Salud N° 5 del Ministerio de Salud Pública del Cantón Pelileo de la Provincia de Tungurahua.

1.3.- JUSTIFICACIÓN

La investigación contribuirá en el conocimiento sobre: sexualidad y prevención de embarazos precoces ya que en la actualidad no tienen una idea clara sobre el sexo la población de madres adolescentes de Salasaca.

El área de Salud Pública esta encaminada a proteger y mejorar la salud en las comunidades a través de la educación, prevención, promoción y curación de las enfermedades. La Salud Pública incluye la atención

directa del paciente con el profesional, lo importante es saber como acercarse a la población, ya que la enfermera maneja los programas implementados por el gobierno y el Ministerio de Salud Pública.

Además está preparada para dar educación en lo referente a salud así como también tiene la capacidad para realizar un examen físico al niño, toma y registra las medidas antropométricas lo que permite conocer los resultados obtenidos y compararlos con los estándares de la Organización Mundial de Salud además sabe aplicar los diferentes tipos de test en especial el de Denver lo que nos permite identificar las alteraciones de los niños.

La presente investigación será de mucha utilidad para prevenir embarazos en las adolescentes y las posibles complicaciones en el niño por lo cual vamos a capacitar a las madres adolescentes en el Subcentro de Salud de Salasaca. Este estudio es viable porque se obtendrá información necesaria para llevar a cabo este trabajo de investigación siendo los resultados que se obtenga la base para futuros trabajos.

Este trabajo es factible de ejecutar ya que se cuenta con el permiso para acceder al Subcentro de Salud de la Parroquia Salasaca del Área N°5 del Ministerio de Salud del Cantón Pelileo Provincia del Tungurahua este trabajo es realizado por Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde egresada de la carrera de enfermería, y con la colaboración de quienes conforman dicho Subcentro.

1.4.- OBJETIVOS

1.4.1.- Objetivo General:

Establecer si existe relación entre la madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6

meses de edad, en el Subcentro de Salud de Salasaca perteneciente al Área de Salud N° 5 del Ministerio de Salud Pública del Cantón Pelileo la Provincia de Tungurahua en el periodo comprendido desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012.

1.4.2.- Objetivos Específicos:

- Determinar la prevalencia de madres adolescentes de entre 10 y 19 años que han sido atendidas en el Subcentro de Salud de Salasaca del Área N° 5 del Ministerio de Salud Pública del Cantón Pelileo de la Provincia de Tungurahua durante el periodo comprendido entre Junio del 2012 a Diciembre del 2012.
- Valorar el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad, hijos de madres adolescentes a fin de detectar posibles alteraciones.
- Elaborar propuestas de intervención de acuerdo a resultados obtenidos en el Subcentro.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Reeder 2009. Pàg. 926. El embarazo en cualquier subetapa de la adolescencia dificulta la resolución del desarrollo normal durante este periodo.

Las preocupaciones con respecto al cambio de la imagen corporal, el aumento de la dependencia con respecto a los miembros de la familia para obtener apoyo emocional y financiero y los cambios normales de tipo fisiológico psicológico crean tensión interna y con frecuencia la adolescente no esta preparada para ello. Para complicar aún más la situación, la adolescente enfrenta muchos conflictos potenciales entre las tareas del desarrollo de esta etapa y las tareas de la maternidad.

Contreras, R 2011. El embarazo en adolescentes es uno de los problemas de mayor importancia asociados a profundos y rápidos cambios socio-económicos. Sin embargo los riesgos y las consecuencias negativas para su salud física son conocidos como complicaciones obstétricas y se relaciona con mortalidad y morbilidad materna, bajo peso del recién nacido, mortalidad y morbilidad de niños, aborto entre otras.

Coronado, Y Otros. 2010. "Múltiples factores de riesgo afectan negativamente al futuro del niño, entre ellos el bajo status socio-económico y el bajo nivel de educación de la madre, los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo. Los padres adolescentes no se encuentran en condiciones de proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su hijo".

También se puede decir que como la situación socioeconómica es poco favorable, la buena salud del niño puede estar en peligro ya que sus padres adolescentes no se encuentran lo suficientemente maduros como para proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su desarrollo. En consecuencia puede ser que los riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en adolescentes aún pueden ser mayores que los biológicos.

Saez2008.Pág. 326.El ser madre adolescente es un problema social y riesgoso para la madre y su hijo.El embarazo y la maternidad tienen un significado cultural y social .Es cualitativo por el numero de embarazadas adolescentes con complicaciones ha aumentado considerablemente en nuestra sociedad.Este tema es controversial en toda la sociedad por el alto porcentaje existente de embarazadas adolescentes, por esta razón se ha escogido este tema para investigar y así aportar con soluciones para disminuir las complicaciones en las adolescentes embarazadas atendidas en el Subcentro de salud de Salasaca

Se impone intensificar la aplicación de políticas sanitarias dirigidas a perfeccionar la educación sexual y el acercamiento a los adolescentes, a fin de reducir las tasas de embarazo precoces, garantizar un mejor pronóstico de vida para la madre, el hijo y la familia, así como lograr una repercusión positiva en el desarrollo de la nueva sociedad

López de Castro A. 2008. Pág. 316. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero en esta etapa constituye no sólo un problema presente, si no también de futuro por las complicaciones que puede generar. La mayoría de las adolescentes escoge continuar con el embarazo y tener a su niño, a pesar de ello, las interrupciones diarias del embarazo van aumentando, sobre todo en los grupos más jóvenes (en el grupo de 15 – 19 años se a doblado entre los años 2000 – 2004).

2.2.- FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La investigación se orienta básicamente por la categoría Crítico – Prositivo. Crítico porque tiene la finalidad de comprender la realidad de los problemas;(en las madres adolescentes e hijos y tienen por objeto transformar esa realidad). Con una visión real y concreta ya que luego de involucrarse en el problema e interpretarlo, se planteara una propuesta de solución para prevenir y disminuir las complicaciones.

En este caso se analizara la realidad de la madre adolescente y las alteraciones del niño en proceso de crecimiento y desarrollo. El problema se desarrolla en un contexto cambiante, debido a que buscan soluciones que aporten a la sociedad en el día a día, para lo cual se pondrá en práctica estrategias o herramientas acordes con las necesidades y expectativas de la población principalmente en las madres adolescentes.

Propositivo porque esta investigación no cambiara la realidad, pero si permitirá plantear alternativas de soluciones para evitar complicaciones en los hijos de las madres adolescentes.

2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL

La investigación se apoyará en el Código de la Niñez y Adolescencia en el Capítulo II Título III: Derechos de Supervivencia en el que nos da a conocer: Art. 1.- Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como al acceso de programas de la salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorga la atención a las mujeres embarazadas recién nacidos, niños y niñas menores de 5 años como una atención de salud pública, responsable del estado.

Art. 20.-Derecho a la Vida.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo se prohíben los experimentos y manipulaciones médicas y genéticas desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento de niños, niñas y adolescentes; y la utilización de cualquier técnica o práctica que ponga en peligro su vida o afecte su integridad o desarrollo integral.

Art. 21.-Derecho a Conocer a los Progenitores y Mantener Relaciones con ellos.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a conocer a su padre y madre, a ser cuidados por ellos y a mantener relaciones afectivas permanentes, personales y regulares con ambos progenitores y demás parientes, especialmente cuando se encuentran separados por cualquier circunstancia, salvo que la convivencia o relación afecten sus derechos y garantías. No se les privará de este derecho por falta o escasez de recursos económicos de sus progenitores.

En los casos de desconocimiento del paradero del padre, de la madre, o de ambos, el Estado, los parientes y demás personas que tengan

información sobre aquél, deberán proporcionarla y ofrecer las facilidades para localizarlos.

Art. 22.-Derecho a Tener una Familia y a la Convivencia Familiar.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse en su familia biológica. El Estado, la sociedad y la familia deben adoptar prioritariamente medidas apropiadas que permitan su permanencia en dicha familia. Excepcionalmente, cuando aquello sea imposible o contrario a su interés superior, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a otra familia, de conformidad con la ley.

En todos los casos, la familia debe proporcionarles un clima de afecto y comprensión que permita el respeto de sus derechos y su desarrollo integral. El acogimiento institucional, el internamiento preventivo, la privación de libertad o cualquier otra solución que los distraiga del medio familiar, debe aplicarse como última y excepcional medida.

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

Art.25.-El Poder Público y las Instituciones de Salud y Asistencia a Niños, Niñas y Adolescentes, crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

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

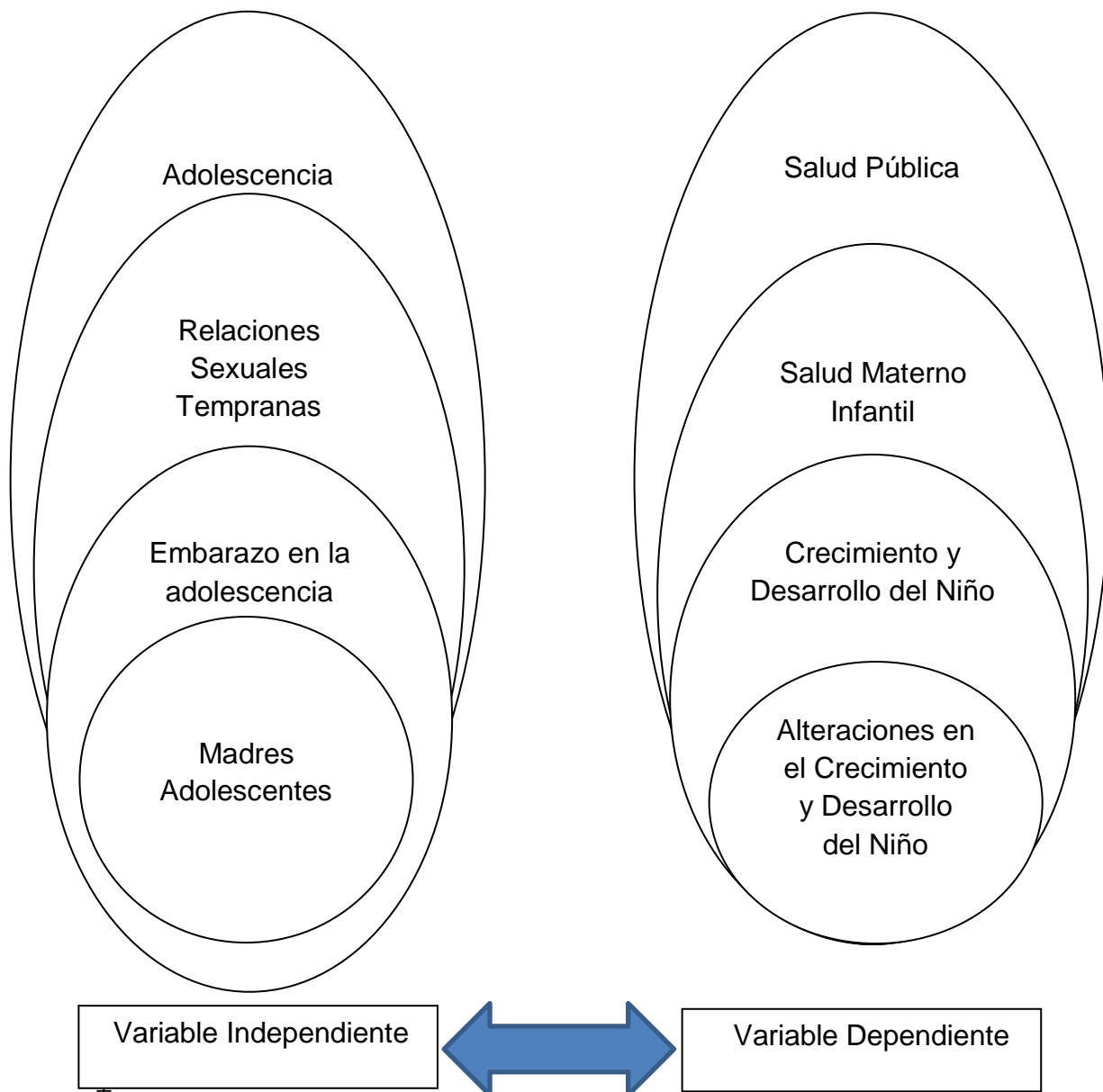
Según la Constitución Política de la República en el Título II Capítulo III: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria así lo menciona el artículo siguiente:

Art 47.-En el Ámbito Público y Privado Recibirán Atención Prioritaria Preferente y Especializada los Niños y Adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidades, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de la tercera edad.

Art.- 49. El Estado les Asegurara y Garantiza el Derecho de la Vida, desde su concepción, a la integridad física y psíquica, a su identidad, nombre y ciudadanía, a la salud integral, nutrición, educación, cultura y a tener una familia.

2.4.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

Figura N° 1



Fuente: Problemática relacionada al tema de investigación.

Elaborado por: Sandra Jaqueline Poquiza Recalde

2.4.1.- Adolescencia

Definición.- La adolescencia es el periodo de desarrollo que separa a la niñez de la etapa adulta. Es la etapa en la cual la persona debe adaptarse y ajustar sus comportamientos de la niñez a las normas aceptables desde el punto de vista social. En este proceso son importantes las tareas de desarrollo de la personalidad (identidad), alcanzar la independencia personal y adquirir mayores destrezas cognoscitivas.

En esta etapa se produce cambios biológicos rápidos como resultado de estos cambios se modifica las expectativas de otras personas con respecto al comportamiento del adolescente y es probable que también se altere su imagen personal Todas estas modificaciones ejercen un impacto en el desarrollo cognitivo social y personal del individuo:

Reeder y Otros. 2009. Pág. 924

2.4.1.2. Etapas de la Adolescencia:

Adolescencia temprana: Entre 10 y 13 años. Ocurre la mayoría de los cambios biológicos.

Adolescencia media: Entre 14 a los 16 años. Predomina la interrelación sociológica.

Adolescencia tardía. Entre 17 a los 19 años. Predomina lo social.

a)Adolescencia Temprana (10 – 13 años)

El foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre. No hay concepto de desarrollo de una vida individual y no son capaz de dibujar un bebe de aspecto real, no hay lugar para el padre en sus planes. El tema de la maternidad provoca depresión y aislamiento. Puede

presentarse una incidencia elevada de trastornos emocionales y negación patológica del niño.

b.) Adolescencia Media (14 – 16 años).- Para muchas jóvenes es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual se sienten invulnerables. Las adolescentes que presentan embarazos en esta edad asumen conductas omnipotentes se relaciona con la expresión del erotismo manifestado en su vestimenta por ello se preocupan más por su apariencia física.

c.) Adolescencia Tardía (17 – 19 años)

El foco de desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales, por lo que el embarazo puede ser visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al varón como un futuro compañero. Es en la etapa de la adolescencia tardía que se ve el impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por adaptarse a su rol de madre: sentimientos maternales protectores y sensación de anticipación al hijo.⁹Saez G. 2008

Según la OMS .Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 11 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad⁹SaezG. 2008.

2.4.1.3 Cambios Físicos en la Adolescencia

a.) Características Sexuales Primarios

Son los órganos necesarios para la reproducción en la mujer, los órganos sexuales son los ovarios, las trompas de falopio, el útero y la vagina; en el varón, son los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata. Durante la pubertad, estos órganos se agrandan y maduran.

b) .Características Sexuales Secundarias

Son indicios fisiológicos de maduración sexual que no se relacionan directamente con los órganos sexuales: por ejemplo, el busto de las mujeres y los hombros más amplios de los varones, cambios en la voz y la textura de la piel, el desarrollo muscular y el crecimiento del vello púbico, facial y corporal. (Álvarez, J. 2010)

c) Cambios Psicológicos en la Adolescencia

Se considera que la adolescencia, es decir, el proceso psicológico vivencial, inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, pues el cuerpo ya tiene el desarrollo biológico y los cambios físicos necesarios para que se verifique. Una de las tareas que enfrentan los y las adolescentes es la definición de una nueva identidad y esto se logra a través de un largo proceso de cambios psicológicos y emocionales, estos últimos frecuentemente contradictorios. Cuando se hace referencia a definición de identidad, se habla de la forma en que él y la joven se van definiendo como persona y como hombre o mujer. Juan R. 2011

En la adolescencia esta el conflicto entre el deseo vehemente de encontrar una identidad individual para afirmar un Yo único y el deseo abrumador de ser exactamente como sus amigos, ya que la pertenencia a

un grupo tiene un valor muy importante. Por ello, las amistades llegan a ser más íntimas las relaciones entre amigos dominan el mundo social del individuo y constituyen la fuerza más poderosa de su vida, porque cumple varias funciones, entre las que están la búsqueda de independencia y separación de su familia. Algunos adolescentes se rebelan, adoptan una identidad negativa y se convierten en lo opuesto de lo que esperan de ellos' Pérez, M. 2009

d).Desarrollo Psicosocial en la Adolescencia

La etapa del desarrollo psicosocial en la adolescencia el ser humano se caracteriza por ese gran número de cambios propios de este desenfrenado proceso que parece en muchas ocasiones, traer gran dificultad para el niño en su desenvolvimiento y crecimiento como individuo de una sociedad.

Como cambios iniciales de esta etapa se pueden mencionar cambios visibles en la conducta del niño como es la necesidad en grandes cantidades de afecto dirigida principalmente hacia los padres o figuras de crianza, son muy comunes las relaciones que se establecen entre niños de la misma edad en especial con primos y vecinos o compañeros de clases. En la adolescencia temprana también es muy común ver como el joven experimenta cambios afectivos y sociales tanto en la casa como en el colegio y demás zonas de convivencia haciendo nuevos lazos afectivos y distanciando cada vez más su apego de los padres; cabe resaltar que dependiendo de los valores, estabilidad afectiva y reglas que sean inculcadas por los padres, se garantizaran buenas bases para un optimo desarrollo de las habilidades sociales. Andrés G. 2011

e). Desarrollo Moral en la Adolescencia

La mayoría de los adolescentes, están en el desafío convencional de desarrollo moral, se conforman a lo que la (mayoría) de la sociedad dice, piensan en hacer lo correcto para complacer a otros o para obedecer la ley. Las diversas formas en los que los adolescentes reaccionan a los dilemas morales, ilustran las diferencias en su manera de reaccionar.

La formación y desarrollo de la moral del adolescente depende de manera determinante del tipo de educación que se le haya inculcado y las experiencias de vida o dilemas morales a los que se haya enfrentado. Kohlberg tiende a pensar que a la persona se le puede orientar para que eleve su pensamiento moral, no moralizándolo o predicándole, ni con recompensas o castigos sino confrontándole con dilemas morales y ayudándole a desarrollar su pensamiento en relación a los mismos. Los adolescentes que obtienen altas puntuaciones en participación e interacción avanzan más rápidamente a través de los estadios morales que los que son socialmente inactivos. Así los profesores y los padres que quieren hacer avanzar el razonamiento moral de los jóvenes deben proporcionarles las oportunidades de discutir, interpretar y tomar parte en dilemas morales. Ángel - 2011

2.4.1.4 Proyecto de Vida del Adolescente

El adolescente debe enfrentar un conjunto de desafíos y tareas en su proceso de convertirse en adulto. Esto le exige optar en distintos ámbitos de la vida: valores, estudios, amistades, trabajar, pareja, etc. Las decisiones que tome en esta etapa repercutirán indudablemente en su porvenir. Las y los adolescentes enfrentan una transición crucial en sus vidas. Dejan atrás un cuerpo niño y un mundo justamente “subsidiado” y predeterminado ellos por sus adultos cercanos.

Tienen que asumir un cuerpo vigoroso, maduro y fértil. Ahora pueden responsabilizarse de su propia seguridad y de su salud.

Han adquirido la capacidad de elegir las relaciones, los valores y los proyectos que deciden defender, proponer e impulsar, en busca de un mundo nuevo, posible y deseado. Buscan lograr su autonomía personal, familiar y ciudadana, sin tener que perder a su familia, sin dejar de querer, pertenecer y ser queridos.

El curso de vida, ese río imparable e inquieto, encuentra un nuevo abismo y, en una nueva transición, salta otra vez, convertido en cascada. La adolescencia representa una transición brusca, agitada, imaginada, que llena de sorpresa a quienes, en su infancia y niñez, aprendieron a vivir con guías concretas y aceptando reglas dadas, dedicando gran parte de su energía a investigar, experimentar y construir conocimientos básicos.

Durante la adolescencia, las personas se revisan críticamente a sí mismas y revisan al mundo que las rodea, en busca de ideas y principios propios, en busca de planes y proyectos que marquen un rumbo propio y de una nueva dimensión a su futura vida adulta y ciudadana. Elías S. 2010

2.4.1.5 Factores de Riesgo en la Adolescente

En la adolescencia los factores de riesgo pueden provocar daños psicológicos y físicos, presentando un conjunto de problemas nuevos y realmente perturbadores que provoquen consecuencias negativas para la salud.

Entre los problemas más frecuentes que se presentan en los adolescentes tenemos

- Una menarquia 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
- La necesidad de probar su fecundidad o fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles
- La falta o la distorsión de la información: entre las adolescentes a menudo circulan "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: en familias donde existe una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y no utilizan medidas anticonceptivas
- Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.
- Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos Elizabeth Á. 2009

2.4.2. Relaciones Sexuales en la Adolescente

Las relaciones sexuales para muchos jóvenes es muy importante porque con esto sienten que demuestran madurez pero no es así porque no saben si pueden contraer una enfermedad o que la chica pueda quedar embarazada.

Dependiendo del medio social donde se encuentren es la presión que pueda tener sobre si ya tuvieron relaciones sexuales los hombres por ejemplo los presionan sus amigos porque si no tienes relaciones no eres hombre y por ello se sienten presionado. En el caso de las mujeres también por estar mal aconsejadas por sus amigas por que se siente bien o por tener una experiencia divertida y muchas veces no mide las consecuencias que esto puede traer.

Por otra parte también influyen los valores morales de cada uno de los jóvenes, por la sencilla razón de que todos no fueron educados de la misma forma por el ámbito social , la religión u otros factores los cuales nos distinguen que no todos deseen tener relaciones a una corta edad o que sean virgen hasta el matrimonio.

Quizás la mayoría de los jóvenes ya han tenido relaciones y por ello los demás sienten que ellos también, tengan que hacerlo para no quedar fuera de este grupo de amigos y así perder su virginidad.

Pero no estás seguro de que sea el momento adecuado aunque como dicen que no es nada del otro mundo parece ser sencillo y que nada puede salir mal.

Algunos cambios que sufre el cuerpo son los que despiertan esta curiosidad de los muchachos porque se sienten atraídos por el sexo opuesto y es donde comienza a despertar el interés de saber y conocer. Este es el motivo que los lleva a tener una novia y después de un tiempo

piensan que ya es el momento de tener relaciones con su novia es, donde los jóvenes pierden su virginidad.²³Cutiño B. 2009

2.4.2.1. Consecuenciasde Tener Relaciones Tempranas

Enfermedades de Transmisión Sexual

La incidencia de enfermedades de transmisión sexual en las adolescentes, en especial el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), aumentó en los últimos años. Según losCentersforDiase Control (Centro para el Control de Enfermedades) se estima que 2,5 millones de adolescentes al año presentan enfermedades de transmisión sexual.

Las jóvenes adolescentes tienen una tasa mas elevada de enfermedades de transmisión sexual (p. ej., gonorrea, citomegalovirus, cervicitis por clamidias y enfermedades pélvicas inflamatorias) que cualquier otro grupo de distinta edad, esto excluye a los hombres homosexuales y trabajadoras sexuales.

El aumento de la incidencia del SIDA en la población de 20 a 29 años causa gran preocupación por que es probable que muchos de estos casos se originen a fines de la adolescencia. Si la proporción de casos reportados aumenta entre la población heterosexuales como se prevé para los siguientes años, los adolescentes tendrán riesgos aun mayor de adquirir esta infección.

Entre las enfermedades de transmisión sexual que con más frecuencia aparecen según estudios epidemiológicos realizados en los últimos cinco años tenemos las bacterianas como (gonorrea, clamidia, sífilis y vaginosis) que son más frecuentes en los adolescentes; y las virales (VIH y el virus del papiloma humano (VPH), así como el herpes genital y el virus de la hepatitis.

Estas infecciones influyen en las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil y tienen consecuencias tales como infertilidad, embarazo ectópico, bajo peso al nacer, e infección por el VIH cuando no se tratan adecuadamente y a tiempo.

El riesgo de padecerlas está muy relacionado con el comportamiento sexual y las formas de protegerse, entre otros factores tenemos conductas negativas como la infidelidad, cambio frecuente de pareja y la falta de una adecuada y correcta cultura sexual.⁶Reeder y Otros. 2009.

2.4.3 Embarazo en la Adolescencia

2.4.3.1 Concepto

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.⁶. Reeder y otros. 2009.

a) Atención Prenatal de las Adolescentes Embarazadas

Las adolescentes gestantes constituyen un grupo poblacional vulnerable con mayor prevalencia de deficiente soporte social y/o familiar, bajo nivel socio-económico, bajo nivel educativo, tensión emocional, sentimientos de tristeza y angustia que contribuyen a alta inasistencia o mala adherencia a los servicios de salud junto a menor calidad en el autocuidado de la gestación.

Control Prenatal.- Es el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

La atención prenatal es fundamental para el fomento de la salud de la madre y el niño, y debe ser precoz, periódica e integral. **CONASA 2008**

Completo e Integral

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.
- Control periódico e integral de la embarazada.

Precoz.- Captación de la embarazada en lo posible después de la primera falta menstrual, o cuando es clínicamente diagnosticada, a fin de detectar oportunamente factores de riesgo.

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

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

En un embarazo de alto riesgo los controles deben ser con menos intervalo de tiempo entre cada control, siguiendo el criterio del médico
Ralih C. Benson, 2012

2.4.3.2 Factores Sociales que Inciden en el Embarazo en la Adolescencia

El embarazo en la adolescencia actualmente es un problema social, que afecta de una forma importante a los jóvenes en este periodo de la vida, porque están implicados factores individuales, familiares, socio-culturales y económicos que comprometen a la madre e hijo.

Dentro de los factores individuales, se plantea que las adolescentes que se embarazan tienen baja autoestima, frecuentemente han fracasado en sus estudios, tienen sentimientos de soledad y refieren conflictos con sus padres, dificultad para establecer metas personales apropiadas y para gratificarse a sí mismas con sus propios logros, poca tolerancia a la frustración, tendencia a la impulsividad y a la inestabilidad emocional, dificultad para anticipar consecuencias y para aprender de la experiencia. También son frecuentes los antecedentes de abuso sexual. El bajo nivel educativo, se asocia a un desinterés general sin que exista un proyecto de vida que priorice alcanzar unas determinadas metas y posponer la maternidad para la edad adulta.

En relación con los factores familiares, aunque son inespecíficos, se describen características que aumentan la probabilidad de que ocurra un embarazo adolescente. Este incluye las pérdidas afectivas significativas, figuras parentales ausentes o de vínculos frágiles y conflictivos con la adolescente, sentimientos de ser rechazada o no querida por uno o ambos padres y embarazos adolescentes y/o prematrimoniales en la madre y/o el padre u otras figuras femeninas significativas dentro del grupo familiar. Se agrega a esto el antecedente de uno o ambos padres con ingestión alcohólica excesiva, familias donde se valora el tener muchos hijos y la dificultad para expresar verbalmente sentimientos y emociones lo que conduce a actuar las emociones facilitándose así las conductas sexuales y violentas.

Los factores socioculturales son también complejos e inespecíficos. Aunque los embarazos adolescentes se dan en todos los estratos sociales, se ha visto que tienden a aumentar en familias populares urbanas que viven en condiciones de hacinamiento, con trabajos inestables y de poca remuneración (entre 20% a 28% de cada 100 mujeres entre 15 y 19 años). También se considera que un factor importante es la influencia de los medios de comunicación en la sexualidad adolescente. Reeder y otros. 2009.

2.4.3.3 Consecuencias para la Madre Adolescente

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

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

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

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

a) Consecuencias Biológicas

- El embarazo de una adolescente está considerado de alto riesgo, pues el cuerpo de la mujer a esa edad aún no está suficientemente maduro como para afrontar el desgaste que supone dicho proceso
- Por supuesto a menor edad, mayores complicaciones existen
- La mujer adolescente no está aún lo suficientemente desarrollada para soportar los cambios que produce el embarazo, ni para dar a luz de forma natural
- La hipertensión
- La toxemia
- La anemia
- La placenta previa
- Retraso en el crecimiento intrauterino y otras patologías durante el embarazo
- Aumento significativo de partos prematuros
- Recién nacidos pequeños y de bajo peso
- El riesgo de muerte a consecuencia de estas complicaciones es mayor a menor edad

b) Consecuencias Psicológicas

- La madurez emocional que se necesita para ser madre tarda aún más en llegar que el desarrollo físico
- La adolescencia, en sí misma, es una época complicada, es el periodo en el que se está a caballo entre la niñez y la edad adulta, en el que se reacciona como niño pero se pretende actuar como si ya se fuese mayor.

- Las repercusiones en cuanto a la vida diaria de la joven: tener que dejar de estudiar, enfrentarse a la decepción familiar, asumir responsabilidades que aún le quedan muy grandes

c) Consecuencias Educativas

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

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

d) Consecuencias Económicas

En el caso de que la madre decida quedarse con el hijo, las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo o que, en el caso de encontrarlo esté mal pagado. Como consecuencia de ello, muchas de estas chicas viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza. En algunos casos, la situación económica es tan precaria que pasan a depender de la asistencia social.

La precariedad económica se mantiene incluso varios años después del embarazo.

e) Consecuencias Sociales

El embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores principalmente de orden psicosocial

Aparece en todos los estratos sociales aunque no tienen las mismas características en todos ellos:

En las adolescentes embarazadas de estratos medio y alto: la mayoría interrumpen la gestación voluntariamente

En los estratos más bajos en los que existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más habitual que lleven adelante su embarazo y tengan su hijo Ruiz M. 2009

2.4.4 Madre Adolescente

2.4.4.1 Concepto

Concepto. Según la Organización Panamericana de la Salud la define como las mujeres que han tenido su primer hijo antes de los 20 años.

La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el período 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 las que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, remplazando a sus madres y privándose de actividades propias de su edad Tandazo M. 2009.

2.4.4.2 Miedos y Actitudes de la Maternidad en la Adolescente

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

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

En la Adolescencia Temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

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

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

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

2.4.4.3 Diferencia entre ser Madre Adolescente de una Adolescente

La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.

La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.

Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas vana a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.

Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.

Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible. Manjon A. 2010

2.4.4.4 Consecuencia para el Hijo de una Adolescente

Depende del entorno social y familiar correspondiente, puede presentarse las siguientes:

- Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer dependiendo de las circunstancias que se ha desarrollado la gestación.
- Mayor riesgo de parto pre término
- Malformaciones congénitas es más frecuente entre los hijos de adolescentes menores de 15 años.
- Mayor tasa de morbimortalidad perinatal.
- Presentan bajos niveles de desarrollo durante los primeros años de vida.
- Sufren abusos físicos, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y mental.
- padres no disponen de trabajo. Manjon A. 2010

2.4.5 Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del Niño

La alteración del crecimiento puede definirse como una desviación del patrón normal del crecimiento de los niños sanos. Es muy importante recordar que, dado que no existen dos niños exactamente iguales, el concepto de lo que representa un crecimiento "normal" ha de ser necesariamente entendido con suficiente amplitud de criterio.

Antes del nacimiento, el crecimiento del embrión y el feto es controlado por los ginecólogos. Tras el nacimiento, los niños deben ganar entre 150 y 200 gramos por semana desde la segunda semana hasta la edad de tres meses. El peso al nacimiento debe haberse multiplicado por dos a la edad de cinco meses etc.

Todos los niños difieren en tamaño, por razones genéticas. El examen del crecimiento, por lo tanto, no puede estar basado en una única determinación de la talla. Por esta razón es de capital importancia efectuar un seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño durante un determinado periodo de tiempo y empleando sistemas especiales de medida. Dicho con otras palabras, no es el peso y la talla en un momento dado lo que más nos interesa, sino las velocidades de incremento de talla y peso.

La mayoría de niñas/os ecuatorianos menores de 5 años presentan problemas nutricionales como desnutrición, anemia, enfermedades infecciosas, sobrepeso y obesidad, debido a la falta de una alimentación adecuada, tanto en calidad como en cantidad. Su alimentación es monótona, escasa y baja en el consumo de alimentos ricos en vitamina A y hierro. Estas patologías constituyen la amenaza más grande para la supervivencia y salud de los infantes. Según la Organización Panamericana de la Salud el 94% acuden a los servicios de salud en busca de atención por alguna enfermedad o maltrato. Juan D. 2010

2.4.6. Crecimiento y Desarrollo del Niño

2.4.6.1 Concepto

El crecimiento y desarrollo del niño son dos fenómenos íntimamente ligados, sin embargo conllevan diferencias que es importante precisar. Se

entiende por crecimiento al aumento del peso y de las dimensiones de todo el organismo y de las partes que lo conforman; se expresa en kilogramos y se mide en centímetros. El desarrollo implica la biodiferenciación y madurez de las células y se refiere a la adquisición de destrezas y habilidades en varias etapas de la vida.

Todos los niños de edades comprendidas entre los primeros meses de la vida y los tres años deben acudir a su revisión periódica, con el pediatra para que los mida y los pese, lo que le permitirá en cada caso orientar a los padres en su manejo. El aumento regular de peso y talla es el indicador más confiable de que el niño goza de un buen estado general de salud y se desarrolla adecuadamente. Los padres deben recordar que lo importante es el aumento de peso y talla de cada niño en particular y no su peso relativo respecto al de otros niños.

Se recomienda pesar y medir a los niños cada mes. Si los padres y el pediatra no aprecian ningún aumento en el peso y la talla durante dos meses seguidos, puede ser señal de que existe algún problema o bien que éstos se vean frenados por alguna enfermedad. Al mes de edad el niño tiene un peso promedio aproximadamente de 3.750 a 4 kilos y mide 53 centímetros, todavía mantiene sus manos empuñadas y cuando está despierto prefiere estar acostado boca arriba. Carreras M. 2008

a)Crecimiento

Se entiende por crecimiento al aumento del tamaño y el número de las células. Es una noción anatómica, cuantitativa, susceptible por tanto de ser evaluada numéricamente y que se refleja, por ejemplo, en la ganancia de peso, talla y perímetros corporales. Álvaro P. 2008 pág. 46

b) Factores que Determinan el Crecimiento y Desarrollo del Niño

El crecimiento depende de múltiples factores **internos y externos** y de carácter biológico, psicológico y social, a saber: el potencial genético, los factores neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, económicos, nutricionales, psicoemocionales y el proceso salud enfermedad de estos factores unos determinan la ingesta de nutrientes, otros su aprovechamiento y algunos mas influyen en ambos procesos los cuales proporcionan en el organismo el sustrato de proteínas, carbohidratos, grasas, minerales, vitaminas, fibras y agua que requiere la información y reparación de los tejidos orgánicos: Álvaro P. 2008 pág. 46

a) Factores Internos:

- **La herencia:** es decir el cúmulo genético que el niño ha recibido de sus progenitores conforman un código determinante en el nivel potencialde su desarrollo.
- **El sistemaendocrino:** en los primeros meses de vida, el desarrollo está determinado por este sistema, al igual que durante toda la vida, Un buen desarrollo del sistema endocrino es imprescindible en cuanto a la evolución.
- **El metabolismo:** también son importantes la digestión, la absorción intestinal, etc. Por ello se hace principal mención de la alimentación adecuada (factores externos), ya que la misma determinará en gran medida, el funcionamiento metabólico

b) Factores Externos

- ✓ **El ambiente:** en el ambiente se contemplan todos los estímulos a los cuales se somete al niño: colores, texturas, formas, música, etc. que conforman su ambiente inmediato.

- ✓ **El aporte alimenticio:** una alimentación sana y equilibrada va a ser fundamental en las posibilidades de desarrollo del bebé. Además de los alimentos adecuados, en el niño deben respetarse los lapsos de tiempo entre comida y comida. Álvaro P. 2008 pág. 47

2.4.6.2 Evaluación del Crecimiento

Cada niño crece con su propio ritmo; el crecimiento concluye hasta los 20 años de edad. La evaluación del crecimiento se hace mediante indicadores directos, los que generalmente se miden en el momento del examen como las medidas antropométricas, la edad ósea, el desarrollo dental y genital del individuo, e indicadores indirectos, información que suministra los padres y adultos responsables como la historia familiar y social Álvaro P. 2008 pág. 54

La evaluación del crecimiento se puede realizar a través de 4 indicadores antropométricos básicos y universales:

- **Peso para la Edad (P/E).**- Este índice refleja la masa corporal relativa a la edad cronológica o desnutrición global.
- **Peso para la Talla (P/T).**- Indicador de adelgazamiento o desnutrición aguda.
- **Talla para la Edad (T/E).**- Este índice refleja el crecimiento lineal alcanzado y su déficit es indicativo de inadecuada alimentación y/o trastornos de salud por un largo periodo previo de tiempo que se conoce como desnutrición crónica.

- **Perímetro Cefálico para Edad (PC/E).**- La falta o aumento excesivo del crecimiento son signos de alarma y son evaluados minuciosamente.

La evaluación del crecimiento físico es fundamental para llegar a determinar las condiciones nutricionales individuales y permite determinar tempranamente la desnutrición e implementar medidas preventivas y terapéuticas. Luanne P. 2012 pág. 64

a) Peso

Expresa el crecimiento de la masa corporal en su conjunto. Para evaluar adecuadamente su significado hay que tener en cuenta la edad del niño, la talla, la configuración del cuerpo, las proporciones de grasa, músculo y hueso, el peso al nacimiento y la constitución física de los padres, entre otros.

- Nace: 3000-3500 gramos.
- 1° Trimestre: 25-30 gramos/día
- 2° Trimestre: 20 gramos/día
- 3° Trimestre: 10-15 gramos/día
- 4° Trimestre: 10 gramos/día
- 1° Año: 9500-10250
- 1° al 2° año : 2500-3500 gr./año
- Del 2° al 5° año: 2 Kg. Por año

Técnica para Pesar:

El niño menor de dos años será pesado cada mes en forma individual, utilizando una balanza pesa bebé, acostado sobre el plato, sin ropa. Es necesario verificar que la balanza esté encerada.

El niño mayor de dos años permanece de pie, inmóvil en el centro de la plataforma, con el peso del cuerpo distribuido en forma pareja entre ambos pies, debe quitarse los zapatos, el abrigo y toda prenda innecesaria.

Pasos para Graficar el Peso/Edad de las Niñas /os en las Curvas de Crecimiento MIES, 2008

En las curvas de crecimiento para hombres y mujeres se encuentran graficadas las medidas de peso de referencia para el crecimiento normal, así como las líneas que señalan o clasifican la desnutrición leve, moderada y grave, de acuerdo a la edad de los niños/as.

En las líneas verticales de la gráfica se encuentra el peso en kilogramos; en las líneas horizontales se encuentra la edad en meses y años cumplidos.

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

- Si el punto marcado, se encuentra sobre + 2 desviaciones estándar, significa que está con sobrepeso.
- Si está en el espacio entre + 2 y -2 D.E. tiene un crecimiento normal.
- Si está por debajo de -2 D.E. tiene desnutrición leve.
- Si está en el espacio por debajo de -3 DE, tiene desnutrición moderada.
- Si está por debajo de -4 D.E. tiene desnutrición grave. (Ver anexo 2 y 3)

b) Talla

Es la dimensión que mide la longitud o altura de todo el cuerpo; cuando se le toma en posición acostada se le denomina longitud supina y cuando se le toma en posición de pie, estatura. Se considera la dimensión más útil para la evaluación retrospectiva del crecimiento.

- Nace: 50 cm.
- 1° Mes: 4 cm. en el mes
- 2° Mes: 3 cm. en el mes
- 3° al 7° Mes: 2 cm. por mes
- 8° al 12° Mes: 1 cm. Por mes
- 1° Año: 72 cm.
- 2° Año: 82 cm.
- A partir de los 4 años, hasta el inicio de la pubertad, se crece a una media de 5 a 7 cm por año.

Técnica para la Medición de Talla

Para medir al niño menor de dos años, en decúbito dorsal (longitudinal), se utiliza el paidómetro o infantómetro y se requiere de dos personas, una de ellas sujeta la cabeza del niño 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 mayor de dos años se la mide de pie (estatura). Se utiliza el tallímetro de pedestal o cinta métrica, se verifican los puntos de contacto (talón, nalga, hombro y nuca) y el plano de Frankfurt, al tiempo que se pone el punto superior del tallímetro en contacto con el punto más prominente de la cabeza.

Pasos para Graficar la Talla/Edad de los Niños/as en las Curvas de Crecimiento

La longitud talla/edad indica retardo del crecimiento o desnutrición crónica. En las líneas verticales izquierdas de la gráfica se encuentra la longitud-talla en centímetros; en las líneas horizontales se encuentra la edad en meses y años cumplidos.

La gráfica contiene 5 espacios separados por líneas curvas que señalan la clasificación de la longitud-talla en: talla alta, normal, desnutrición crónica leve, desnutrición crónica moderada y desnutrición crónica grave.

El punto de unión de ambas líneas determina en qué espacio o zona se encuentra la niña/o

- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva normal, la niña/o tiene crecimiento adecuado.
- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva por debajo de -2 D.E., la niña/o tiene desnutrición crónica leve y requiere medidas complementarias en su alimentación.
- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva por debajo de -3 D.E., la niña/o tiene desnutrición crónica moderada y requiere de atención médica.
- Cuando en la gráfica el punto se encuentra en la curva por debajo de -4 D.E., la niña/o presenta desnutrición crónica grave y requiere de atención médica inmediata. (Ver anexo 4 y 5)

c) Indicé de Masa Corporal

IMC es un indicador que relaciona el peso de la persona con su talla/longitud, útil para evaluar la nutrición y el estado de salud;

Se calcula con la fórmula matemática de la siguiente forma:

IMC = peso/talla² o bien **IMC** = Peso/ talla/ talla

Peso en Kg y talla en m

d) Perímetro Cefálico

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.

La medida del perímetro cefálico forma parte de la rutina del pediatra para verificar el desarrollo sano del niño, tanto al nacer como después en las visitas rutinarias al especialista, normalmente hasta los 2 años de edad.

Procedimiento para la Toma del Perímetro Cefálico

Utilizar una cinta métrica metálica flexible o plástica, se aplicará y sujetará la cinta a nivel de las protuberancias frontales y occipitales. La lectura debe hacerse en la región parietal izquierda. Esta medida se realizará hasta los dos años de edad, y se registrará en centímetros. (Ver anexo 6 y 7)

Los valores normales de ganancia del perímetro cefálico:

- De 0 a 4 meses: 2cm/mes
- De 5 a 12 meses: 0.5cm/mes
- De 2 a 5 años: 0.7cm/año
- De 6 a 12 años: 0.5cm/año. Álvaro P. 2008 pág. 45

2.4.6.3 Desarrollo

Se entiende por desarrollo el avance en la diferenciación de las células y tejidos, lo que significa complejidad de creciente de las estructuras orgánicas y funcionales; es, pues la adquisición de nuevas funciones mediante maduración.¹⁶ Álvaro P. 2008 pág. 57 -58

a) Factores que Determinan el Desarrollo

El niño es el gestor de su propio desarrollo; sin embargo, recibe, influencias de carácter genético, herencia y de carácter ambiental. La interacción plena de estos dos factores hace que el desarrollo sea favorecido si el niño tiene un cuerpo sano y completo un ambiente favorable.

b) Factores Causales del Trastorno del Desarrollo.

Hay muchos factores que pueden interferir en ese proceso. Podemos clasificar los factores de riesgo para el desarrollo en biológicos y ambientales.

- **Los Biológicos.**-Se destacan las malformaciones congénitas, síndromes genéticos, prematuridad, infecciones u otras alteraciones del sistema nervioso central.
- **Dentro de los Riesgos Ambientales.**-Tenemos ausencia de relaciones afectivas positivas, estrés intra-familiar, practicas inadecuadas de cuidado y educación, falta de los recursos sociales, educacionales y de salud.

Los indicadores de desarrollo pueden agruparse en cinco áreas:

- **Área Motora:** sustentación del tronco, movimiento corporal, habilidades de las manos.
- **Desarrollo de Lenguaje:** comunicación receptiva y expresiva.

- **Desarrollo Cognitivo:** aprendiendo las reacciones frente a situaciones.¹⁶Álvaro D. 2008 pág. 60-61.

2.4.6.4 Desarrollo Físico del Niño de 0 a 2 Años 6 Meses

Durante la primera semana de vida el recién nacido pierde de forma natural de un 10 a un 15% del peso que empezará a recuperar en la segunda semana de vida. Esta pérdida de peso se debe, sobretodo, a la pérdida de líquidos que daban ese aspecto de "hinchado" al bebé al nacer en pies, párpados y manos.

En las visitas al pediatra se irá pesando y tallando al niño. A grandes rasgos los niños y las niñas ganan unos 4 cm el primer mes y 3.5 cm el segundo. Al final del primer trimestre ha alcanzado los 60-62 cm. Respecto al peso, la ganancia es muy acelerada las primeras semanas de vida, en torno a los 25-30 gramos al día, lo que supone unos 200 gramos semanales. El perímetro craneal se incrementa de 1-2 cm cada mes.

Esto son valores orientativos, siempre será el pediatra el que valorará mediante las tablas de crecimiento el desarrollo físico del niño teniendo en cuenta sus circunstancias personales. Al nacer el niño tiene dos fontanelas (partes blandas localizadas en la cabeza del recién nacido y que son zonas donde los huesos del cráneo no se han cerrado), a los dos meses, la fontanela posterior se cierra.

Desarrollo del Niño de 1- 6 Meses

Este periodo es fundamental para su desarrollo posterior como persona integrante de una sociedad, con unos valores, normas y actitudes que hay que respetar y con los que hay que convivir.

El niño va a experimentar grandes cambios y progresos en todos los ámbitos del desarrollo mental, motor, afectivo social y lenguaje.

Cada niño tiene su propio ritmo de crecimiento y desarrollo, atenderemos a la generalidad. Tanto el ambiente familiar como el educativo van a determinar su desarrollo.

Conocer cada etapa, saber de sus posibilidades y de sus necesidades, es imprescindible a la hora de establecer unos objetivos, unas unidades didácticas, una programación.

Motricidad Gruesa

Comprende todo lo relacionado con el desarrollo cronológico del niño especialmente en el crecimiento del cuerpo y de las habilidades psicomotrices, es decir se refiere a todos aquellos movimientos de la locomoción o del desarrollo postural como andar, correr, saltar, etc

Motricidad Fina

Esta comprende todas aquellas actividades del niño que necesitan de una precisión y un elevado nivel de coordinación.

Esta motricidad se refiere a los movimientos realizados por una o varias partes del cuerpo, que no tienen una amplitud sino que son movimientos de mas precisión.

Para conseguirlo se ha de seguir un proceso cíclico: iniciar el trabajo desde que el niño es capaz, partiendo de un nivel muy simple y continuar a lo largo de los años con metas más complejas y bien delimitadas en las que se exigirán diferentes objetivos según las edades.

Los aspectos a trabajar más tanto son:

- Coordinación viso-manual
- Motricidadfacial
- Motricidadfonética
- Motricidadgestual

Desarrollo del Lenguaje

Como se desarrolla el lenguaje en los niños de 0-3 años
 Los bebés comienzan a desarrollar su sistema auditivo dentro del vientre materno, en ese momento son capaces de percibir sonidos a su alrededor, comenzando con los órganos internos de su madre, (principalmente los latidos de su corazón) percibiendo también los sonidos y voces que llegan desde fuera del vientre materno. Es en este momento, mediante los estímulos auditivos, cuando se comienza a desarrollar el lenguaje en el pequeño.

Al nacer, este proceso se acelera porque el bebé cuenta con más estímulos directos, a nivel de todos sus sentidos, si los padres y personas cercanas al bebé promueven e incentivan los estímulos, el desarrollo será más rápido.

El desarrollo del lenguaje es una habilidad que cada niño adquiere su propio ritmo, pero podemos colaborar con él hablándole mucho para que pueda practicarlo. Aunque el niño te parezca inmaduro para ello, los niños son muy receptivos y está absorbiendo todo lo que se le da, almacenando información, conceptos y palabras que le permitirán comenzar a hablar cuando tenga cerca de un año de edad, no dudes en “conversar” con él, la comunicación verbalesla mejor manera de ayudarlo

- Conversa con tu bebé cuando durante su día a día cuando juegos, durante las comidas, el baño, antes de dormir y en cualquier momento. Si el bebé mostrara alguna forma de

comunicación, sea con un movimiento físico, balbuceo, gesto, etc., debes responderle, de esta forma se le estimula para que tenga mayor iniciativa.

- La audición influye en el proceso del habla y de la comunicación, debes estimularla haciendo sonidos con objetos fuera del espacio visual del niño, con el fin que él los busque y encuentre. Escuchar música es beneficioso puesto que las melodías infantiles son rítmicas y repetitivas, favoreciendo la memoria y la audición.

Desarrollo Social

- La afectividad es un aspecto crucial en el desarrollo social, primordial durante los dos primeros años
- Desde el nacimiento el niño busca los estímulos sociales, expresa sus intereses, sus deseos y disgustos.
- Durante los primeros meses se desarrolla el vínculo de apego a la figura de referencia (alimento, cubrir necesidades y seguridad)
- 2 y 3 meses, aparición de la sonrisa (indiscriminada y espontánea), comienza

b) Desarrollo del niño de 7 a 12 meses

Motricidad Fina

La motricidad fina comprende todas aquellas actividades del niño que necesitan de una precisión y un elevado nivel de coordinación. Esta motricidad se refiere a los movimientos realizados por una o varias partes del cuerpo, que no tienen una amplitud sino que son movimientos de más concreción. Se cree que la motricidad fina se inicia hacia el año y medio, cuando el niño, sin ningún aprendizaje y quizás movido por su instinto,

empieza a poner objetos uno encima de otro, a hacer borrones con lápices, cambiar las cosas de sitio, etc.

Desarrollo del Lenguaje.

Es muy emocionante para los padres a medida que observan cómo sus bebés se convierten en seres sociales capaces de interactuar con los demás. Si bien cada bebé desarrolla el habla a su propio ritmo, a continuación se enumeran algunas de las etapas frecuentes en este grupo etáreo:

- dice pa-pá y ma-má y saber quiénes son estas personas
- imita sonidos y algunas palabras
- dice dos palabras además de ma-má y pa-pá
- imita sonidos de animales en respuesta a preguntas (por ejemplo, "¿Cómo hace la vaca?")

Desarrollo Social

La ansiedad ante la separación y el miedo a los desconocidos son conductas comunes a esta edad. La ansiedad ante la separación es la angustia y el miedo de que se lo separe de sus padres, independientemente de si el padre o la madre se retiran de la presencia del niño. Sin embargo, ésta es una parte importante de la relación con los padres. Si bien cada niño es único y desarrollará una personalidad diferente, a continuación se enumeran algunos tipos de conducta frecuentes que podría presentar su hijo:

- demuestra miedo y ansiedad ante los desconocidos; puede aferrarse a los padres o llorar si se retiran

- dice adiós con la mano
- llora o demuestra lo que siente cuando se le dice "no"

c) **Desarrollo del niño de 13 a 18 meses**

La Motricidad Fina es el uso de las manos y la coordinación de éstas para movimientos específicos. Muy unido a la visión.

La Motricidad Gruesa se refiere al movimiento y equilibrio del cuerpo utilizando segmentos gruesos de éste, como brazos, piernas y tronco.

Desarrollo Sensorial

- El plazo de su memoria visual va en aumento
- Discrimina los ruidos y sonidos del hogar
- Localiza con la vista objetos cuando escucha que se habla de ellos
- Puede tomar objetos sin mirarlos
- Se interesa por libros de cuentos que tienen dibujos
- Discrimina auditivamente pequeñas órdenes y es capaz de cumplirlas: dame eso, toma agua, toma tu taza etc.

Desarrollo de Lenguaje

- Ya puede imitar onomatopeyas
- Su exploración le está permitiendo explorar objetos, investigar su uso y conocer su nombre
- Balbucea y designa un sonido a algunos objetos
- Comienza a articular algunas palabras: toma, dame, papá
- Responde NO a la mayoría de las preguntas
- Su comprensión de las cosas presenta grandes avances y siente necesidad por querer nombrarlas
- Responde pequeñas preguntas
- Da un nombre a los miembros de la familia; tata, dada etc.

- Entiende muchas cosas que se le dicen
- Le gusta jugar con el teléfono e imita los diálogos
- A los 18 meses pronuncia cerca de 17 palabras inventadas por él

Desarrollo Social

- Goza de una importante posición familiar y lo disfruta mucho
- Repite las acciones que causan el festejo de las personas cercanas a él
- Comienza a sentir su propia identidad
- Ya puede sentir el miedo y el enojo, la ansiedad y la simpatía
- Reacciona favorablemente frente a la música, le gustan los sonidos suaves repetidos rítmicamente
- Comienza a desarrollar un primitivo sentido del humor y responde con risas a ruidos y sorpresas
- Comienza a ser más independiente, puede usar sus dedos para comer, roza el dedo con la cuchara
- Ayuda cuando lo visten
- Utiliza sus balbuceos para atraer la atención de las personas
- Se está adaptando a nuevas habilidades cognitivas que le permiten socializar mejor.

d) Desarrollo del niño de 19 a 24 meses

Motricidad Fina:

- Realiza torre de 3-4 cubos.
- Deja caer bolitas con precisión en un recipiente pequeño
- Garabatea espontáneamente ◦
- Puede limitar groseramente un trazo simple

Motricidad Gruesa:

- Trepa escaleras.
- Corre con las piernas rígidas
- Se trepa a muebles ◦ Camina hacia atrás.
- Patea la Pelota (75%)
- Empuja y tira un objeto grande
- Arroja pelota ◦ Se sienta solo en una silla pequeña
- Sube escaleras de la mano

Desarrollo del Lenguaje

- Utiliza si o no con conocimiento
- Dice su nombre cuando se lo piden
- Su lenguaje interior es mucho más amplio que el exterior, sin embargo ha aumentado las palabras que puede pronunciar
- Utiliza mucho: ese, esa, así, dame
- Cada mes incorpora cerca de 6 a 10 palabras a su vocabulario
- No utiliza los artículos pero comienza a juntar palabras: come, pan, dame coca etc.
- Cerca del mes 22 comienza a utilizar plurales
- Comienza a hablar con más sentido y de forma más entendible
- Cerca del mes 24 aumenta a 20 palabras nuevas por mes
- Al cumplir los 24 meses, su lenguaje oral se ha incrementado en gran forma: ya logra estructuras gramaticales, utiliza los pronombres personales y posesivos: ese vaso es mío, toma tu pan

Desarrollo Social

- Distingue muy bien “lo mío” y comienza a reclamarlo, y distingue entre “tu” y “yo”
- Disfruta sus marchas constantes descubriendo objetos entre las personas
- Ya es más independiente pero llora cuando alguien se va y lo deja
- Reacciona desfavorablemente a los cambios de horario y de rutina diarias
- Los cambios de horario son como precipicios y se pone rebelde para aceptarlos
- Ha aprendido la rebeldía y a manifestar su desacuerdo, su posición más que agresiva es auto conservadora
- Su conducta es muy egocéntrica
- Es difícil de manejar; no responde ni a los regaños ni la disciplina severa
- Las palabras significan demasiado poco para él
- Al final del segundo año de vida (20 a 24 meses) comienza a tener control de sus esfínteres y puede comenzar a avisar anticipadamente
- Percibe a las personas diferentes a él; él es un individuo omnicircundante sin nadie que se le asemeje

e) Desarrollo del niño de 25 a 30 meses

La Motricidad Fina. Influyen movimientos controlados y deliberados que requieren el desarrollo muscular y la madurez del sistema nervioso central. Aunque los recién nacidos pueden mover sus manos y brazos, estos movimientos son el reflejo de que su cuerpo no controla conscientemente sus movimientos.

Motricidad Gruesa. El desarrollo del movimiento se divide en motor grueso. El área motora gruesa tiene que ver con los cambios de posición del cuerpo y la capacidad de mantener el equilibrio. La dirección que sigue el desarrollo motor es de arriba a abajo, es decir, primero controla la cabeza, luego el tronco. Va apareciendo desde el centro del cuerpo hacia afuera: primero controla los hombros y al final la función de los dedos de la mano.

Desarrollo del Lenguaje

- Se expresa con frases sencillas con sentido completo.
- Usa los pronombres dando máxima prioridad a yo y mío.
- Recuerda secuencia de cuentos.
- Hace descripciones sencillas de ilustraciones.
- Comprende y utiliza frases negativas.
- Canta canciones cortas.

Desarrollo Social

- Tiene un mayor control de esfínteres.
- Se forma la tipificación sexual (sabe si es niño o niña).
- Aparecen los celos y las mentiras.
- Comparte su juego con otros niños.
- Se opone frecuentemente al adulto, llegando a las rabietas.
- Disfruta imitando al adulto.
- Expresa ampliamente sus deseos y sentimientos.
- Se viste solo, aunque sin soltura. María S. 2012

2.4.6.5 Test para Evaluar el Desarrollo del Niño

Es la adquisición continua y progresiva de funciones, destrezas y habilidades en el niño, como resultado de la maduración del Sistema Nervioso Central, las cuales siempre aparecen en forma ordenada en

cada niño habiendo variación en cuanto a la edad o tiempo en el que se produce; o puede definirse como el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas, a través del ordenamiento espacial de las células, diferenciación e integración de funciones.

El desarrollo al igual que el crecimiento esta también sujeto a la influencia de algunos factores como: Factor Genético, el estado de salud y el Ambiente social; además es necesario que el niño tanto la estimulación sensorial como motriz, del lenguaje y socio emocional, así como ciertas condiciones ambientales básicas, tanto en el aspecto nutricional y en el afectivo y cultural. La base genética, específica de cada persona, establece unas capacidades propias de desarrollo y hasta el momento no es posible modificarla.

Los factores ambientales van a modular o incluso a determinar la posibilidad de expresión o de latencia de algunas de las características genéticas. Estos factores son de orden biológico y de orden psicológico y social. Son factores ambientales de orden biológico el mantenimiento de la homeostasis, estado de salud, ausencia de factores de agresión al sistema nervioso. Son factores ambientales de orden psicológico y social la interacción del niño con su entorno, los vínculos afectivos que establece a partir del afecto y estabilidad en los cuidados que recibe, la percepción de cuanto le rodea (personas, imágenes, sonidos, movimiento).

a) Test de Aldrich y Noval

Evaluación del desarrollo sicomotor El término desarrollo se refiere a los cambios en la función del organismo. Es deber ineludible del equipo

básico de salud, evaluar periódicamente el desarrollo sicomotor que manifieste un/a niño/a, muy especialmente en los primeros dos años de vida.

El crecimiento y el desarrollo sicomotor no se manifiestan en forma independiente, sino que representan una continuidad de interrelaciones entre el potencial genético por una parte, y el medio ambiente por otra. Sin lugar a dudas, la evaluación del desarrollo sicomotor es una actividad importante, al igual que la evaluación del crecimiento físico y son parte integrante de la atención de todo niño/a, pues una y otra se complementa.

Se aplicarán el Test de Aldrich y Norval para los 12 primeros meses de edad y el de Barrera –Moncada para niños/as de 12 a 60 meses de edad. El registro se hará en el gráfico con una “X” correlacionando el ítem y la edad en meses. Las zonas gris y blanca inferior son consideradas como el rango de normalidad. El/la niño/a ubicado en la zona blanca superior requiere una valoración más completa, para lo cual se utilizará el Test de Denver. (ver anexo 8)

b) Test de Barrera Moncada

Este test se utiliza en los niños de 12 a 60 meses

En la aplicación del test se realizará preguntas a la madre sobre hechos asociados al desarrollo observando al niño/a si cumple o no con un conjunto seleccionado de comportamientos esperados para su edad. Es un factor importante observar el comportamiento de la madre, interacción entre ella y el niño/a.

El registro se hará en el gráfico con una hoja (x) correlacionando el ítem y la edad en meses. Las zonas gris y blanca inferior son consideradas como el rango de normalidad

El niño /a ubicada en la zona blanca superior requiere una valoración más completa, para lo cual se utiliza el test de Denver el mismo que ayuda a los proveedores de salud a detectar los principales problemas en los niños pequeños explora cuatro áreas del desarrollo motor fino, motor grueso, personal-social y lenguaje y está considerada como la escala más aceptable para el cribado de los niños de 14 meses a los seis años. (Ver anexo 9)

c) Test de Denver

Se utiliza para valorar el desarrollo psicomotor durante los 6 primeros años de vida.

Valora las siguientes áreas, esferas o sectores:

- (1) Motora grueso.
- (2) Motora fina adaptativa.
- (3) Lenguaje.
- (4) Socio-personal.

Para iniciar el test se traza una línea vertical en el gráfico correspondiente que abarque los sectores ya mencionados, cuya significación será la edad cronológica del niño. Para los niños prematuros, restamos el número de meses de prematuridad de la edad cronológica del niño.

El test de Denver no es una prueba de inteligencia. Se ha propuesto como instrumento de investigación para ser utilizado en la práctica clínica con el fin de observar si el desarrollo de un niño en particular se encuentra dentro de los límites normales.

Interpretaciones: Las preguntas del examen se clasifican en 4 categorías: Motor Grueso; Motor Fino Adaptativo; Lenguaje; y Social.

El **extremo izquierdo** del trazo utilizado indica la edad en la que el 25 % de la población estándar puede realizar el ejercicio.

El trazo en **verde** abarca del 25 al 50 %.

El trazo en **azul** abarca del 50 al 75 %.

El trazo en **rojo** abarca del 75 al 90% de la población estándar puede ejecutar la prueba. Frankenburg- D. 2008

2.4.7 Salud Materno Infantil

2.4.7.1 Concepto

La salud materno infantil queda englobada dentro de la Salud Pública la cual se define como “el conjunto de actividades encaminadas a promover y promover la salud, prevenir la enfermedad, a curar y a rehabilitar a la comunidad en general”. Luego la salud Materno infantiles la parte cuyas actividades están encaminadas a atender a la población; madre, recién nacido y familia. Pero no sólo se ocupa del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, sino también de los problemas de salud de la mujer (ciclo reproductivo desde la pubertad a menopausia, independientemente de que tenga o no hijos o relaciones sexuales).

La finalidad es el nacimiento de un hijo sano en el seno de una familia capaz de criarlo adecuadamente (entorno familiar saludable), o sea, promover un embarazo, parto y puerperio sin problemas (bienestar materno), asegurar el bienestar del recién nacido hasta la adolescencia y adicionalmente el bienestar familiar.

2.4.7.2 Metas que Perciben Alcanzar

La presente administración se plantea cinco objetivos en la atención de los retos en salud que enfrenta el país: (mejorar las condiciones de salud

de la población;) reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; iii) prestar servicios de salud con calidad y seguridad; iv) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y v) garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país. Para cumplir con estos objetivos se diseñaron las siguientes diez estrategias: i) fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios; ii) fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades; iii) situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud; iv) desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud; v) organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud; vi) garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud; vii) consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona; viii) promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector; ix) fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos, y x) apoyar la prestación de servicios de salud mediante

2.4.7.3 Mortalidad Materno Infantil

Los resultados de la asistencia materna sanitaria se reflejan a través de las estadísticas de morbilidad y mortalidad. Estas indican si ha habido progreso en el logro de los objetivos de la planificación de la asistencia sanitaria. En los países desarrollados la calidad de vida económica, social, cultural y sanitaria hace que las cifras de mortalidad materna (mm) sean menores que en países subdesarrollados.

Cuando una mujer muere se compromete el desarrollo de los hijos y la familia, especialmente de los más pequeños. Uno de cada cinco embarazos y una de cada diez muertes maternas ocurre en adolescentes.

En el Ecuador, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) reportó en el año 2009 que dentro de las quince principales causas de muerte infantil, al menos cinco estaban asociadas con el periodo del parto y posparto inmediato.

La mayoría de las mujeres y recién nacidos que fallecen son indígenas o afroecuatorianos, pobres o provenientes de áreas rurales. Ecuador registra altas tasas de mortalidad materna: 97 muertes maternas de cada 100.000 nacidos vivos y 11,8 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos.

El Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno de la Revolución Ciudadana, asume el compromiso de cambiar ésta situación, de mejorar la calidad y esperanza de vida de la población y de reducir la muerte materna en un 30% y la mortalidad neonatal en un 35.

2.4.7.4 Programa de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública

El Ministerio de Salud Pública realizó el lanzamiento del Programa Nacional de Salud de la Niñez, un documento sobre las acciones necesarias para una correcta atención de los niños en los primeros 14 años de vida. De esta manera, se asegura un seguimiento eficaz, tratamiento y control equitativo para todos los niños del país.

El Director del Programa Nacional de la Niñez, Jorge Quian, señaló que este documento, también funciona como herramienta para que el cuerpo de pediatría y los equipos de salud, tengan nociones claras sobre las bases de los controles y el seguimiento

a) Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN)

En 1974 la Conferencia Mundial de la Alimentación dictó por primera vez, una resolución que hacía un llamado a la FAO, la OMS y el UNICEF para el establecimiento de la VIGILANCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (VAN), como la única forma de desarrollar los sistemas de información relacionados con la nutrición cuyo objetivo fundamental fuera la selección y la aplicación de políticas y programas efectivos. A partir de entonces, mucho se ha discutido sobre la conveniencia o no de mantener los Sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), como una estrategia acertada para combatir los problemas alimentario-nutricionales. Cuba posee un Sistema de Vigilancia desde 1977, que a inicio de los años 80 alcanzó cobertura nacional. Con el objetivo de garantizar el uso adecuado y oportuno de la información obtenida y de fomentar su sostenibilidad, se tienen en cuenta algunos principios básicos, entre los que se destacan: información para la acción, abordaje multisectorial de los problemas, uso de otros sistemas de información y retroalimentación.

Clasifica entre los sistemas diseñados para la planificación de políticas y programas y ofrece información sobre la disponibilidad, accesibilidad, y consumo de alimentos y el estado nutricional. Por su capacidad y prestigio técnico contribuye a crear conciencia, entre los que tomadores de decisiones, de las implicaciones socioeconómicas de los problemas nutricionales.

b) Programa Integrado de Micronutrientes (PIM)

El programa fue creado con el objetivo de contribuir a la reducción y prevención de los problemas nutricionales causados por deficiencias de micronutrientes (Fe, Zn, vitamina A, ácido fólico) en la población ecuatoriana de mayor riesgo social y biológico. Para el cumplimiento de

sus objetivos el PIM tiene los siguientes componentes de suplementación a través de: tabletas de hierro y ácido fólico para embarazadas; jarabe de hierro para menores de 2 años; y cápsulas de vitamina A para niños de 6 a 36 meses.

Los grupos beneficiarios para la entrega de hierro tenemos:

- **Embarazadas.-** Desde la primera consulta y en cualquier momento del embarazo, se les entrega 10 tabletas mensuales, una tableta toma miércoles y domingo.
- **Niños menores de 1 año.-** De peso bajo al nacer y prematuros a partir del segundo mes de vida se entrega unfrasco de sulfato ferroso de 30ml, se administra 20 gotas (un gotero) miércoles y domingo hasta los 6 meses de edad. y a partir del sexto mes: 30 gotas (un gotero y medio) miércoles y domingo hasta el año de edad.

Los grupos beneficiarios para la entrega de Vitamina A

- **Niños de 6 a 12 meses:** 100.000 UI cada 6 meses independientemente de su estado nutricional.
- **Niños de 12 a 36 meses con bajo peso:** 200.000 UI cada 6 meses.
- **Niños de 12 a 36 meses con peso normal:** 100. 000 UI cada 6 meses.¹⁸Sisvan 2009

C) Programa de Educación Alimentaria Nutricional (PEAN)

El objetivo del PEAN es orientar a la población a la adopción de hábitos alimentarios saludables. Las estrategias utilizadas para el logro del objetivo, se traducen en la organización y ejecución de charlas grupales en pre y pos consulta, utilizando material educativo diseñado para el abordaje de hábitos alimentarios por ciclo de vida; demostraciones y

degustaciones de producto de alimentación complementaria y recetas caseras que potencializan el valor biológico de los alimentos; a cargo principalmente del personal de enfermería.

Para el efecto se cuenta con una amplia variedad de material educativo que se dispone en cada unidad operativa. ¹⁸Sisvan 2009

d) Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PANN)

El gobierno del Ecuador y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo suscibieron en agosto de 1999 el Convenio "Documento de Soporte del Programa" mediante el cual se con financió el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, PANN 2000. Este Programa adscrito al Ministerio de Salud Pública, inicio como una intervención de apoyo técnico en promoción y cuidado de salud primaria (nutrición materna y salud de niños); para mujeres, niñas y niños como beneficiarios primarios y profesionales del sector salud como beneficiarios secundarios, en materia de alimentación y nutrición.

Con la ley de Seguridad Alimentaria aprobada el 27 de abril de 2006, el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición aumenta su eje de acción hasta el grupo etario de 3 años (36 meses)

e) Programa de 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". 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. La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. El Comité de lactancia de la Asociación española de pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y UNICEF.

Según la OMS y el UNICEF, a partir de los dos primeros años la lactancia materna debería mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. En nuestra cultura se tiende a considerar la lactancia materna como algo propio únicamente de bebés de pocas semanas o meses.

Tipos de lactancia materna

- **Lactancia materna exclusiva:** Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- **Lactancia materna predominante:** Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- **Lactancia materna completa:** Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante.
- **Alimentación complementaria:** Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.

- **Lactancia materna:** Alimentación por leche de madre.
- **Lactancia de biberón:** Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana. Wilson, D. (2009)

f) Programa Ampliado de Inmunización.

Las coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones en el año 2009, superan las alcanzadas en el año 2008, en todos los biológicos. La vacuna contra Rotavirus que debido a su corto periodo de aplicación no llegaba al 95% y más desde su introducción en el año 2007, en el año 2009 alcanza el 97% de cobertura.

Como puede advertirse en el cuadro expuesto anteriormente, en los datos del mismo período de los años 2008 y 2009, se visualiza un incremento de las coberturas, en todos los biológicos, así en SRP un incremento del 15% en ROTA 15%, el menor incremento reportado es en BCG 2%.

La tendencia mensual promedio del 9%, se mantuvo en todos los meses en todos biológicos a excepción de la segunda dosis de Rotavirus, la cual llegó al 8.11%, con estas coberturas seguimos manteniendo coberturas para una inmunización efectiva y epidemiológicamente útiles.

Un aspecto relevante es el aumento de áreas de salud con coberturas superiores al 95% que ha mejorado en todos los biológicos, así relacionando diciembre del 2008 y 2009, se establece un incremento sostenido en todos los biológicos, así en SRP existe un incremento sobre el 95% de 39 áreas, en OPV 30 áreas, en PENTA y ROTA 26 y 30 áreas, respectivamente. Los datos expuestos demuestran el compromiso de miles de profesionales y trabajadores de este Portafolio con la Salud del Pueblo ecuatoriano. Ver **anexo N°10**

g) Programa de Detección Precoz de Enfermedades Congénitas y Metabólicas

Las enfermedades Congénitas en Castilla y León es un programa de cribado poblacional cuya finalidad es la detección precoz de alteraciones metabólicas (hipotiroidismo y fenilcetonuria) y genéticas (fibrosis quística e hiperplasia suprarrenal congénita) mediante la determinación de diversos parámetros en muestras de sangre procedente del talón del recién nacido tomadas entre las 48 y 72 horas de vida, con el objetivo de disminuir la incidencia de deficiencias físicas y psíquicas.

Estas enfermedades necesitan de una rápida detección para instaurar lo más rápidamente el tratamiento con el fin de evitar en lo posible las secuelas físicas y psíquicas (que el daño cerebral sea mínimo).

Algunas enfermedades congénitas producen alteraciones que son imposibles de prevenir, pero en otras los síntomas tienen un cierto periodo de latencia y existe tratamiento preventivo. Esto ocurre, por ejemplo, en la fenilcetonuria o en el hipotiroidismo; mediante dieta pobre en fenilalanina o mediante hormona tiroidea pueden ser evitadas o, al menos, minimizadas sus consecuencias. En otras ocasiones el daño no se puede evitar, pero sí se puede hacer tratamiento de las secuelas, sean funcionales o psicointelectuales.

El diagnóstico precoz de la Fibrosis Quística permite instaurar, antes de que se presenten los síntomas clínicos, una serie de medidas preventivas tanto de la afectación respiratoria como de la malabsorción intestinal derivada de la insuficiencia pancreática exocrina. Estas actuaciones redundan en la mejora de las expectativas en lo que concierne a la evolución a largo plazo de la enfermedad.

La identificación neonatal de enfermos de Hiperplasia Suprarrenal Congénita evita el fallecimiento por deshidratación grave y la incorrecta asignación de sexo en niñas.

Este Programa se lleva a cabo desde 1990. La población diana a la que va dirigido el Programa son todos los recién nacidos en Castilla y León. Desde los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social se remite a todos los hospitales de la Comunidad Autónoma con Servicio de Obstetricia (públicos y privados) y a todos los Centros de Salud el material necesario para recoger la muestra de sangre, así como información destinada a los padres de los recién nacidos sobre la conveniencia de realización de la prueba.

Las muestras se remiten por correo al Instituto de Biología y Genética Molecular (IBGM) de la Universidad de Valladolid, donde se realizan las determinaciones necesarias y se informa a la familia de los resultados.

Se solicitan 2 muestras a los nacidos con peso inferior a 2.500 gr, con el fin de evitar errores en la detección de hipotiroidismo. Para simplificar la metodología, simultáneamente también se repite la determinación de fenilcetonuria en estos casos. Esta segunda toma de muestra sanguínea se hace a los 15 días de vida.

2.4.8 Salud Pública

2.4.8.1 Concepto

La salud pública como ciencia apenas tiene poco más de un siglo de existencia, pero manifestaciones del instinto de conservación de la salud de los pueblos existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. Sin embargo la inclusión de la restauración de la salud es una adquisición relativamente reciente.

- Los egipcios, según Heródoto, eran el más higiénico de los pueblos. Practicaban la higiene personal, conocían gran número de fórmulas farmacéuticas, construían depósitos de arcilla para las aguas de bebida y canales de desagüe para las aguas residuales.
- Los indostaníes, según Charaka y Shusruta, padres de la medicina ayurveda, eran los pioneros de la cirugía estética, y de programas de salud pública que se basaban en conformar patrones de alimentación, sexualidad, de descanso, y de trabajo.
- Los hebreos llevaron todavía más lejos las prácticas higiénicas, al incluir en la ley mosaica, considerada como el primer código de higiene escrito, el Levítico datada en 1500 años antes de JC. En este código se describe como debe ser el aseo personal, las letrinas, la higiene de la maternidad, la higiene de los alimentos, la protección del agua...
- La civilización griega presta más atención a la limpieza personal, al ejercicio físico y a las dietas alimenticias que a los problemas del saneamiento del medio.
- El imperio romano es famoso por sus actividades en los campos de la higiene personal con la construcción de baños públicos y de la ingeniería sanitaria con la construcción de acueductos.
- En América Prehispánica, la civilización Tehotihuacana contó con grandes obras que le permitían llevar agua limpia a la ciudad, así como de deshacerse de agua sucia, Lo mismo sucede en la cultura Azteca. Esta última se crea en islotes dentro de un gran lago, por lo cual desarrolla diversas medidas para evitar su contaminación. Se dice que los Aztecas aprendieron a vivir con el lago, mientras que los conquistadores españoles, quisieron vivir contra el lago teniendo que sufrir constantes inundaciones (algunas que duraron años) e hicieron del viejo y limpio Tenochtitlan una de las ciudades más sucias del mundo.

2.4.8.2 Rol de la Enfermera en la Salud Materno Infantil

La Enfermería en la Salud comunitaria .Salud Pública puede definirse como, un subsistema de servicios, que proporciona el Estado, paralelo a la corriente principal de la medicina, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, dirigidos a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, estos servicios pueden ser otorgados a; medio ambiente, comunidad, o a un grupo vulnerable (por ejemplo Programa de salud mental) Por lo que “la esencia de la Salud Pública consiste en adoptar una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones” (Giaconi, 1994). Además con la reforma de la Salud ya instaurada, se realizan sus funciones, otorgándole a su cargo “las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a la población o grupos de personas” (Artículo 8, Ley 19.937).

En donde se le añade la función de vigilancia. En el ámbito de la Salud pública, el papel del profesional de Enfermería es fundamental, ya en el año 1893 Lillian Wald (1897-1949) presenta el término “Enfermería de Salud Pública, para las enfermeras que trabajan fuera de los hospitales en comunidades pobres que ha ido evolucionando hasta convertirse en la década de los setenta en Enfermera Comunitaria” . (Anaya, Zurita 2003) El concepto de enfermería de salud pública de Wald se expande desde entonces por todo el mundo, mostrando así, la importancia a la relación que existe, entre los servicios de enfermería de salud pública y los problemas sociales que acompañan una enfermedad.

La vocación corresponde fielmente a la labor de la Enfermera, y específicamente de una Enfermera comunitaria

La enfermera en sí puede desarrollar para los adolescentes:

- Cursos de autoestima en los colegios.

- Talleres de sexualidad responsable.
- Talleres de embarazo precoz en los colegios.
- Formar las escuelas de padres con ayudas de los colegios y la asociación de vecinos, para que participe toda la comunidad.
- Talleres sobre enfermedades de transmisión sexual en colegios.
- Motivar a los adolescentes a evitar el embarazo y a utilizar los servicios de planificación familiar para obtener información técnica y confiable.
- Indicar al adolescente los factores de riesgo por involucrarse en una actividad sexual precoz.
- Alentar la postergación de la actividad sexual hasta que los adolescentes tengan madurez cognoscitiva y emocional para manejar en una forma adulta todas las implicaciones de una relación sexual.
- Promover el concepto de que todo niño que viene al mundo tiene el derecho a nacer deseado y protegido.
- Promover la idea de que ambos progenitores tienen el deber de dar amor y protección a los hijos.
- Estimular el retorno a la escuela para completar su formación.
- Estimularla a alcanzar buena capacitación y buenos niveles de preparación para la vida.
- Involucrar al padre en la responsabilidad con respecto a la crianza del hijo.

2.5.- HIPÓTESIS

Ser madre adolescente tiene relación con la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en el Subcentro de Salud de Salasacadel Área N° 5 del Ministerio de Salud Pública, de la Provincia de Tungurahua, del Cantón Pelileo.

2.6.- SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES:

2.6.1.- Variable Independiente:

- Madre adolescente

2.6.2.- Variable Dependiente:

- Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del Niño de 0 a 2 años 6 Meses de edad.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. ENFOQUE

La presente investigación tendrá un, enfoque predominantemente cualitativo pues trata de comprender el fenómeno en su totalidad, logrando una visión más amplia en los aspectos globales del mismo, Se busca identificar los principales problemas buscando soluciones acertadas, en una acción conjunta participativa interactuando con la madre adolescente y su hijo dentro del contexto en el que 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 investigara a los hijos de madre adolescentes en su entorno, pudiendo observar la realidad de su situación, sus condiciones de vida y de manera especial se identificara las alteraciones que pudieran estar presentándose en cuanto a su crecimiento y desarrollo durante los dos primeros años de vida. Documental, en la medida en que se acudirá al Subcentro de salud de Salasaca para recoger datos de las historias clínicas de la población investigada.

Al mismo tiempo se profundizara en el aspecto teórico de esta problemática basándose en criterios científicos de varios autores al igual

que se revisaran estándares utilizados por MSP. Para valorar el crecimiento y desarrollo de los niños.

3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación partirá de un nivel exploratorio que nos permite ubicar de manera correcta la situación objeto para continuar en el nivel descriptivo en el que se comparara las diferentes problemáticas que se presenten en el estudio y finalmente se utilizara la asociación de variables a fin de buscar identificar si la presencia de alteraciones o patologías en el crecimiento y desarrollo del niño tiene relación con el embarazo ocurrido en la adolescencia. Este tipo de investigación permite evaluar las variaciones de comportamiento de una variable en función de otra.

La investigación será además tipo transversal y retrospectiva.

Transversal en cuanto se realizara en un espacio de tiempo limitado.

Retrospectiva en cuanto se estudiara a los hijos de madres adolescentes nacidos desde Junio 2012 a Diciembre del 2012 periodo en el cual los niños tendrán edades comprendidas entre 0 meses a 2 años de, 6 meses de edad.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Se trabajara con el total de hijos de madres adolescentes, nacidos entre Junio 2012 a Diciembre del 2012 identificados gracias a los datos estadísticos obtenidos en el Subcentro de Salud de Salasaca perteneciente al Cantón Pelileo. La población esta constituida por las madres adolescentes con hijos de 0 a 2 años 6 meses de edad atendidos en el Subcentro de Salasaca, que corresponde a un promedio de 20

madres adolescentes con hijos de 0 a 2 años 6 meses de edad con un numero de 80 madres adolescentes.

3.4.1.- Población Incluyente

- Madres adolescentes que han tenido su hijo hasta los 19 años.
- Niños de 0 a 2 años 6 meses de edad hijos de madres adolescentes.
- Madres adolescentes e hijos de (0 a 2 años 6 meses de edad) que pertenecen al Subcentro del Area de estudio.

3.4.2.- Población Excluyente

- Madres Adolescentes que no pertenecen a dicho subcentro.
- Madres Adolescentes con discapacidad que no puedan dar información.
- Madres Adolescentes que no colaboran.
- Madres mayores de 19 años.
- Niños mayores de 2 años 6 meses de edad.
- Hijos de madres Adolescentes fallecidos.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro N° 1. Variable Independiente: Madre Adolescente

Fuente: Problemática relacionado al tema de investigación.

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas	Instrumentos
<p>Madre Adolescente.</p> <p>Se llama madre adolescente a quien ha tenido su embarazo entre 10 a 19 años</p>	<p>Madre</p> <p>Adolescente</p>	<p>Características socio demográficas y controles prenatales</p> <p>De 10-13 años</p> <p>De 14-16años</p> <p>De 17-19años</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué características socio demográficas y prenatales presentan las madres adolescentes? • ¿Cuántas adolescentes embarazadas hay en los sectores investigados de las edades entre:? <p>Entre 10 – 13 años</p> <p>Entre 14 _16 años</p> <p>Entre 17 _19 años</p>	<p>Encuestas</p> <p>Observación de la historia clínica del SCS.deSalasaca</p>	<p>Cuestionario</p> <p>Guía de observación</p>

Elaboradopor: SandraPoaquiza.

Cuadro N° 2. Variable Dependiente: Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años, 6 meses de edad.

Conceptualización	Categorías	indicadores	Ítems básicos	técnicas	Instrumentos
Manifestaciones /o patologías que alteran el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.	Alteraciones en el:				
	a)Crecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Peso • Talla • Perímetro Cefálico 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los parámetros antropométricos de los hijos de madres adolescentes? 	Observación	Registros en las historias clínicas Cuaderno de notas Carnet de salud de los niños.
	b)Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Motricidad gruesa • Motricidad fina • Desarrollo del lenguaje • Desarrollo social 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En el desarrollo motor social y del lenguaje los niños están acorde para su edad? 	<ul style="list-style-type: none"> • Test de Barrera Moncada • Test de Aldrich y Norval. • Test de Denver 	Registros de los Test

Fuente: Problemática relacionada al tema de investigación

3.6.-RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La observación es uno de los métodos estadísticos que permite al investigador obtener información real y objetiva sobre el caso en estudio, por tal motivo se aplicará esta técnica para determinar varios aspectos, como son: las condiciones en las que se desarrolla el niño y la madre y su relación entre sí. Así también se utilizó como instrumento: las historias clínicas y el carnet de salud de los niños con la finalidad de obtener datos importantes sobre: medidas antropométricas y la evolución de su crecimiento y desarrollo.

Se utilizará también el formulario de encuesta lo cual por medio del formulario se obtendrá información sobre el embarazo, patologías pre y posnatales, lactancia materna, alimentación complementaria, entre otros. En lo referente a la valoración del desarrollo de los niños se utilizó los registros del test de Aldrich y Norval, Barrera-Moncada, y de Denver que se encontrará en las historias clínicas de los niños.

El proceso de recolección tendrá las siguientes etapas:

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

3.7.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se tabulará los datos y se realizará cuadros y gráficos de los diferentes aspectos que se investigará, para de este modo obtener las conclusiones que llevan a verificar o rechazar la hipótesis planteada.

3.8.- CRITERIOS ÉTICOS

Uno de los propósitos de efectuar una investigación es resolver un determinado problema o buscar una solución a la hipótesis planteada. Por

tal motivo es deber del investigador como parte integral del equipo de salud comunicar a los individuos sobre el trabajo que se encuentra ejecutando. Además de informar a las madres adolescentes que residen en la parroquia de Salasacaque los datos obtenidos en este proceso serán única y exclusivamente utilizados para mejorar sus condiciones de vida y las de sus hijos respetando siempre su cultura, religión, y decisiones. Con esto se lograra obtener información real y veraz.

CAPÍTULO IV

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se procederá a analizar los datos recolectados en las encuestas realizadas a las madres adolescentes con la finalidad de obtener información sobre el grado de escolaridad, número de gestas, número de controles prenatales, entre otras, para determinar si estas influyen o causan alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños, es decir, se busca identificar la relación entre la variable dependiente e independiente.

4.1.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA MADRE ADOLESCENTE

El objetivo principal de la investigación es “establecer la relación que existe entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño”. Por lo tanto como primer paso se obtuvo información del subcentro de Salud de Salasaca del Área N° 5 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua del Cantón Pelileo sobre las madres, sus edades, datos tomados de las historias clínicas.

TABLA N° 1

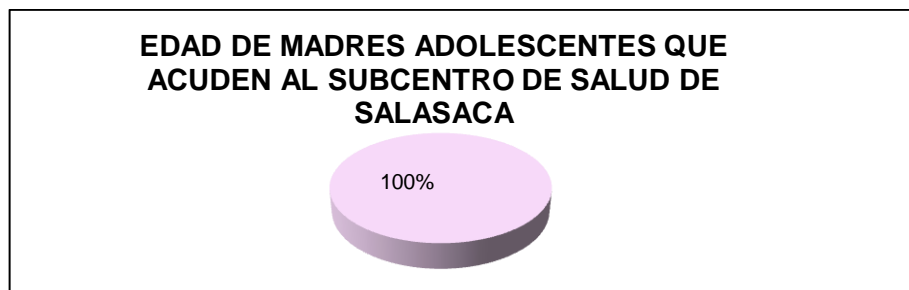
EDAD DE MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD SALASACA

GRUPO ETARIO (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adolescencia temprana (10-13 años)	0	0%
Adolescencia media (14-16 años)	0	0%
Adolescencia tardía (17-19 años)	20	100%
Total	20	100%

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012 del Subcentro de Salud Salasaca.

GRAFICO N° 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se refleja una total de incidencia de madres adolescentes de (17- 19) años que se encontraban en una adolescencia tardía con un porcentaje del 100%, sin observar ningún caso en la adolescencia temprana y media. La incidencia de un embarazo precoz en la adolescencia tardía en esta comunidad se debe al desconocimiento de las adolescentes sobre los métodos de planificación familiar, reflejando consecuencia negativas a corto y largo plazo, como parto prematuros, sangrado, infecciones, preeclampsia, anemia y la posibilidad de tener un niño con bajo peso porque la adolescente no han alcanzado su completo desarrollo físico y emocional.

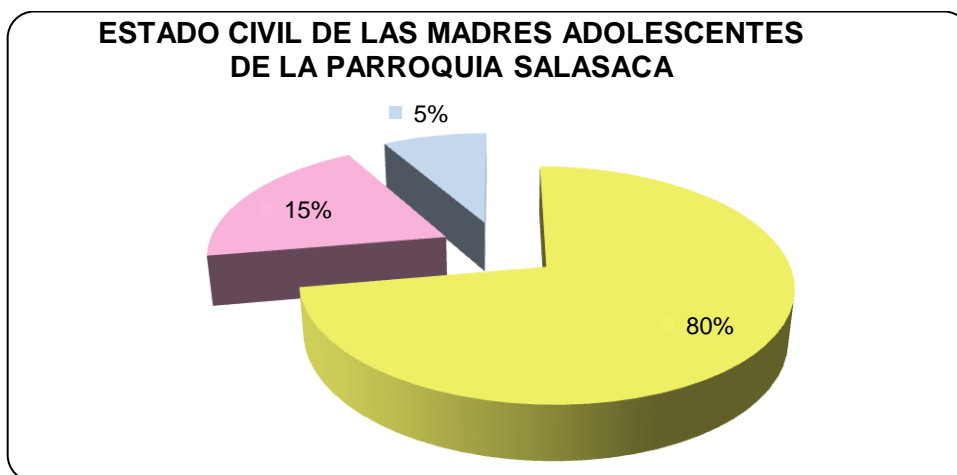
TABLA N° 2.
ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA
SALASACA.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	3	15%
Unión libre	1	5%
Soltera	16	80%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2011 a Diciembre del 2012 del subcentro salud Salasaca del área de salud N° 5.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N° 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 20 madres adolescentes encuestadas se evidencia que el 80% son solteras, en tanto que el 15% son casadas, y solo el 5% viven en unión libre. En el Subcentro de Salud de Salasaca existe una mayor incidencia de madres adolescentes solteras lo cual con lleva una situación difícil para la madre adolescente ya que no se encuentra física ni psicológicamente preparada para enfrentar este nuevo rol en su vida.

TABLA N° 3.

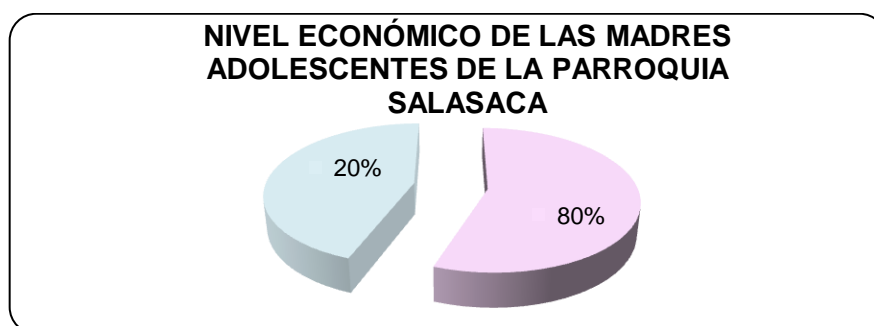
NIVEL ECONÓMICO DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

SITUACIÓN ECONÓMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel medio (> Salario \$ 650) (Comerciantes)	4	20%
Nivel bajo (< Salario Basico \$ 318)	16	80%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 hasta Diciembre del 2012 del subcentro de salud Salasaca del área de salud N° 5.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquizza Recalde

GRAFICO N°3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Con respecto al nivel económico el 80% de las madres adolescentes tienen un nivel económico bajo mientras que el 20% poseen un nivel económico medio. La situación económica de estas adolescentes es poco favorable ya que dichos ingresos no le permite acceder a la canasta básica.

TABLA N°4.

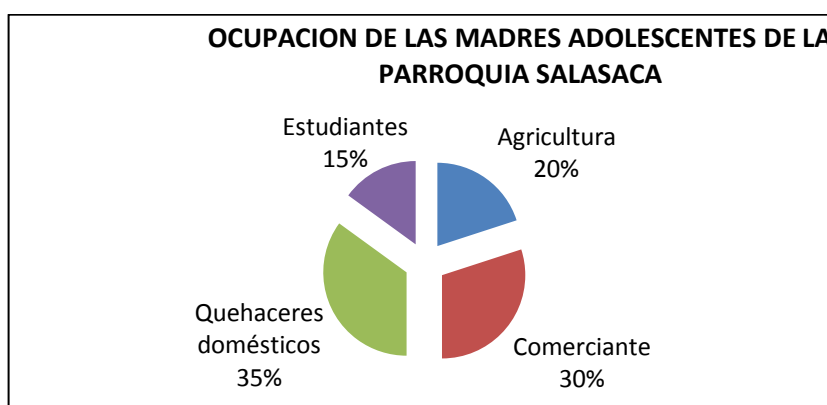
OCUPACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Agricultura	4	20%
Comerciante	6	30%
Quehaceres domésticos	7	35%
Estudiantes	3	15%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 hasta Diciembre del 2012 del subcentro de salud Salasaca del área de salud N° 5.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde.

Grafico N°4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Respecto a la ocupación de las madres adolescentes es notorio que el 35% se dedican a los quehaceres domésticos, a la agricultura se dedica el 20%, un mínimo porcentaje que se dedican a estudiar y representa tan solo el 15%. La mayoría de las adolescentes comprendidas en las edades de (17- 19 años), siendo importante también recalcar que en un porcentaje importante del (30%) se dedican a actividades comerciales.

TABLA N°5.

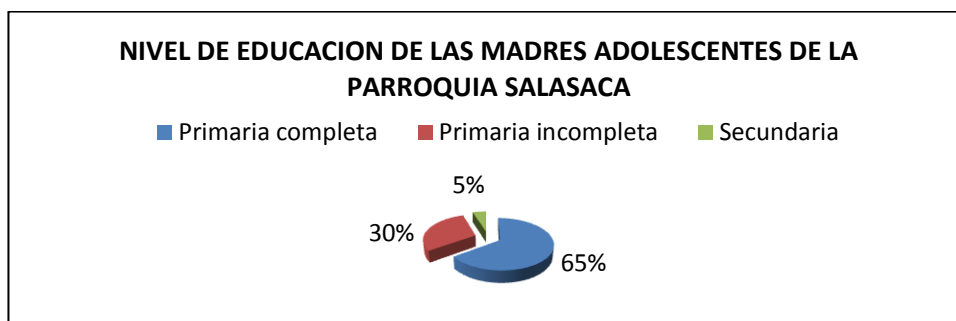
**NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA
SALASACA.**

NIVEL DE EDUCACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria completa	13	65%
Primaria incompleta	6	30%
Secundaria	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012 del subcentro de Salud Salasaca del área de salud N° 5.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde.

GRAFICO N °5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 20 madres adolescentes encuestadas se puede evidenciar que el 65% tiene un nivel de educación primaria completa, el 30% corresponde un nivel de educación primaria incompleta, un mínimo porcentaje que corresponde al 5% tienen la secundaria. El nivel de educación de las adolescentes es incompleto, ya que muchas de ellas han tenido que abandonar tempranamente sus estudios debido a la difícil situación económica en sus hogares.

TABLA N° 6.

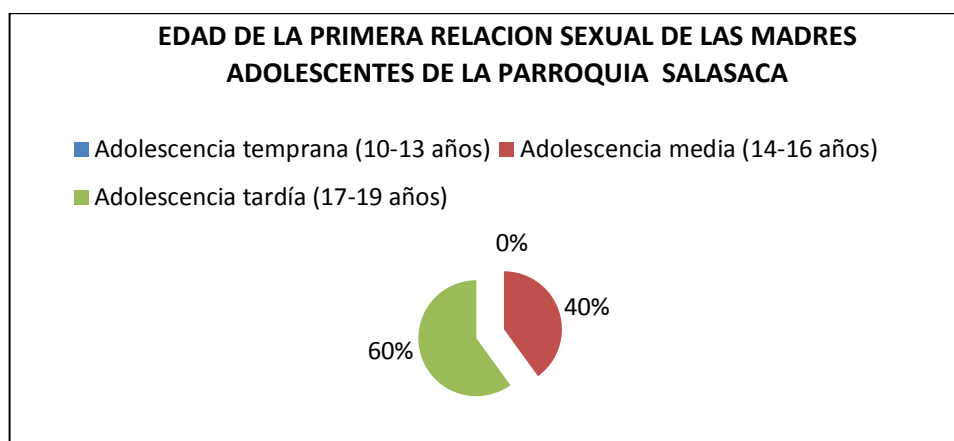
EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adolescencia temprana (10-13 años)	0	0%
Adolescencia media (14-16 años)	8	40%
Adolescencia tardía (17-19 años)	12	60%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012 del subcentro de salud Salasaca del área de salud N° 5.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N °6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Tras clasificar la respuesta de las madres adolescentes se puede apreciar que el 60% tuvieron su primera relación sexual encontrándose en una adolescencia tardía, el 40% en una adolescencia media (14- 16) años. Aun que en la actualidad el inicio de la vida sexual corresponde a edades más tempranas; pero en el área rural (Salasaca) no ejercen su sexualidad con responsabilidad. Puestos los padres no orientar a sus hijos sobre la sexualidad y peor aún sobre planificación familiar.

TABLA N° 7.

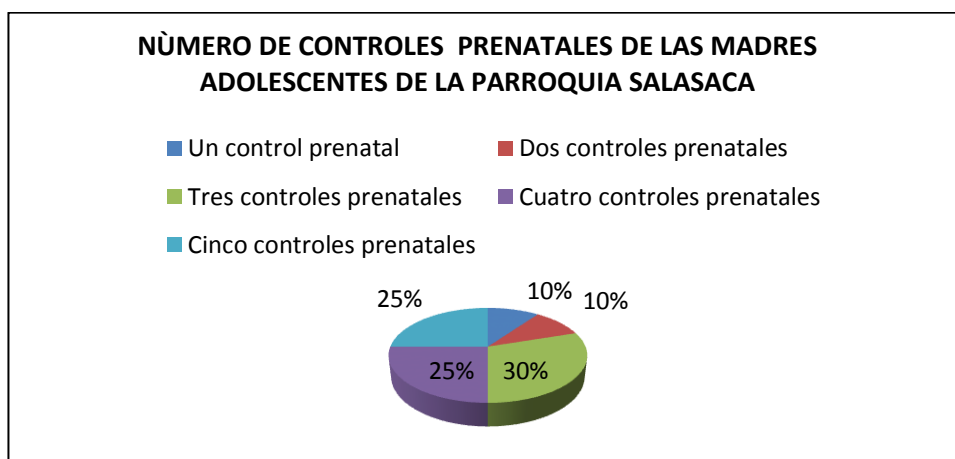
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Un control prenatal	2	10%
Dos controles prenatales	2	10%
Tres controles prenatales	6	30%
Cuatro controles prenatales	5	25%
Cinco controles prenatales	5	25%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012 del subcentro de salud de Salasaca del área de salud N° 5.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N °7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Tan solo el 50% de las madres adolescentes han realizado un mínimo de controles: Comprendidos entre 4 – 5 de estos .El 30% concurren a la casa de salud por tres ocasiones, y en mínimos porcentajes obtuvimos un control que representa tan solo el 10%. En este grupo de adolescentes se evidencia que presentan un control prenatal deficiente ya que muchas de ellas por el entorno socio-cultural, presentan problemas en la parte emocional influyendo en el crecimiento y desarrollo del niño en el proceso de gestación como al nacimiento.

TABLA N° 8.

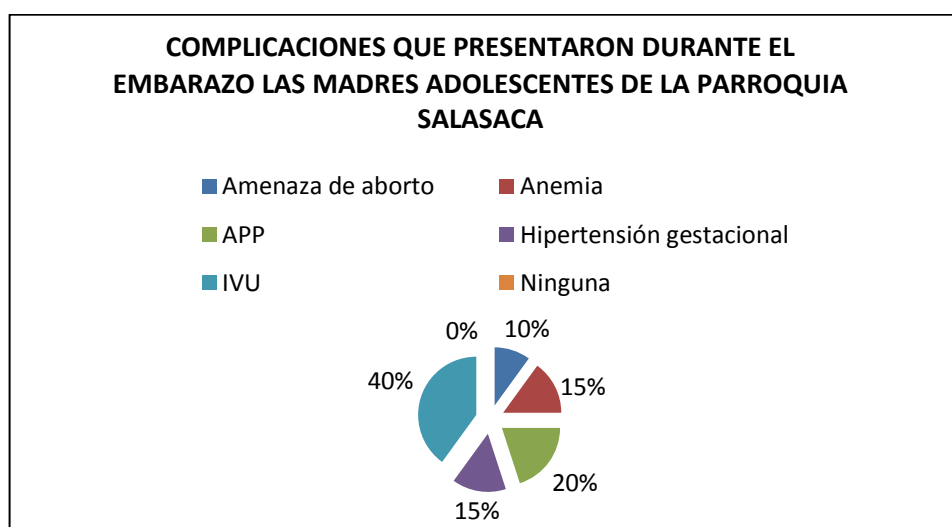
COMPLICACIONES QUE SE PRESENTARON DURANTE EL EMBARAZO LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amenaza de aborto	2	10%
Anemia	3	15%
Amenaza de Parto Prematuro	4	20%
Hipertensión gestacional	3	15%
IVU	8	40%
Ninguna	0	00%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012 del Subcentro de Salud Salasaca del área de salud N° 5.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N°8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Con respecto a las complicaciones prenatales, se observa que el 40% de las madres adolescentes presentaron infección de vías urinarias, mientras que el 15% presentaron anemia y hipertención gestacional, y un mínimo porcentaje amenaza de aborto. En esta comunidad las adolescentes presentaron en su mayoría infecciones de vías urinarias pues son frecuentes durante el embarazo por los cambios fisiológicos propios del mismo.

TABLA N° 9.

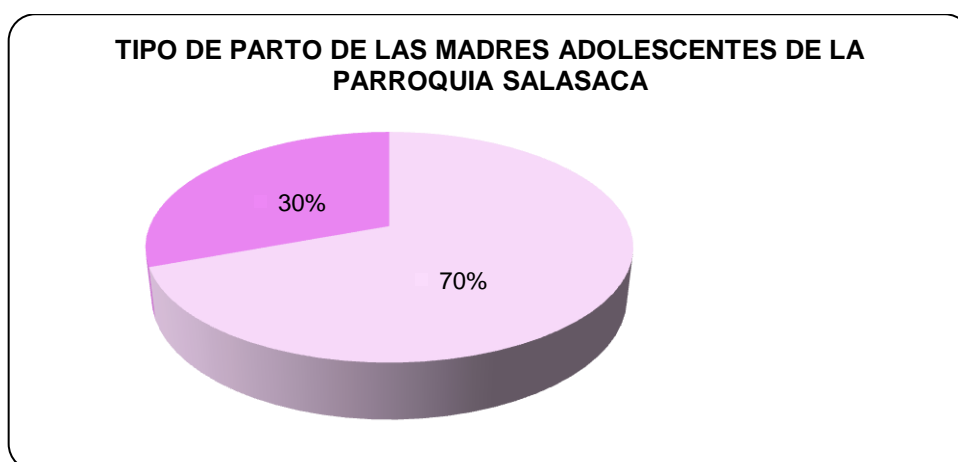
TIPO DE PARTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Céfalo/Vaginal	6	30%
Cesárea	14	70%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012 del subcentro de Salud Salasaca del área de salud N° 5.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N°9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del las 20 madres encuestadas se puede indicar que el 30% obtuvieron sus partos por vía vaginal sin complicaciones, mientras que el 70% de las madres tuvieron su parto por cesárea. Es decir que la mayoría de los niños nacieron por cesàrea. Se evidencia que un alto porcentaje de las madres adolescentes culminaron su embarazo por cesàrea ya sea por su edad misma.

TABLA N° 10.

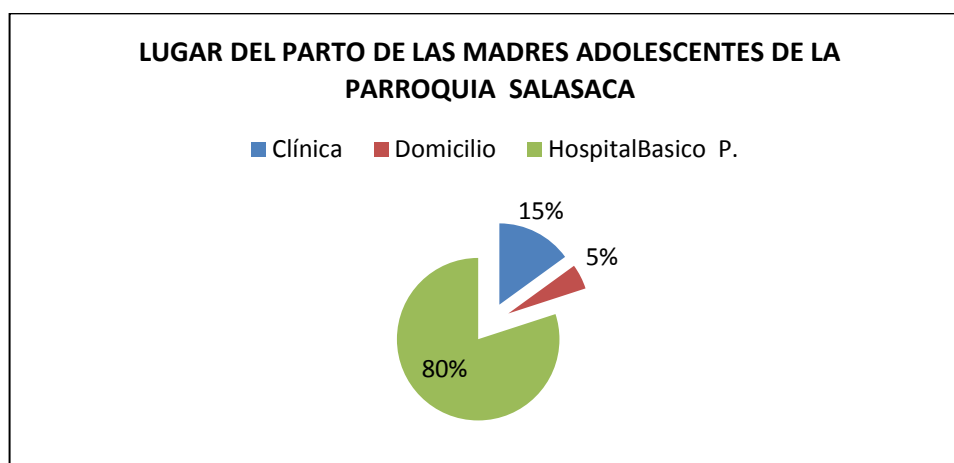
LUGAR DEL PARTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

LUGAR DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Clínica Particular	3	15 %
Domicilio	1	5%
HospitalBasicoPelileo.	16	80%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012 del Subcentro de salud Salasaca del área de salud N° 5.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N°10



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Con respecto al lugar del parto se observa que el 80% de las madres adolescentes en el momento del parto fueron atendidas en el Hospital Basico Pelileo, el 15% fueron atendidas en el sector privado, mientras que el 5% tuvieron a sus niños en el domicilio. Es decir que la mayoría de las madres adolescentes fueron atendidas en la unidad operativa del sector público pese a no existir el número óptimo de controles prenatales, mientras que un menor porcentaje en el sector privado, y un mínimo porcentaje realiza su parto en el domicilio.

4.1.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES

TABLA N°11.

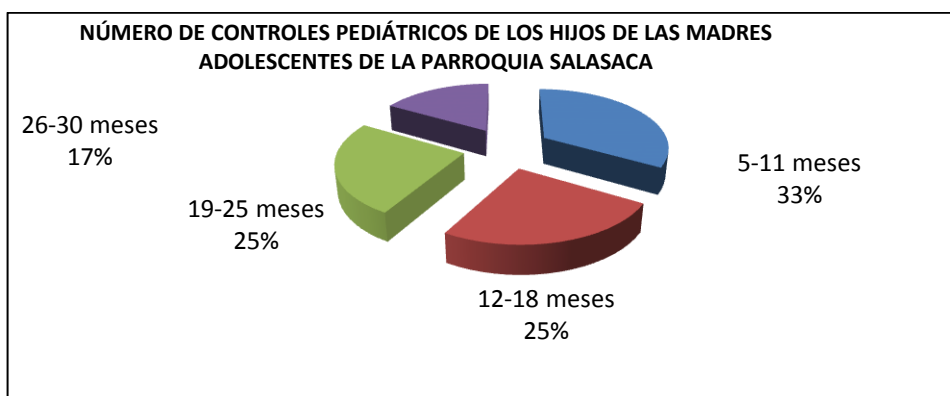
EDAD EN MESES DE LOS HIJOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS				
EDAD EN MESES	SEXO			
	FEMENINO 12 NIÑAS		MASCULINO 8 NIÑOS	
	Frecuencia	Porcentaje%	Frecuencia	Porcentaje%
5-11 meses	4	20%	1	5%
12-18 meses	3	15%	2	10%
19-25 meses	3	15%	4	20%
26-30 meses	2	10%	1	5%
Total	12	60%	8	40%

Fuente: Formulario de Historia Clínica del niño, en las encuestas realizada desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012 en las visitas domiciliarias en la Parroquia Salasaca

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N °1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 20 niños considerando las edades se concluye que la mayoría de estos niños se encuentran entre 5 a 25 meses de edad, etapa en la cual deben recibir el cuidado físico necesario y estimulación temprana, ya que de ello depende el crecimiento y desarrollo del niño que en su mayoría pertenecen al sexo femenino, aunque en un porcentaje de 15% tenemos niños de 26 a 30 meses de edad.

TABLA N° 12.

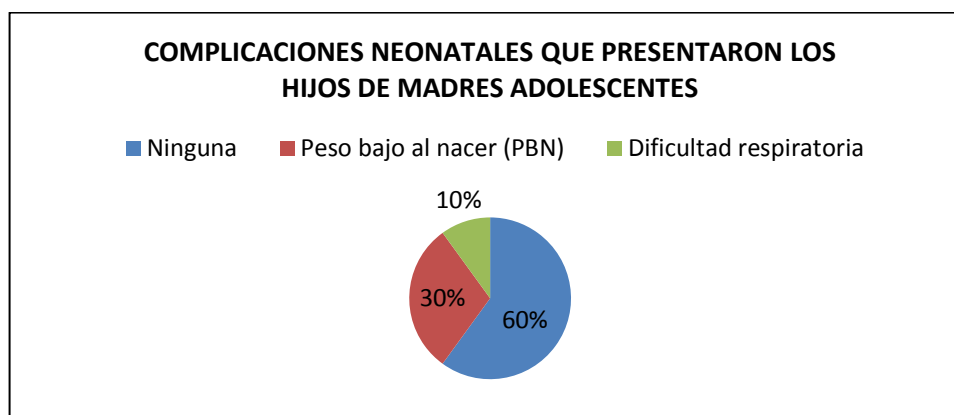
COMPLICACIONES NEONATALES QUE PRESENTARON LOS HIJOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

COMPLICACIONES NEONATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	12	60%
Peso Bajo al Nacer (PBN)	6	30%
Dificultad Respiratoria	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012. Formulario de **Historia** Clínica del niño, la encuestas realizada en las visitas domiciliarias en la Parroquia Salasaca.

Elaborado. Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N°12



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de los hijos de madres adolescentes de la Parroquia Salasaca no presentaron complicaciones neonatales en un porcentaje elevado del 60%, mientras que un 30% presentaron bajo peso al nacer (BPN) y un mínimo porcentaje hallamos dificultad respiratoria que representa el 10%. El principal problema que presentaron los niños fue el bajo peso al nacer como consecuencia de la mala alimentación por parte de la madre adolescente durante su periodo de gestación.

TABLA N° 13.

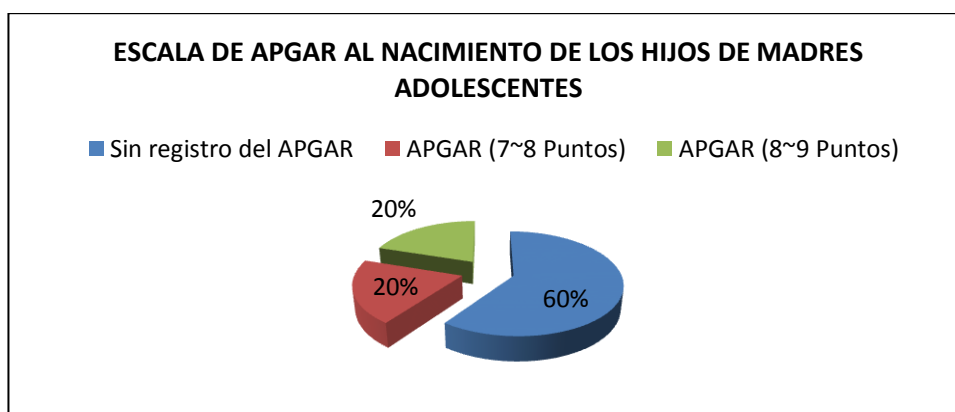
ESCALA DE VALORACIÓN APGAR AL NACIMIENTO DE LOS HIJOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

APGAR AL NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin registro del APGAR	12	60%
APGAR (7~8 Puntos)	4	20%
APGAR (8~9 Puntos)	4	20%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012. Formulario de Historia Clínica del niño, la encuestas realizada en las visitas domiciliarias en la Parroqui Salasaca.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N ° 13



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 20 niños que son atendidos en el SCS. De Salasaca, se observa que el 60% no presentaron registros del APGAR en su carnet de vacunación, mientras que los niños que fueron valorados mostraron un APGAR de 8~9 puntos que se refleja en el 20%, y con un APGAR de 7~8 puntos correspondiente al 20% del niño. El no encontrar los registros del APGAR en los carnets ni tampoco en las historias clínicas de los niños se puede comprobar la irresponsabilidad de los profesionales de la salud que al momento del nacimiento del niño no lo efectuaron, Los niños que presentaron un APGAR de 7~8 puntos y 8~9 puntos indican que el nacimiento se dio en buenas condiciones físicas.

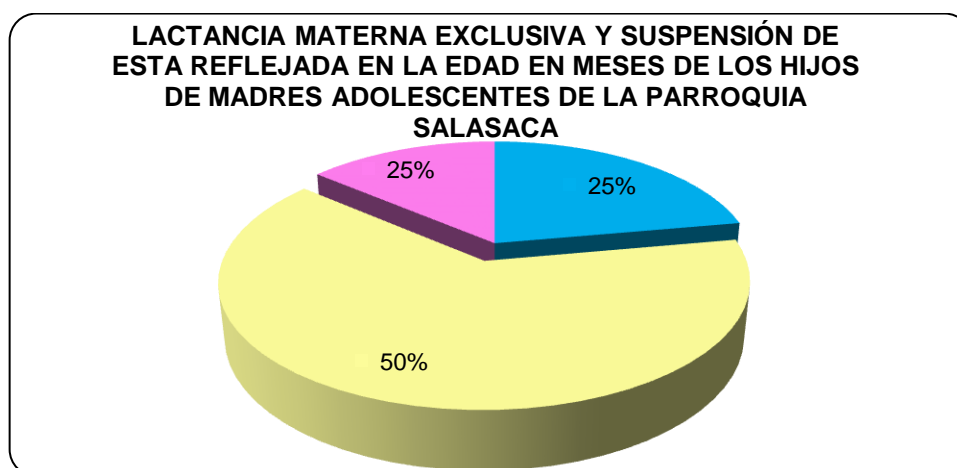
TABLA N°14.
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y SUSPENSIÓN DE ESTA REFLEJADA EN LA
EDAD EN MESES DE LOS HIJOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA
PARROQUIA SALASACA.

LACTANCIA MATERNA/EDAD EN MESES DEL HIJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lactancia materna exclusiva	10	50%
Lactancia materna (8-13 meses de edad)	5	25%
Lactancia materna (14-19 meses de edad)	5	25%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012. Formulario de Historia Clínica del niño, la encuestas realizada en las visitas domiciliarias en la Parroquia Salasaca.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N °14



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La alimentación del 50% de los niños fue con lactancia materna exclusiva, mientras que el 25% la suspendieron encontrándose entre los octavo y decimo tercer mes de edad, en tanto que el otro 25% recibieron leche materna hasta los 14 a 19 meses de edad. La lactancia materna es suspendida precozmente de 6- 8 meses porque muchas de estas madres tienen que trabajar dejándoles a sus hijos al cuidado de otras personas.

TABLA N° 15.

EDAD EN MESES DEL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LOS HIJOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

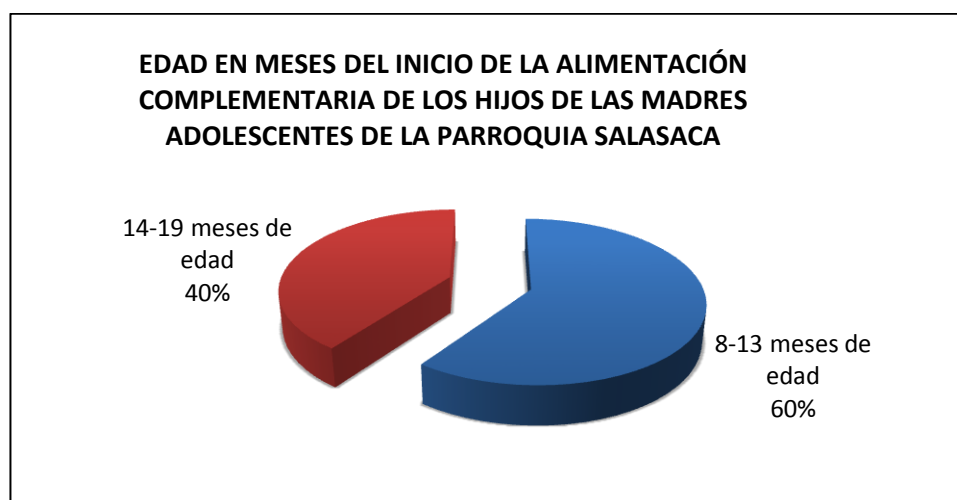
INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3-5 meses de edad	12	60%
6-9 meses de edad	8	40%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012.

Formulario de Historia Clínica del niño, la encuesta realizada en las visitas domiciliarias en la Parroquia. Salasaca.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N°15



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 60% de los niños iniciaron precozmente con la alimentación complementaria, mientras que el 40% la iniciaron entre los 6 y 9 meses de edad. La alimentación a tempranas edades tiene consecuencias graves para el niño ya que su aparato digestivo no se encuentra completamente maduro ocasionándole enfermedades infecciosas, la incorporación de estos alimentos a la dieta del niño tiene relación con la educación de la madre pues no posee el conocimiento necesario acerca de las consecuencias que acarrearía tal decisión.

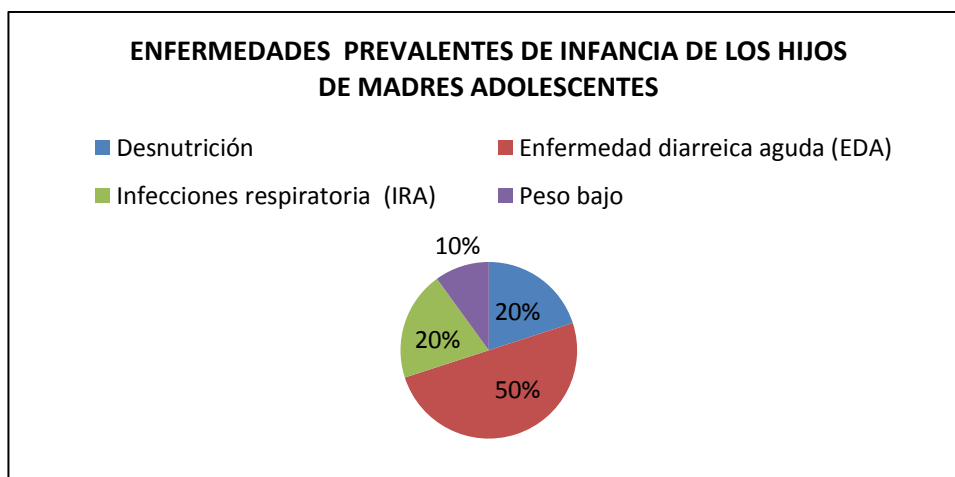
TABLA N° 16.
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA DE LOS HIJOS DE LAS
MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desnutrición	4	20%
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	10	50%
Infecciones Respiratoria Aguda (IRA)	4	20%
Peso bajo	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012 Formulario de Historia Clínica del niño, la encuestas realizada en las visitas domiciliarias en la Parroquia Salasaca.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N °16



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En lo referente a las enfermedades prevalentes de la infancia en la Parroquia Salasaca el 50% de los niños presentaron enfermedades diarreicas agudas, en tanto que en el 20% presentaron infecciones respiratorias agudas, y otro 20% desnutrición, mientras que un 10% reflejo el peso bajo. Uno de los principales problemas de salud son las enfermedades diarreicas agudas, ya que en la comunidad de Salasaca por parte de la madre la lactancia materna precozmente.

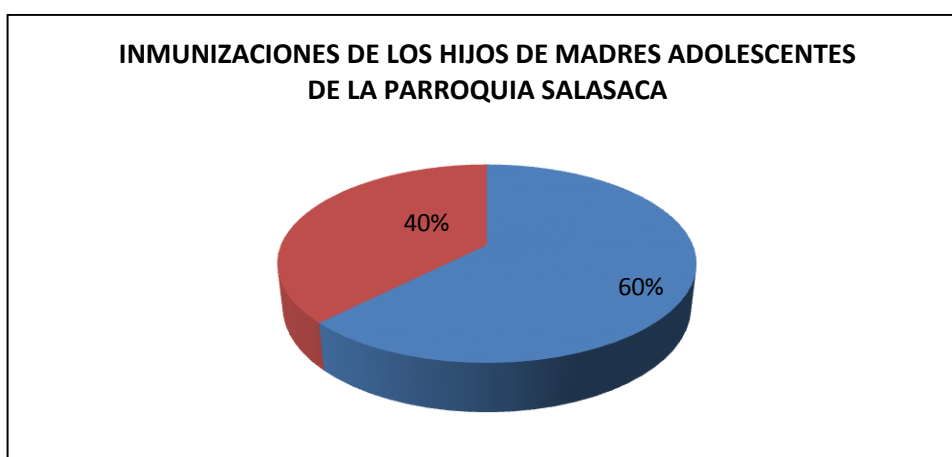
TABLA N° 17.
INMUNIZACIONES DE LOS HIJOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA
PARROQUIA SALASACA.

INMUNIZACIONES SEGÚN EL ESQUEMA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Completas	8	40%
Incompletas	12	60%
Total	20	100,0%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012
 Formulario de Historia Clínica del niño, la encuestas realizada en las visitas domiciliarias en la Parroquia Salasaca.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N° 17



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 20 niños atendidos en el SCS. De Salasaca se observó un elevado % del 60% de los niños tienen un esquema de vacunación incompleto para su edad, mientras que el 40% poseen un esquema completo para su edad. La causa frecuente manifestada por las madres adolescentes de sus hijos a inmunizarles es; porque no tienen una idea clara sobre la protección que esta les brinda, por lo tanto es importante brindar información actual acerca de todas las enfermedades que se puede prevenir con el esquema básico que posee el MSP. del Ecuador en sus comunidades como son los Subcentros de salud.

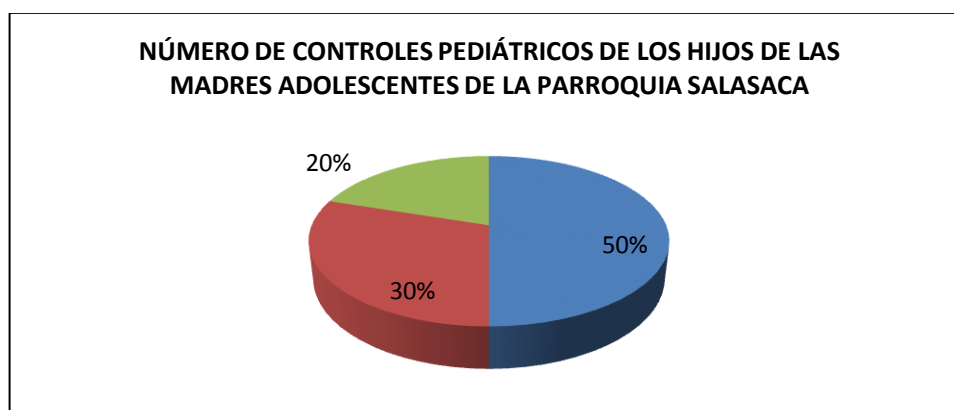
TABLA N°18.
NÚMERO DE CONTROLES QUE RECIBIERON LOS HIJOS DE LAS MADRES
ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

NÚMERO DE CONTROLES PEDIÁTRICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2-5 Controles	10	50%
6-9 Controles	6	30%
+ de 10 Controles	4	20%
Total	20	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones desde Junio del 2012 a Diciembre del 2012 Formulario de Historia Clínica del niño, la encuestas realizada en las visitas domiciliarias en la Parroquia Salasaca.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N ° 18



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En lo que tiene que ver con el control del niño sano se observa que el 50% de los niños acudieron al Subcentro de salud tan solo en un número de 2 a 5 controles pediátricos, mientras que el 30% en un número de 6 a 9 controles, y tan solo el 20% se refleja 10 y más visitas pediátricas a dicho establecimientos de salud. Entre las causas más importante que manifiestan las madres que no acuden con regularidad al control pediátrico es porque tiene que trabajar.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

TABLA N° 19.

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PESO (SEXO) EDAD RESPECTIVAMENTE DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

ÍNDICE DE PESO / EDAD									
NIÑAS					NIÑOS				
Edad en meses	Peso	Valor normal (Kg)	Desvest +2	Desvest -2	Edad en meses	Peso	Valor normal (Kg)	Desvest +2	Desvest -2
0	2,4	3,5	4,1	2,3	0	2,7	3,3	4,3	2,5
1	3,3	4	5,3	3,2	1	4	4,5	5,8	3,3
2	4,5	5	6,5	4	2	5,4	5,5	7,0	4,3
3	4,8	5,8	7,4	4,7	3	6,2	6,4	8,0	5,0
4	6,	6,3	8,1	5,1	4	6,6	7	8,7	5,7
5	6,5	6,8	8,7	5,5	5	7	7,5	9,2	6,0
6	6,8	7,3	9,2	5,8	6	8	8	9,7	6,4
7	7,3	7,6	9,7	6,1	7	8,1	8,4	10,2	6,7
8	7,6	7,9	10	6,4	8	7.80	8,6	10,5	7,0
9	7,5	8,2	10,4	6,6	9	8,6	8,8	10,9	7,3
10	8,4	8,5	10,8	6,8	10	8,8	9,2	11,2	7,5
11	7,7	8,7	11	7	11	9	9,4	11,6	7,7
12	8,75	9	11,4	7,1	12	9.5	9,8	11,8	7,9
13	8,9	9,2	11,7	7,3	13	9.80	10	12,1	8,0
14	9,5	9,4	11,9	7,5	14	9,5	10,2	12,4	8,2
15	8,7	9,6	12,2	7,7	15	9,5	10,5	12,7	8,4
16	9	9,8	12,5	7,9	17	10	11	13,2	8,7
17	8,5	10	12,7	8	18	10.30	11,2	13,5	8,9
18	9,6	10,2	13	8,1	19	10,8	11,4	13,7	9
19	9,7	10,4	13,3	8,3	20	11.1	11,6	14,0	9,2
21	9,6	10,8	13,8	8,7	21	11,3	11,8	14,3	9,3
23	9,7	11,2	14,4	9	24	11,6	12,2	15,0	9,8
24	11	11,5	14,6	9,1	27	12	12,7	15,9	10,2
25	10,8	11,6	14,9	9,3	30	12.4	13,3	16,7	10,7
26	11,3	11,8	15,2	9,5					
30	12.1	12,6	16,2	10,1					

Fuente: Formulario de historia clínica en atención infantil pre-escolar y escolar.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde.

GRAFICO N °19

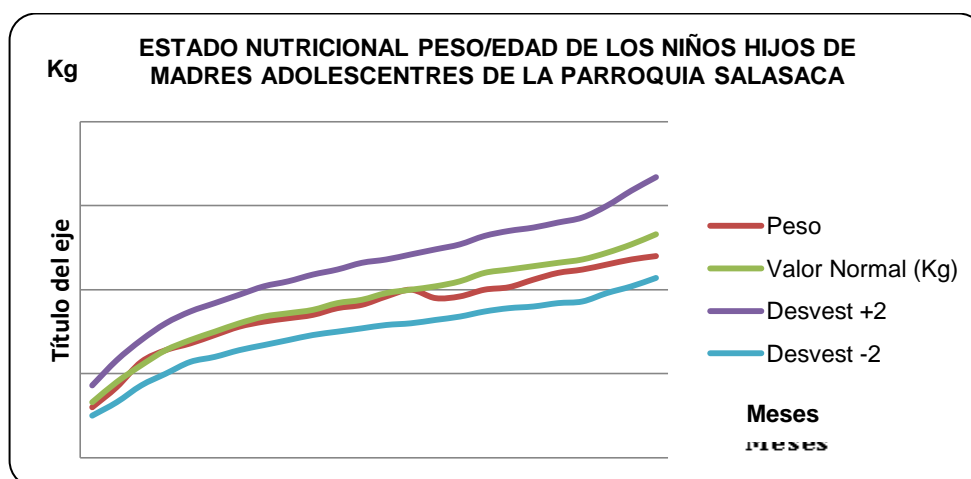
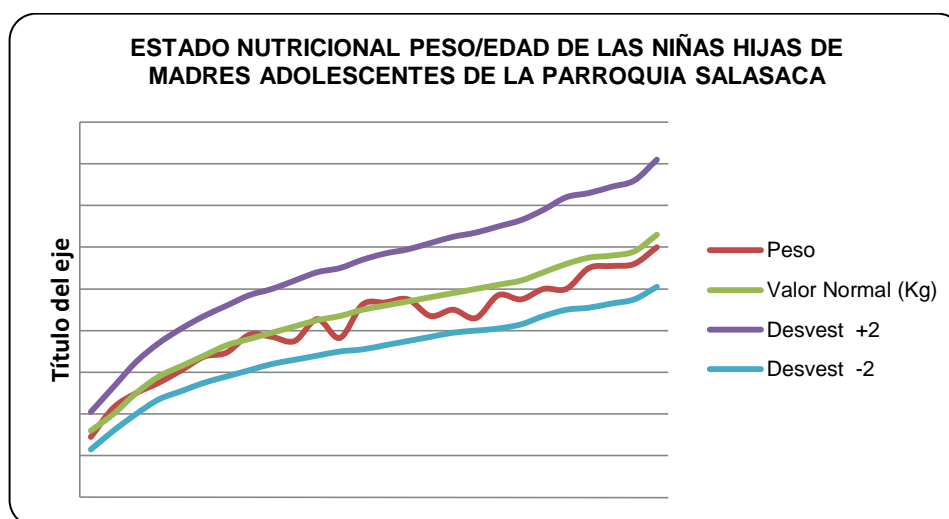


GRAFICO N °20



ÁNÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los hijos de madres adolescentes respectivamente se puede indicar que el peso está por debajo la línea referencial correspondiente al valor normal es decir se encuentran entre las dos desviaciones estándar establecidas por la Organización Mundial de la Salud. Es importante indicar que estos niños/as se encuentran en una constante inestabilidad y bajada de peso porque se encuentran frecuentemente enfermos y su alimentación no es adecuada.

TABLA N° 20.

**LONGITUD CORPORAL TALLA/EDAD SEGÚN EL SEXO RESPECTIVAMENTE DE
LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.**

ÍNDICE DE TALLA / EDAD Y SEXO									
NIÑAS					NIÑOS				
Edad en meses	Talla	Valor normal Talla (cm)	Desvest +2	Desvest -2	Edad en meses	Talla	Valor normal Talla (cm)	Desvest +2	Desvest -2
0	46	49	53	45,5	0	48	50	53,5	46
1	50	54	57	50	1	52	55	58	51
2	54	57	61,5	53,5	2	56	59	62	55
3	56	60	64	56	3	57	62	65	58
4	59	62	66	58	4	60	64	68	60
5	60,1	64	68	60	5	63	66	70	62
6	63	66	70	61,5	6	66	67,2	72	64
7	65	67	71,5	63	7	65	69	73	65
8	65	69	73	64,5	8	69	71	75	66,5
9	64,8	70	74,5	65,5	9	68	72	76	67,5
10	67,8	72	76,5	67	10	70	73	77,5	69
11	67,30	73	77,5	68	11	71,8	75	79	70
12	70	74	79	69	12	72	76	80	71
13	71	75	80	70,5	13	75	77	81,5	72,5
14	73	76	81,5	71,5	14	74	78	83	73,5
15	70	77,5	82,5	72,5	15	75	79	84	74,5
16	75	78,5	84	73,5	17	78	81	86	76,5
17	75	79,5	85	74,5	18	80	82	87	77
18	75	81	86	75,5	19	80	83	88,2	78
19	74	82	87,5	76,5	20	83	84	89,5	79
21	79	84	89,5	78	21	82	85	90,5	80
23	81	85,5	91,5	79,5	24	83	87	93,5	82
24	80	86	92,5	80	27	87	90	95,5	84
25	83	87	93	80	30	88,25	92	98,5	86
26	84	87,5	93,5	81					
30	85	91	97,5	84					

Fuente:Formulario de historia clínica en atención infantil pre-escolar y escolar

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

GRAFICO N °21

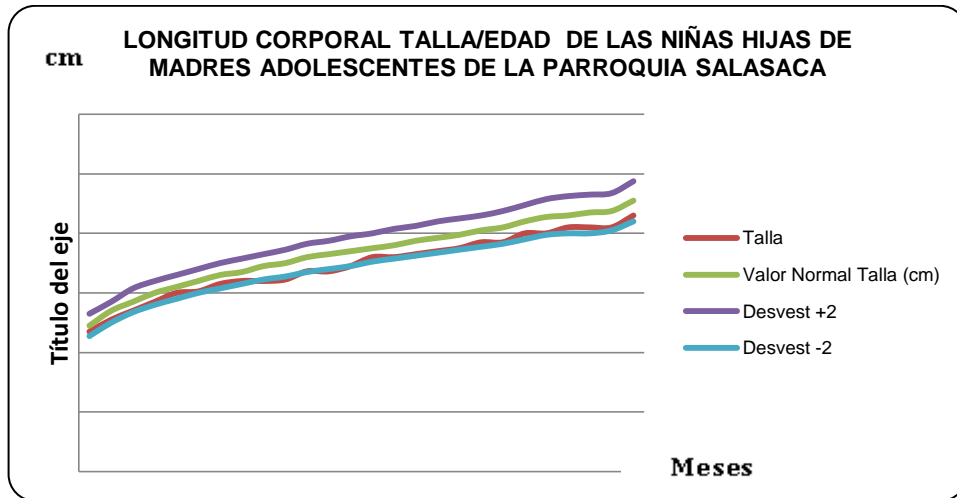
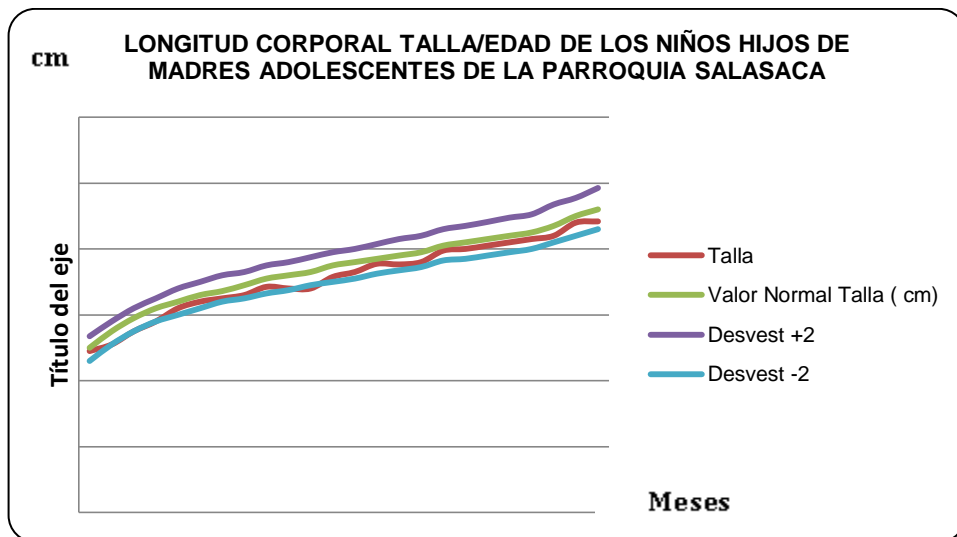


GRAFICO N °22



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 20 niños hijos de madres adolescentes valorados se puede evidenciar que la talla al nacimiento y de acuerdo a su edad presentan una disminución en lo referente a la línea referencial pero están dentro de las dos desviaciones estándar (+2 y - 2) establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

TABLA N° 21.
PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD SEGÚN SEXO RESPECTIVAMENTE DE LOS HIJOS
DE MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

ÍNDICE DE PERIMETROCEFALICO Y SEXO									
NIÑAS					NIÑOS				
Edad en meses	PC	Valor normal PC (cm)	Desvest +2	Desvest -2	Edad en meses	PC	Valor normal PC (cm)	Desvest +2	Desvest -2
0	33	34	36,5	31,5	0	33.80	34,5	37	32
1	35	36,5	39	34	1	36.9	37	38,8	35
2	36	38	41	36	2	38	39	41,5	37
3	37	39,5	42	37	3	39,2	40,5	43	38
4	38	40,5	43	38	4	40.2	41,5	44	39
5	39.5	41	44	39	5	41,4	42,5	45	40
6	40	42	45	39,5	6	42.6	43,3	45,8	41
7	41	43	45,5	40,2	7	42	44	46,5	41,5
8	41	43	46	40,7	8	43.5	44,5	47	42
9	42	44	46,5	41,2	9	44,3	45	47,5	42,5
10	43	44,2	47	41,5	10	44,65	45,4	47,9	43
11	43	44,5	47,2	41,9	11	45	45,7	48,2	43,2
12	43.9	45	47,5	42,2	12	45,4	46	48,5	43,5
13	44	45,2	48	42,5	13	45,5	46,2	49	43,7
14	44,7	45,5	48,2	42,7	14	46.1	46,5	49,2	44
15	44.5	45,7	48,5	43	15	46	46,8	49,5	44,2
16	45	46	48,7	43,1	17	46,5	47,2	49,8	44,5
17	45,4	46	48,8	43,4	18	46,8	47,4	50,2	44,7
18	45,5	46,2	49	43,5	19	47.1	47,5	50,4	44,9
19	45,6	46,5	49,2	43,7	20	47	47,7	50,5	45
21	46,2	46,7	49,5	44	21	47,5	47,8	50,7	45,2
23	45	47	49,9	44,3	24	47,6	48,2	51	45,4
24	46	47,1	50	44,4					

Fuente: Formulario de historia clínica en atención infantil pre-escolar y escolar

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde.

GRAFICO N °23

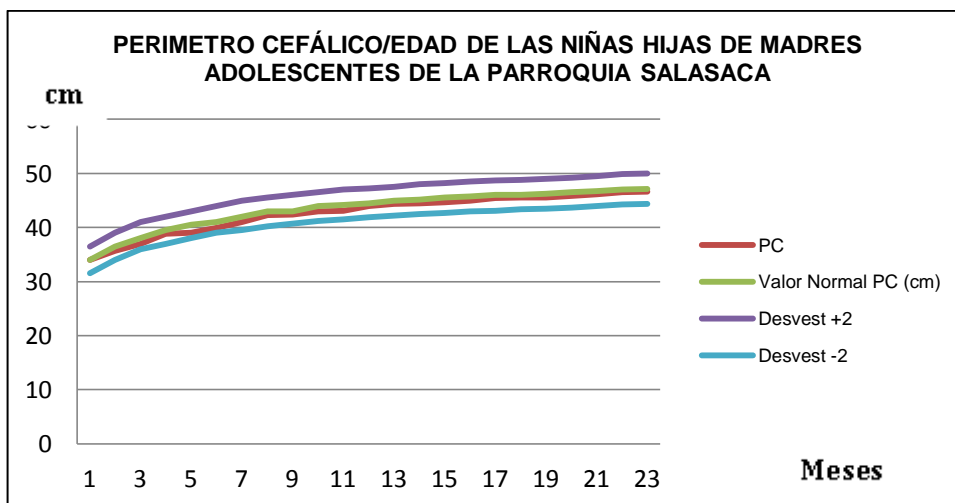
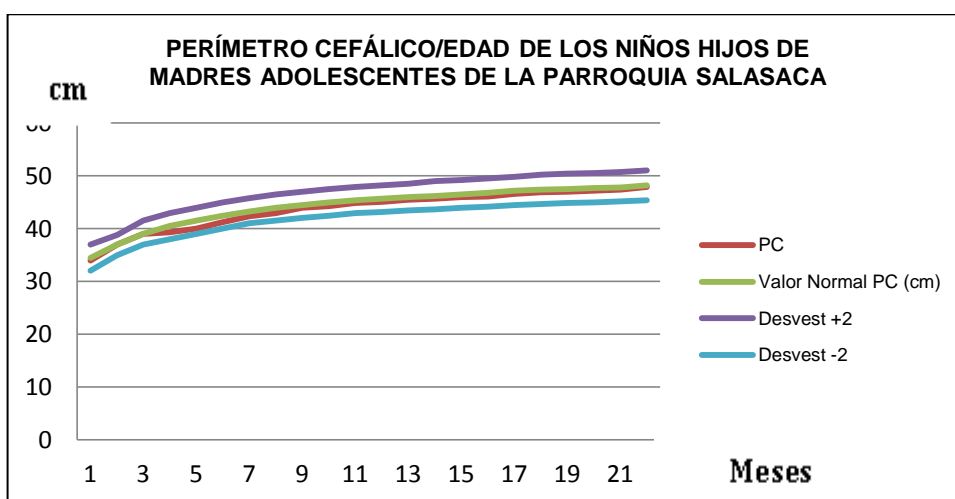


GRAFICO N °24



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 20 niños atendidos en el SCS. de salud de Salasaca el perímetro cefálico de los niños hijos de las madres adolescentes los valores están dentro de los parámetros normales establecidos por la Organización Mundial de la Salud, no existe diferencia significativa en los parámetros del perímetro cefálico respecto a lo referencial; es decir que los niños antropométricamente están dentro de la normalidad.

TABLA N° 22.

DESARROLLO MOTOR DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA.

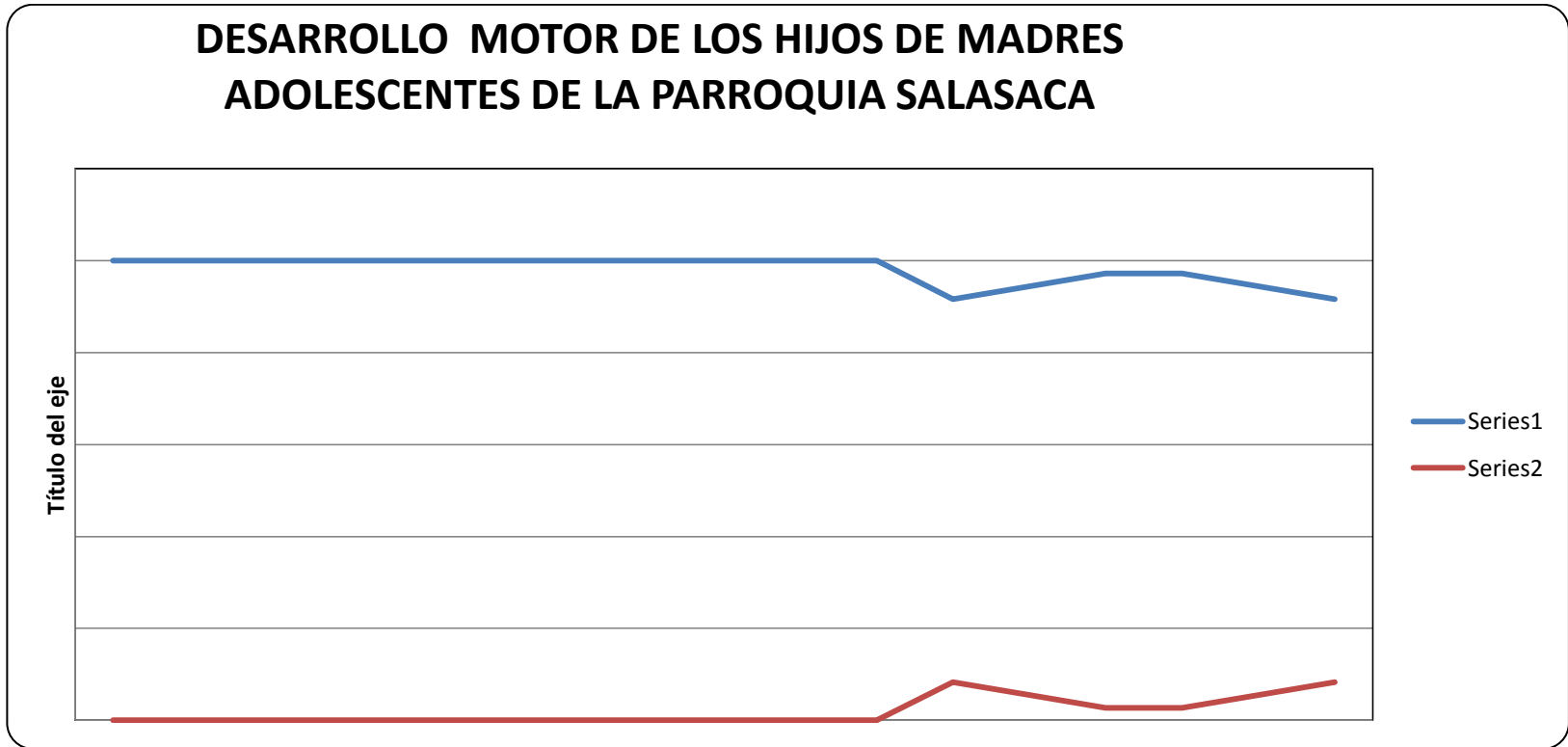
DESARROLLO DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES						
Test	Parámetro	Población Total	Niños con desarrollo normal	Niños con desarrollo normal%	Niños con desarrollo deficiente	Niños con desarrollo deficiente %
NORMAS DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LOS 12 PRIMEROS MESES DE EDAD (Aldrich y Norval)	Sonríe	20	20	100%	0	0%
	Vocaliza sonidos	20	20	100%	0	0%
	Controla la cabeza	20	20	100%	0	0%
	Controla de la mano	20	20	100%	0	0%
	Se rueda (boca arriba-boca abajo)	20	20	100%	0	0%
	Siente solo	20	20	100%	0	0%
	Empieza a gatear	20	20	100%	0	0%
	Prensa	20	20	100%	0	0%
	Se pone de pie	20	20	100%	0	0%
	Camina sin ayuda	20	20	100%	0	0%
	Se para solo	20	20	100%	0	0%
	NORMAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LOS 12 A LOS 60 MESES DE EDAD (Adaptado de Barrera - Moncada)	Parámetro				
Bebe bien de taza o jarro		20	18	94.4%	2	5.5%
Vocaliza más de 5 palabras		20	17	91.6%	3	8.3%
Salta en dos pies		20	19	97,2%	1	2,7%
Se lava y seca las manos		20	17	91.2%	3	8.3%
Dice su nombre completo		20	18	94,4%	2	5,5%
Copia un círculo		20	18	94.4%	2	5.5%

Fuente: Formulario de Historia Clínica del niño la encuesta realizada en las visitas domiciliarias en la Parroquia Salasaca.

Elaborado: Sandra Jaqueline Poaquizza Recalde.

GRAFICO Nº 25

DESARROLLO MOTOR DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 20 niños atendidos en el SCS. De Salasaca, hijos de madres adolescentes se les realizó el test de Aldrich y Norval para lo cual se encuestó a la madre sobre el desarrollo de los niños, observándolos si cumplen o no con los comportamientos esperados para su edad. En el cual se evidencia que en el primer año de vida se desarrollaron con normalidad pues cumplieron con las destrezas como gatear, caminar, sentarse entre otras que deben realizarse en determinados meses. En los niños mayores de un año se utilizó el test de Barrera-Moncada donde se refleja que un mínimo porcentaje presentaron un retardo en sus actividades pues muchos de ellos están frecuentemente enfermos, como consecuencia de esto presentan un retraso en sus habilidades por lo que es importante que las madres estimulen y cuiden a sus hijos en el hogar

4.2. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

Para la comprobación de la hipótesis se señala que los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad, hijos de madres adolescentes del Subcentro de Salud de Salasacapertenecientes al Área de Salud N° 5 del Ministerio de Salud Pública del Cantón Pelileode la Provincia de Tungurahua, no presentan alteraciones en el crecimiento, al encontrarse entre las desviaciones estándar de 2,1,0,-1,-2 establecidas por la Organización Mundial de la Salud; mediante el cual se indica en términos generales que no existe, diferencia significativa entre el promedio poblacional y el valor promedio referencial, dado en los estandares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud.

De igual forma el desarrollo de los hijos de las madres adolescentes de las Parroquia Salasaca de no presentaron alteraciones. Por lo anteriormente mencionado, podemos decir que la hipótesis se rechaza.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Las conclusiones a las que se ha llegado en el estudio son las siguientes:

- El riesgo de complicaciones está relacionada con la edad materna y es mayor en la etapa temprana (10-13 años) por lo que no existe relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, ya que la edad más frecuente de las madres adolescentes de la parroquias de Salasaca corresponden a la adolescencia tardía (17-19 años). No se evidencio diferencia significativa de los valores antropométricos (peso, talla y perímetro cefálico) pues se encuentran dentro de los parámetros normales establecidos por la Organización Mundial de la Salud. En cuanto al desarrollo la mayoría de los niños han cumplido con las destrezas para su edad.

- Mediante los resultados obtenidos las madres adolescentes manifestaron que su parto se produjo en una unidad del sector público que corresponde al 80%, el 15% fue atendido en el sector privado, y tan solo el 5% culminaron su parto en el domicilio, por lo que se ve reflejada que estas madres adolescentes si utilizan los servicios que ofrece el Ministerio de Salud Pública.

- Del total de madres adolescentes que son el 100%, el 65% culminaron sus estudios primarios, el 30% posee una primaria incompleta y tan solo el 5% termino sus estudios secundarios.
- Dentro de las características familiares se evidencia un alto % de madres adolescentes solteras y con un nivel de educación limitado siendo así que la mayoría a culminado tan solo la primaria, dentro de los controles prenatales no se cumple con lo establecido que son seis controles, lo que denota la poca preocupación por la salud siendo un factor predisponente adicional para que no se presenten complicaciones en el embarazo.
- Existe un alto número que culminó su parto por cesárea por presentar desproporción cefalopélvica
- Los niños y niñas de la comunidad de Salasacaal ser valorados en el crecimiento peso talla perímetro cefálico y desarrollo se encontró que no existe diferencia significativa en relación a los parámetros normales. En lo referente a los datos arrojados por el test de Aldrich y Norval, y Barrera-Moncada se observa que la mayor parte se encuentran en su total normalidad.
- Los hijos de madres adolescentes manifestaron que el 50% recibieron la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y el 50% suspendieron la lactancia materna entre los 8 a 13 meses de edad porque existe una desinformación sobre la importancia de la lactancia materna.
- En cuanto a la alimentación complementaria la realizan a tempranas edades siendo esta a partir de los 3 a 5 meses de edad razón por la cual constituye una de las causas de Enfermedades Diarreicas Agudas en un porcentaje del 30%.

- Nuestra población en estudio manifestó poco interés por la salud de sus hijos, ya que puede ser al limitado acceso que tienen las madres adolescentes a la educación secundaria, y a la importancia de la lactancia materna exclusiva.

5.2. Recomendaciones

- Proporcionar información al personal que trabaja en el subcentro de salud donde se realizó la investigación sobre los resultados de la encuesta para mejorar la calidad de vida de los hijos de madres adolescentes.
- Educar a las madres adolescentes sobre la importancia de acudir a una casa de salud.
- Motivar a las adolescentes a evitar otro embarazo utilizando los servicios de planificación familiar proporcionando información confiable.
- Instruir a la madre adolescente sobre la estimulación que debe recibir su niño/a de acuerdo a su edad para mejorar su crecimiento y desarrollo.
- Educar sobre la prolongación de la lactancia materna ya que este alimento provee de beneficios nutricionales, inmunológicos, gastrointestinales y favorecerá a que los niños tengan un mejor crecimiento y desarrollo óptimo.

- Educar sobre el inicio de la alimentación complementaria para evitar las enfermedades infecciosas en estos niños.
- Concientizar a las madres adolescentes mediante el plan de capacitación sobre la alimentación del niño de acuerdo a su edad.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Tema.

PLAN DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO A LAS MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SALASACA SOBRE LACTANCIA MATERNA E INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA MEJORAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS.

6.1. Datos Informativos

6.1.1. Institución Ejecutora.

- Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería.

6.1.2.- Beneficiarios

- Niños de 0 a 2 años, 6 meses de edad hijos de madres adolescentes de la Parroquia Salasaca

6.1.3.- Ubicación

En el Subcentro de Salud de la Parroquia Salasaca del Cantón Pelileo de la Provincia de Tungurahua.

6.1.4.- Tiempo estimado para la ejecución

- Fecha de inicio: Junio del 2012
- Fecha final: Diciembre del 2012.

6.1.5.- Equipo Técnico Responsable

- Sandra Jaqueline Poaquiza Recalde

- Personal del Subcentro de Salud de Salasaca
- Presidente de la Comuna.

6.1.6.- Costo

- Material didáctico \$60
- Transporte \$80
- Material de escritorio \$300

6.2.- Antecedentes de la Propuesta

Siendo el plan de capacitación una estrategia que al ser aplicada permitirá solucionar la problemática que enfrenta la parroquia en estudio, la presente propuesta está respaldada con los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a las madres adolescentes, donde se observa que la lactancia materna no la proporcionan hasta los 2 años de edad, siendo el 60% quienes la suspendieron a los 8 y 13 meses de edad. Es importante introducir la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad pues en esta parroquia las madres adolescentes la iniciaron a los 3 y 5 meses con un porcentaje de 60%. El aparato digestivo de los niños no se encuentra totalmente maduro para la introducción de otros alimentos siendo estos propensos a enfermedades diarreicas agudas a repetición.

Es por ello que mediante la aplicación de la propuesta se va a educar sobre la prolongación de la lactancia materna y el buen inicio de la alimentación complementaria, pues la madre adolescente carece de conocimiento sobre este tema y no le permite brindar un cuidado adecuado al niño.

6.3.- Justificación

Con la presente propuesta se proporcionará información necesaria a las madres adolescentes del subcentro de Salasaca sobre la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria, lo que permitirá dar solución a la presente problemática, que enfrentan la parroquia con la predisposición de la investigadora y estrategias como son (trípticos carteles y sociodramas aplicables en el entorno.

Siendo un problema que enfrenta la Salud Pública, madres y niños se ve la necesidad de contribuir con alternativas de solución las mismas que radican en los conocimientos y experiencia de quien investiga, apoyada con instrumentos que permitan llegar con la información necesaria a las madres de la parroquia objeto de estudio.

El impacto que espero es alcanzar con dicho plan, es concientizar e incentivar a las madres adolescentes para fomentar la lactancia materna e inicio de la alimentación complementaria y así mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños.

6.4.- OBJETIVOS

Objetivo General

- Implementar un plan de capacitación dirigido a las madres adolescentes de la Parroquia Salasaca sobre la lactancia materna y la alimentación complementaria para mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños.

Objetivo Específicos

- Realizar talleres participativos de capacitación dirigido las madres adolescentes
- Elaborar trípticos y materiales de información, videos sobre lactancia materna y alimentación complementaria.

- Evaluar el nivel de conocimiento de las madres adolescentes luego de cada taller para reforzar conocimientos de ser necesario.

6.5.- Análisis de Factibilidad

Económica Financiera

La propuesta estará financiada directamente por la investigadora, dentro de estos se encuentran los recursos económicos y materiales pues son necesarios para la ejecución del proyecto ya que se requiere realizar visitas a la comunidad de Salasacay se emplearan suministros y materiales de oficina, así como también el transporte para el traslado a dicho lugar.

Organizacional

Para ejecutar la propuesta es indispensable contar con los profesionales del Subcentro con el apoyo de entidades como son el subcentro de salud del área de estudio y de autoridades de dicha comunidad.

Legal

El plan de capacitación es una herramienta importante, la misma que debe estar bajo leyes que respalden su realización.

Ley de Fomento Apoyo y Protección a la Lactancia Materna

Art. 1.- “La lactancia materna es un derecho natural de los niños y niñas y constituye el medio más idóneo para asegurarles una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo”.

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

Art. 17.- La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la

lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad.

Política Nacional de Lactancia Materna, Ministerio de Salud Pública 2009

1.- Fomentar la práctica de lactancia materna involucrando a mujeres, hombres, familias y comunidad mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida de niños y niñas.

2.- Fortalecer la capacidad de los servicios de salud para asegurar la práctica adecuada de la lactancia materna mediante:

a.- El cumplimiento obligatorio del apego precoz dentro de los primeros 30 minutos de vida en todas las unidades de Salud Pública, y de la red complementaria que atiende los partos.

b. El cumplimiento obligatorio del alojamiento conjunto en todas las unidades de Salud Pública y de la red complementaria que atiende partos y recién nacidos.

Constitución Política del Estado Ecuatoriano (2008)

Art.45.- “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición.

6.6.- Fundamentación Científica

Plan de Capacitación

Es brindar información a las personas para que pongan sus conocimientos en práctica, desarrollen habilidades y exista un cambio de sus actitudes mediante la aplicación de talleres.

Al aplicar el plan de capacitación como una técnica educativa en la madre adolescente permitirá integrar un conjunto de estrategias que informaran, concientizaran e incentivaran sobre la lactancia materna y la alimentación complementaria

Lactancia Materna.-es la alimentación **con leche del seno materno. La OMS y el UNICEF** señalanasi mismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños", y nada es mejor que la leche materna porque ofrece todos los beneficios para un buen crecimiento y desarrollo en la etapa en la que se encuentre el lactante

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 niño otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años. Este alimento proporciona la mejor nutrición y reduce riesgos de contraer enfermedades y fortalece vínculo- afectivo entre madre e hijo/a.

Leche materna

Conocida también como “sangre blanca” es denominada alimentación natural debido a que es la madre la que la produce.

La leche materna contiene todas las proteínas grasas, vitaminas y demás elementos indispensables para la alimentación del recién nacido y sigue siendo una fuente importante de nutrientes hasta los dos años.

Posiciones para sostener a tu niño durante el amamantamiento

- Clásica la cabecita del bebé apoyada en la articulación del codo materno. Una almohada entre su cuerpecito y la falda de la mamá le

dará al bebé un apoyo seguro en caso de ser muy pequeño, y dará descanso al antebrazo de su mamá.

- Acostada acercar el bebé al pecho, de modo que ambos queden enfrentados "panza con panza". Una almohada colocada en la espalda de la mamá y otra entre las rodillas la ayudará a estar más relajada.
- Invertida el niño apoyado sobre una almohada debajo del brazo de la mamá, del lado que se vaya a amamantar. Sostener los hombros del bebé y la base de la cabeza colocando la mano por debajo de las orejas. Esta posición permite alimentar a mellizos en forma simultánea. También es útil en caso de cesárea y en recién nacidos prematuros. Facilita el vaciado inferior y exterior de la mama.
- Para lograr una lactancia exitosa, la madre debe adoptar una posición adecuada lo que evitará problemas tanto para ella y el niño.
- La cabeza y el cuerpo del bebé deben estar alineados.
- Su cara ha de estar mirando el pecho, y su mentón apoyado sobre la mama. Es muy importante el contacto corporal.
- Su cuerpito tiene que estar en contacto con el de la mamá. En caso de que sea recién nacido, hay que darle apoyo a las nalgas.
- Sujetarse el pecho con la mano abierta ayudará a que el bebé se agarre mejor al pezón. Esto es muy conveniente si los pechos son grandes.
- El labio inferior de la boquita del bebé debe estar hacia fuera.
- Una sugerencia: Con el pulgar por encima de la aréola y los otros dedos por debajo, extraer una gota de calostro para animar al bebé a mamar.
- Estimular suavemente el labio inferior del bebé con el pezón hasta que abra bien la boca. Acercarlo hacia el pecho, cuidando que el pezón y gran parte de la aréola queden dentro de su boca

La leche materna tiene múltiples ventajas para el niño, la madre, la familia y sociedad

- ✓ El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.
- ✓ La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo.
- ✓ La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes
- ✓ Previene o reduce la gastroenteritis enterocolitis necrosante
- ✓ La leche materna proporciona protección contra el cólera.
- ✓ Previene la infección respiratoria en niños alimentados al seno.
- ✓ Existe menor riesgo de muerte infantil súbita infantil en niños alimentados al seno
- ✓ Disminuye la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna.
- ✓ Disminuye el riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios. La lactancia incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia
- ✓ Disminuye el riesgo de enfermedad de los niños y las niñas. Se ahorra dinero al no comprar otras leches, teteros y combustible.
- ✓ La lactancia materna integra la familia, promueve el amor y genera cultura
- ✓ Garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño.
- ✓ Esta siempre lista y en la temperatura adecuada
- ✓ Es un estímulo para los sentidos del tacto, vista, oído y olfato permitiendo un buen desarrollo de las capacidades del niño.
- ✓ Pierden el peso ganado durante el embarazo rápidamente y es más difícil que padezcan anemia tras el posparto
- ✓ Funciona como método anticonceptivo (si se da lactancia exclusiva hasta los seis meses durante el día y la noche, siempre y cuando no aparezca sangrado).

Recomendaciones para el éxito de lactancia materna

- Colocar al niño en el pecho de la madre inmediatamente después del parto.
- El baño diario es suficiente (lavarse los pezones solamente con agua y no usar limpiadores o lubricantes).
- Evitar que se duerma durante la alimentación, despiértelo frotando su espalda y hablándole.
- Darle de mamar todo el tiempo que quiera de cada pecho
- No darle ningún otro líquido ni otra leche más que el pecho
- Darle de mamar sin horarios, cuando el niño pida (dar pecho ocho veces más entre el día y la noche).
- No usar biberones.
- Continuar amamantando hasta por lo menos los dos años de edad, de forma exclusiva hasta los seis meses, y a partir de esta edad introducir otros alimentos.

Extracción de la leche materna

Cada vez más madres necesitan extraerse leche por una u otra razón. En este informe facilitamos información sobre la extracción y transporte de leche materna que podrás completar con los informes de suplementación y conservación

Existen diferentes tipos de extracciones, una de estas es la manual cuyo procedimiento es natural, higiénico y el más parecido a la acción que hace el niño al mamar. El procedimiento es el siguiente:

- Una sesión de extracción manual puede durar de 20 a 30 minutos, alternando los pechos cada 5 o 10 minutos. Puede ser útil inclinar el cuerpo hacia delante y sacudir el pecho suavemente.

- Es un técnica utilizada en todo el mundo que permite a la mujer familiarizares con su pecho y perder el miedo.
- Masajee todo el seno, empezando desde las costillas hacia el pezón e inclínese para que ayude a la bajada de la leche
- Coloque el pulgar encima del seno y los otros dedos bajo el mismo.
- Empuje los dedos hacia las costillas, aplaste y presione suavemente el pulgar hacia el pezón
- Repita rítmicamente, girando los dedos en sentido de las manecillas del reloj, para extraer la leche del seno
- Puede hacerlo con una o dos manos
- Escoja un recipiente (taza, vaso o cualquier utensilio) de plástico duro, de boca ancha con tapa, que resista al agua caliente.
- La leche materna extraída puede conservarse a temperatura ambiente sino cuenta con refrigeradora. Para calentar la leche extraída, no debe colocarse al fuego directo ni usarse agua hirviendo, calentar a baño maría por unos segundos

Conservacion de La leche materna

- La leche extraída se puede conserva de 4 a 8 horas fuerade la heladera a temperatura ambiente en un ugar fresco
- Se recomienda conservarla en el refrigerador por un período no mayor a 48 horas
- En el congelador (freezer) puede pemenacer entre 3 y 6 meses

Alimentación Complementaria

Comprende todos los alimentos distintos de la leche o fórmula que integran la dieta del niño desde los seis meses de vida, tales como cereales, frutas, verduras, carnes, etc.

Se recomienda comenzar a introducir alimentos complementarios sobre los seis meses, en pequeña cantidad, cuando el bebé demuestre interés por la comida del resto de la familia. Los más adecuados para empezar son arroz cocido, plátano maduro, patata, zanahoria o calabacín aplastados con el tenedor, fruta en trocitos, jamón york, pescado desmenuzado, queso tierno o fresco, pan, legumbres y purés y triturados tanto de fruta como de verdura.

Etapas de la Alimentación

De los 6 a los 8 meses

- Leche materna: alrededor de 4 a 6 veces al día. O bien leche de fórmula: alrededor de 4 a 5 biberones de 6 a 8 onzas (178 a 237 ml) al día. Además de:
- Cereales fortificados con hierro (de arroz, cebada o avena).
- Frutas en papillas o trituradas como banana, pera, durazno (melocotón) o puré de manzana.
- Verduras en papillas o trituradas como aguacate, zanahorias bien cocidas, calabaza o camote (boniato).
- Carne en puré (pollo, puerco o carne de res).
- Requesón o queso de soya (*tofu*).
- Legumbres en puré como chícharos (guisantes) y lentejas. También distintos tipos de frijoles como los negros, rojos, de ojo negro y faba.

De los 8 a los 10 meses

Éste es el momento de comenzar a ofrecerle a tu bebé alimentos que pueda tomar con los dedos, de manera que pueda practicar cómo alimentarse por sí mismo.

Señales de que está listo para comer alimentos sólidos y los que puede tomar con los dedos

- Las mismas señales que presenta a los 6 a 8 meses. Además de las siguientes:
- Toma cosas con el pulgar y el dedo índice (o pinzar objeto).
- Puede transferir cosas de una mano a la otra.
- Se lleva todo a la boca.
- Ha comenzado a imitar el masticar, moviendo la mandíbula de un lado a otro.

- **De 10 a 12 meses:** además de la incorporación de algunos alimentos nuevos, en este período las texturas empezarán a ser menos finas (sopas de pasta fina, arroz, trozos pequeños o picados de carne).
- **De 12 a 18 meses:** la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda continuar con la lactancia materna a demanda hasta los dos años. Sin embargo, a partir del primer año, se estructurarán los horarios de las comidas principales para adaptarlos a las del resto de la familia, ya que el niño puede comer la mayoría de los alimentos.
- **De 18 meses a 2 años:** sólo resta incorporar el pescado azul, tipo sardina, y las verduras flatulentas como las coles, las alcachofas o los espárragos.

Ejemplos Prácticos de Alimentación:

Antes de los 5 meses:

- Solo leche materna

A los 6 meses de edad:

- Inicia las papillas
- Tres o cuatro tomas de leche que pueden llevar cereales sin gluten y una de papilla.

De 6 a 9 meses

- 2 tomas lácteas y 2 diversificadas (papillas de fruta y de verdura).

De 9 a 12 meses

- Tomas abundantes. 500 ml de lácteos.
- Papilla de verdura y de fruta, la papilla de verdura puede llevar incorporada carne o pescado triturados, más adelante verdura cocida tomada en trocitos (el tamaño del "trozo" dependerá de la madurez del niño y del número de dientes que tenga, la consistencia y el tamaño de los "trozos" siempre se aumentará paulatinamente para prevenir atragantamientos).

De los 12 a los 24 meses se pueden encontrar muchas variaciones.

- Un niño de 14 meses puede comer alimentos blandos enteros, pero probablemente se canse pronto. Hasta que veamos que no se cansa parte de la comida puede ser en papilla. En este periodo ira sustituyendo el biberón por el vaso y adquiriendo destreza con el tenedor y la cuchara. Para aprender tiene que mancharse, déjelo mancharse y dele tiempo.

Desayuno:

- Leche medio vaso, zumo medio vaso
- Una rebanada de pan blanco o integral
- 3-5 cucharadas de cereales en copos

Almuerzo

- ❖ Leche medio vaso
- ❖ Carne o pescado una pieza (filete o equivalente)
- ❖ Queso , 1 huevo (dos o tres en la semana)
- ❖ Lentejas, garbanzos un cuarto de taza
- ❖ Verduras un cuarto de taza
- ❖ Pan una rebanada.
- ❖ Pasta o arroz un cuarto de taza.

Merienda

- Leche medio vaso
- Zumo, fruta medio vaso
- Pan media rebanada
- Cereales 3-4 cucharadas o galletas.

Incorporación de nuevos alimentos

Introducción de productos lácteos:

- Lactancia materna: hasta 6 meses.
- Yogur natural: a partir de 10 meses.
- Queso fresco: a partir de 10 meses.
- Leche entera: a partir de 12 meses.
- Flanes, cremas, etc.: a partir de 12 meses.

Introducción de fruta:

- Zumo natural, compota y fruta triturada: a partir de 6 meses.
- Fruta troceada: a partir de 8 meses.
- Fruta seca triturada: a partir de 12 meses.
- Frutos secos enteros: a partir de 3 años.

- Frutas rojas o exóticas: a partir de 18 meses.

Introducción de cereales:

- Harinas sin gluten de cereal único (arroz, maíz): a partir de 6 meses.
- Harinas con gluten (trigo, avena, cebada, centeno): a partir de 7 meses.
- Pan y galletas: a partir de 8 meses.
- Pasta fina: a partir de 10 meses.
- Cereales del desayuno, cereales integrales: a partir de 24 meses.

Introducción de verduras y hortalizas:

- Purés finos (cebolla, zanahoria, patata): a partir de 6 meses.
- Purés más espesos: a partir de 9 meses.
- Tomate sin piel ni semillas (cocido): a partir de 10 meses.
- Verdura cruda troceada: a partir de 12 meses.
- Verdura flatulenta (col, alcachofa, espárragos): a partir de 18 meses.

Introducción de carne, pescado y huevos:

- Pollo, pavo, conejo, ternera, cerdo magro: a partir de 7 meses.
- Embutido hervido con poca grasa: a partir de 12 meses.
- Otros embutidos: a partir de 24 meses.
- Pescado magro (blanco): a partir de 9 meses.
- Pescado graso (azul): a partir de 18 meses.
- Marisco: a partir de 24 meses.
- Yema de huevo (cocida): a partir de 10 meses.
- Huevo entero (cocido): a partir de 12 meses.

6.7.- Modelo Operativo

Tabla N° 24. Modelo Operativo.

Fases	Etapas	Metas	Actividades	Presupuesto	Responsable
Planificación	Recolección de la información de campo y bibliográfica	Disponer de información al 100%.	Datos estadísticos relacionados con el tema.	Material de escritorio	Sandra Poaquiza Presidente de la comuna de Salasaca en responsabilidad de los Profesionales del Subcentro
	Seleccionar el segmento de mercado (madres adolescentes).	Captar un 80% de madres adolescentes.	Visita al centro de salud de Salasaca. Revisión de parte diarios. Revisión de la historia clínica. Visitas domiciliarias	\$70 Transporte \$100 Material didáctico 80.	
	Elaboración del tema a exponer.	Propuesta realizada	Realización de materiales a utilizar: Trípticos Pancartas Carteles Audiovisuales Difusión radial.		
	Ubicación del lugar de capacitación.	Disposición del lugar y autorización por parte del presidente de la comuna.	Dialogo con el presidente de la comuna		

Ejecución	Presentación del tema de capacitación. Lactancia materna e inicio de la alimentación complementaria	El 60% de las madres están presentes.	Control de asistencia de las madres. Registros de asistencia Entrega de trípticos Dinámicas de socialización con las madres. Exposición del tema.		
	Dramatización	Concientizar la importancia del tema 80%.	Participación interactiva de las asistentes.		
Evaluación	Evaluar sobre el tema a las madres	El 80% de captación de las madres adolescentes	Realización de preguntas referentes al tema de capacitación. Preguntas abiertas Preguntas cerradas.		

Elaborado:Sandra Jaqueline PoaquizaRecalde.

6.8.- Administración de la Propuesta

La elaboración y diseño de la propuesta es específicamente realizados por la investigadora en dicho sectores para efectos de la evaluación se tomara en cuenta las madres adolescentes del subcentro de Salud de Salasaca del área N° 5, con ayuda del personal que trabaja.

6.9.- Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

Se realiza según la propuesta por medio del modelo operativo es decir a través de la valoración a los hijos de madres adolescentes se analizará los resultados y se tomara en cuenta las respectivas sugerencias para modificar la propuesta o para mantenerla.

Tabla N° 25. Cronograma del Plan Operativo

		Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
Fases	Actividades / Semanas	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
Planificación	Recolección de la información de campo y bibliográfica.	x	x																						
	Seleccionar el segmento del mercado (madres adolescentes)	x	x	x																					
	Elaboración del tema a exponer			x	x	x																			
	Ubicación del lugar de capacitación			x	x	x																			
Ejecución	Entrega de trípticos						x	x	x	x			x	x	x	x									
	Dinámicas de socialización con las madres						x	x	x	x			x	x	x	x									
	Exposición del tema						x	x	x	x			x	x	x	x									
Evaluación	Evaluar sobre el tema a las madres																		x	x	x				
	Valoración a los hijos de madres adolescentes																						x	x	X

Elaborado: Sandra Jaqueline PoaquizaRecalde.

Tabla N° 26. Programa de actividades

Programación de Actividades			
Hora	Lugar	Actividad	Responsable
Juño 2012 El día Viernes de 10 am a 11 am	Subcentro de Salud de Salasaca	Recolección de la información de campo y bibliográfica Seleccionar el segmento del mercado (madres adolescentes) Visitas domiciliarias a las madres adolescentes Selección del tema a exponer Organización del lugar (sillas y mesas necesarias)	Sandra Poaquiza Y Presidente de la comuna: Sr Juan Mazaquiza
Septiembre Octubre Noviembre 2012 (una vez semana) El día Viernes	Subcentro de salud de Salasaca	Bienvenida a las madres adolescentes Ubicación de las madres en el lugar de la capacitación Preparación del material didáctico para una mejor comprensión Presentación del tema de capacitación Entrega de trípticos (lactancia materna y alimentación complementaria) Talleres (lactancia materna y alimentación complementaria) Sociodrama (alimentación complementaria)	
Diciembre 2012	Subcentro de salud de Salasaca	Valoración trimestral del niño Devolución de conocimiento por parte de las adolescentes de la alimentación complementaria del niño según la edad.	

Elaborado: Sandra Jaqueline PoaquizaRecalde.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Normas APA

- Contreras, R (2011), en su trabajo sobre “El embarazo en la adolescente es un problema social” pag 65
- Coronado, Y 2010. En el trabajo sobre “Riesgos del embarazo precoz” pag 192
- Pérez, M. (2009). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Aplicación de un taller de educación sobre la sexualidad y diseño sobre el proyecto de vida en adolescentes México.Pag 315
- PosadaAlvaroD.El niño Sano 2dª Edicion año 2008 Editorial Universidad de Antioquia pag 46
- Reeder y otros. 2009. Enfermería Materno Infantil. Tercera edición. “El embarazo en adolescente es un problema fisiológico y psicológico”:pag 345
- Saez G..(2008)” la salud del adolescente y la acion en la comunidad 2ª edición pag 219
- Tandazo, M. (2009), Universidad Particular de Loja. Descripción del Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos y Prevalencia de Embarazos en Adolescentespag 65
- LuanneLinnardPalmerd2012 pàg 61 Notas de Pediatría año 2012 Editorial Mejicano
- López de Castro A. Embarazo en la adolescencia y problemas de salud en el embarazo. 2ª edición. Madrid: 2008. Pág. 316

Lincografia

- Alvarez J (2010) La prevención y el control en la adolescencia noticias Tungurahua disponible en. [Http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101048417/1/La %20prevenci%C3%b3n%20y%20el%20control%20en%20la%20adolescencia.h](http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101048417/1/La%20prevenci%C3%b3n%20y%20el%20control%20en%20la%20adolescencia.h)

- Andrés G. 2011. Desarrollo Psicosocial En La Adolescencia. Disponible en <http://www.buenastareas.com/ensayos/Desarrollo-Psicosocial-En-La-Adolescencia/1729830.html>
- Andreina Cattani, Univ. Católica de Chile sexualidad en la adolescencia 2011 Disponible en [es.wikipedia.org/wiki/ Educación_ sexual](http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci3n_sexual) Manual de salud reproductiva en la adolescencia.
- Cinthia. P. 2012 Monografias. El embarazo en adolescentes disponible en <http://www.monografias.com/trabajos93/las-madres-adolescentes/las-madres-adolescentes.shtml#ixzz2hakz19s5>
- Eliassanchez (2010) Presentación para un taller donde los adolescentes reflexionen sobre su del proyecto de vida disponible en [www.bkc.com.mx/proyecto DE VIDA Y TOMA DE decisiones](http://www.bkc.com.mx/proyecto_DE_VIDA_Y_TOMA_DE_decisiones) - UN Virtual www.virtual.unal.edu.co/.../adolescente/.../proyecto%20de%20vida.
- Elizabeth Álvarez 2009 Factores que influyen en el Embarazo en la Adolescencia DISPONIBLE EN www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf071_209.htm
- García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: 2010 "Embarazo y adolescencia" EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA disponible en med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
- Molina R. 2012 consultado el 23/02/2012. "Adolescencia y embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. II. Disponible en [Http://www.elcomercio.ec/sociedad/Ecuador-lidera-lista-embarazo-adolescente_0_650935027.html](http://www.elcomercio.ec/sociedad/Ecuador-lidera-lista-embarazo-adolescente_0_650935027.html)
- Monir y otros (2009) Boletín de la Organización Mundial de la Salud Embarazo en adolescentes disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>
- Ralih C. Benson, M.D. 2012 "Manual de Ginecología y obstetricia" 7ª Edición. El manual moderno, S.A. de C.V. México 1985 Pag 105 – 128

- Ministerio de inclusión Económica y Social año (2011) Embarazos de niñas sube 74% y ubica al Ecuador primero en la región andina disponible en [Http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html](http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html)
- Alimentaria Nutricional – SIVAN (SISVAN-PIM-PEAN-PANN), (2009). Disponible en [Http://www.msp.gob.ec/dps/pichincha/images/stories/normas_programas_nutricionales__http://www.msp.gob.ec/dps/pichincha/images/stories/normas_programas_nutricionales__sisvan-pann-pim-pean_.pdf](http://www.msp.gob.ec/dps/pichincha/images/stories/normas_programas_nutricionales__http://www.msp.gob.ec/dps/pichincha/images/stories/normas_programas_nutricionales__sisvan-pann-pim-pean_.pdf)
- Rodríguez Rigual, Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia, AnPediatr 2003; 58: 104 - 106. Último acceso 30 de noviembre de 2009 Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Pubertad>
- Juan R. Issler, Embarazo en la adolescencia Revista de Posgrado de la Cátedra via Medicina N° 107 - Agosto/20011 Página: 11-23 Disponible en www.tareasya.com.mx/...adolescencia/1731-Cambios-psicológicos.
- Ruiz M. 2009 Madres adolescentes - Monografias.com [Www.monografias.com](http://www.monografias.com) › Estudio Social
- Ralih C. Benson, M.D. 2012 "Manual de Ginecología y obstetricia" 7ª Edición. El manual moderno, S.A. de C.V. México 1985 Pag 105 – 128
- Salazar Cutiño Berta, /2009 – Adolescentes inician sus noviazgos más temprano • Trae consigo algunos riesgos • disponible en...www.buenastareas.com › Inicio › Acontecimientos Sociales
- Tandazo, M. (2009), Universidad Particular de Loja. Descripción del Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos y Prevalencia de Embarazos en Adolescentes La hora, 2010, La sexualidad en la adolescencia Disponible en: www.la hora.com.ec.

- Lázaro L. Las escuelas ante el embarazo adolescente. Disponible en www.salutia.com (Consultado el 25 Agosto 2009).
- La hora, 2010, La sexualidad en la adolescencia Disponible en: www.lahora.com.ec.
- Wilson, David. (2009), Manual de Enfermería Pediátrica de Wong, Edit. Mc Graw Hill, Séptima Edición ,México disponible en <http://www.buenastareas.com/ensayos/Aiepi-Atencion-Integrada-a-Las-Enfermedades/2916205.html>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

- Comisión Nacional de Atención Integral al Adolescente. (1993). Juventud en cifras. Costa Rica, 1980-1992. Organización Panamericana de la Salud y Comisión Nacional de Atención Integral al Adolescente. San José.
- Castro, Marlene y Giselle CHANG (1979). Creencias y actitudes de las prisigestas en la relación al embarazo, parto y crianza de los años Tesis en Antropología, Universidad de Costa Rica.
- Donas, Solum. Marco Epidemiológico y Conceptual de la Salud Integral de Adolescentes. Adolescencia u Juventud. OPS/OMS, marzo, 1995.
- Inju (1989). Nada menos que ser mujer. Primer Seminario Nacional sobre la Mujer Joven "Marta Solís", 27,28 de julio 1989. Instituto Nicaragüense de la Juventud. Managua
- Kanuk Baruch College City University of New York, ISBN 968-880-185-2 Tercera Edición. 1991 Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A., México

ANEXOS

Anexo 1

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

ENCUESTA DIRIGIDA A MADRES ADOLESCENTES

Objetivo

- Recolectar información sobre las madres adolescentes en su etapa del embarazo y como está el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Instructivo

- Responda con la mayor sinceridad posible la encuesta
- No guarde ningún tipo de información que sea relevante para la investigación.

DATOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES

1. Nombre:

.....
.....

2. Edad actual:

HCL:

3. Dirección:

.....
....

4. Estado civil:

5. Situación económica:

6. Ocupación:

7. Nivel de Educación:

- ...Primaria.....

- Secundaria
- Superior...

8 Edad de inicio de relaciones sexuales

10 -13

14 -16

17 -19

9 Control prenatal:

- Si
- No
- Cuántos:
- 10 Presencia de complicaciones en el embarazo:
 - Si
 - No
 - Cuáles:
 -
 -
- 11 Tipo de parto que tuvo:
 - Vaginal
 - Cesárea
- 12 Lugar de parto:
 - Hospital
 - Centro de Salud
 - Domicilio

DATOS DEL NIÑO.

1. Nombre:

.....
.....

2. Fecha de nacimiento:

3. Edad:

HCL:

4. Sexo:

5. Apgar:

6. Peso al nacer:

7. Talla al nacer:

8. Perímetro cefálico al nacer:

9. Complicaciones neonatales:

- Si.....

- No

- Cuál:

.....
.....

10. Lactancia:

- Si.....

- No.....

- Hasta qué edad:

11. Inicio de la alimentación complementaria:

12. Enfermedades relevantes que ha tenido:

.....
.....

13. Vacunas completas:

- Si

- No

14. Número de controles de niño sano:

15. Peso actual:

16. Talla actual:

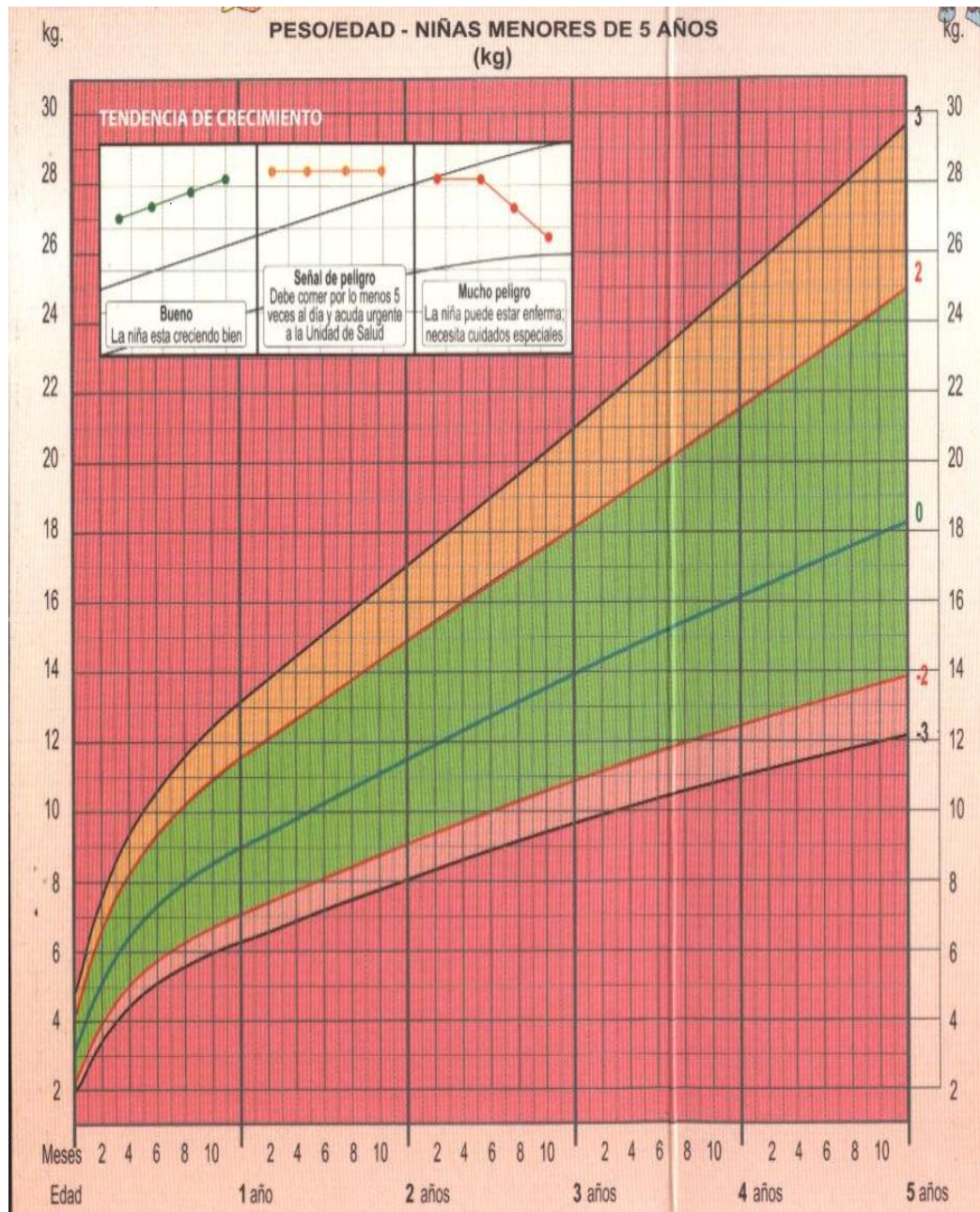
17. Perímetro cefálico actual:

18. Resultados del Test de Desarrollo:

- Normal
- Déficit

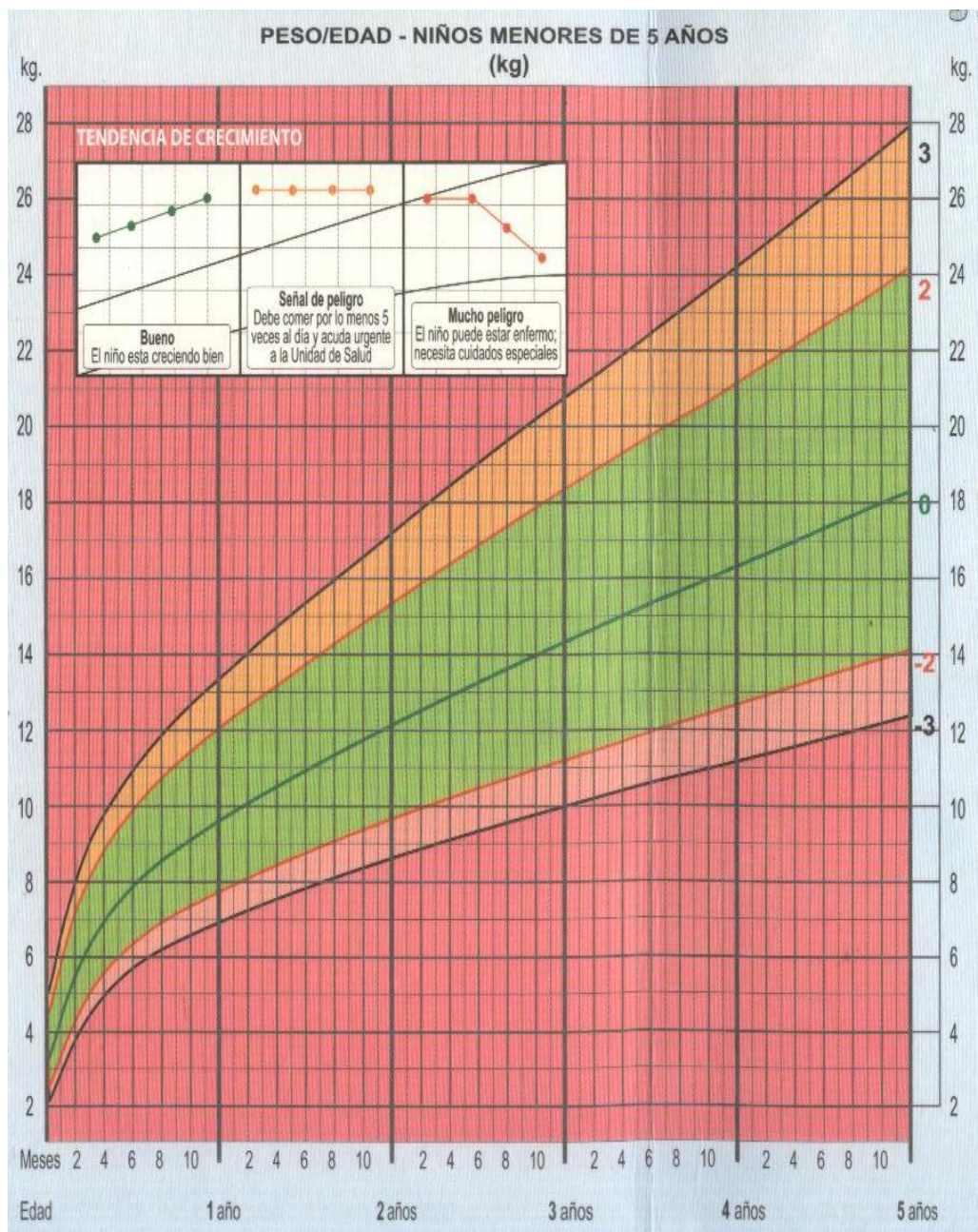
Anexo 2

Peso / edad- niñas menores de 5 años



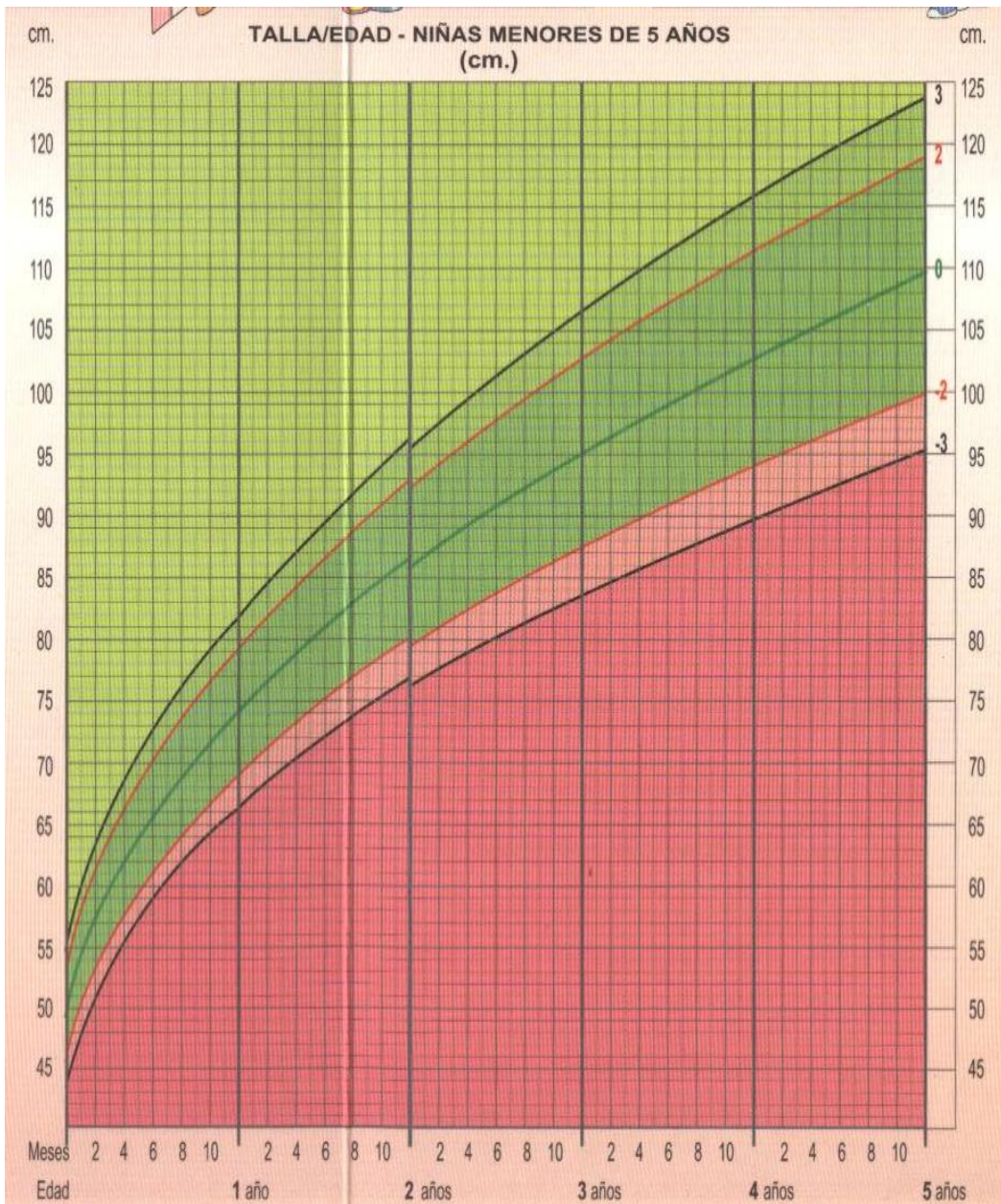
Anexo 3

Peso/Edad niños menores de cinco años.



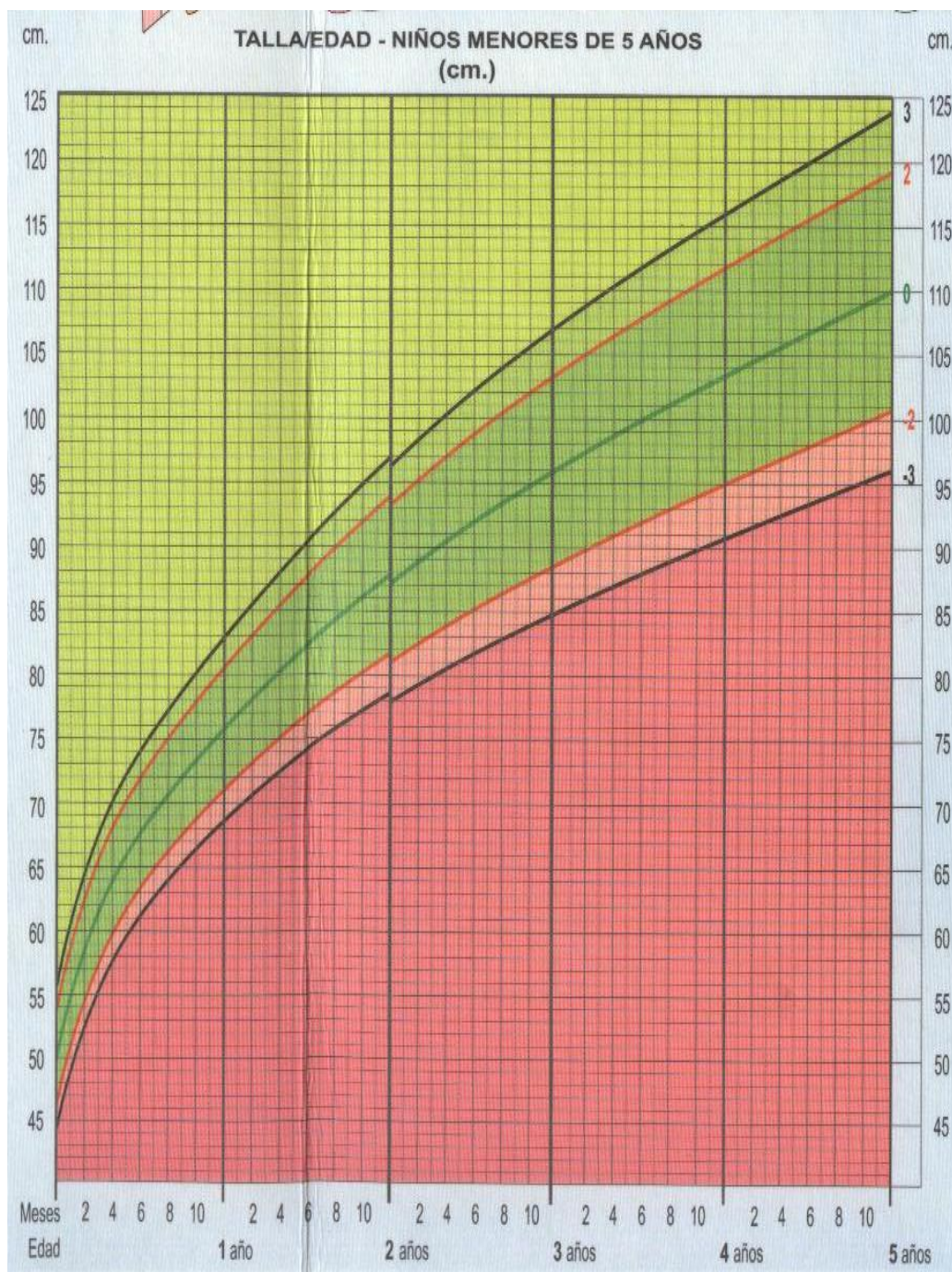
Anexo 4

Talla / edad- niñas menores de 5 años



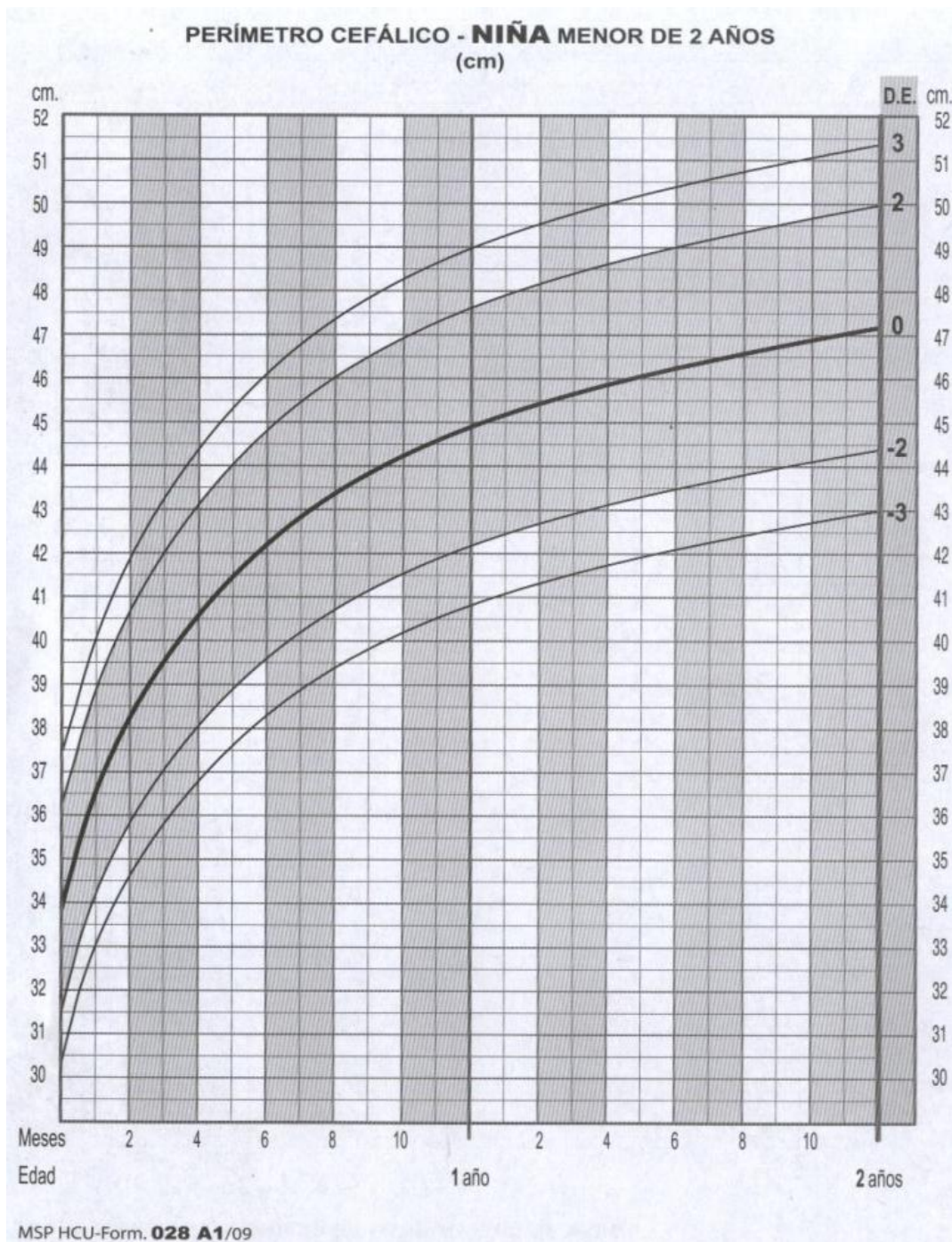
Anexo 5

Talla/edad niños menores de 5 años



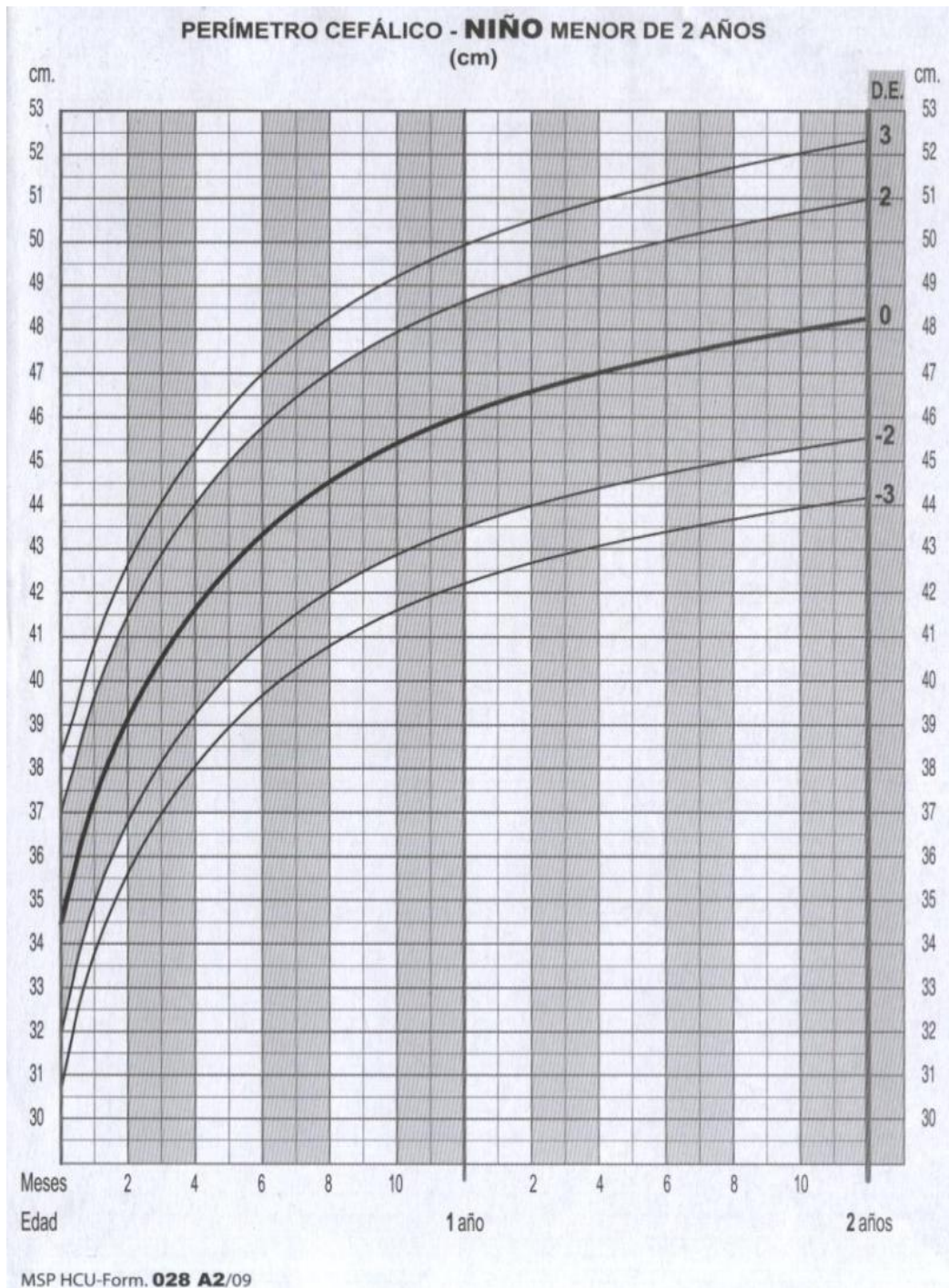
Anexo 6

Perímetro cefálico de niña menor de 2 años



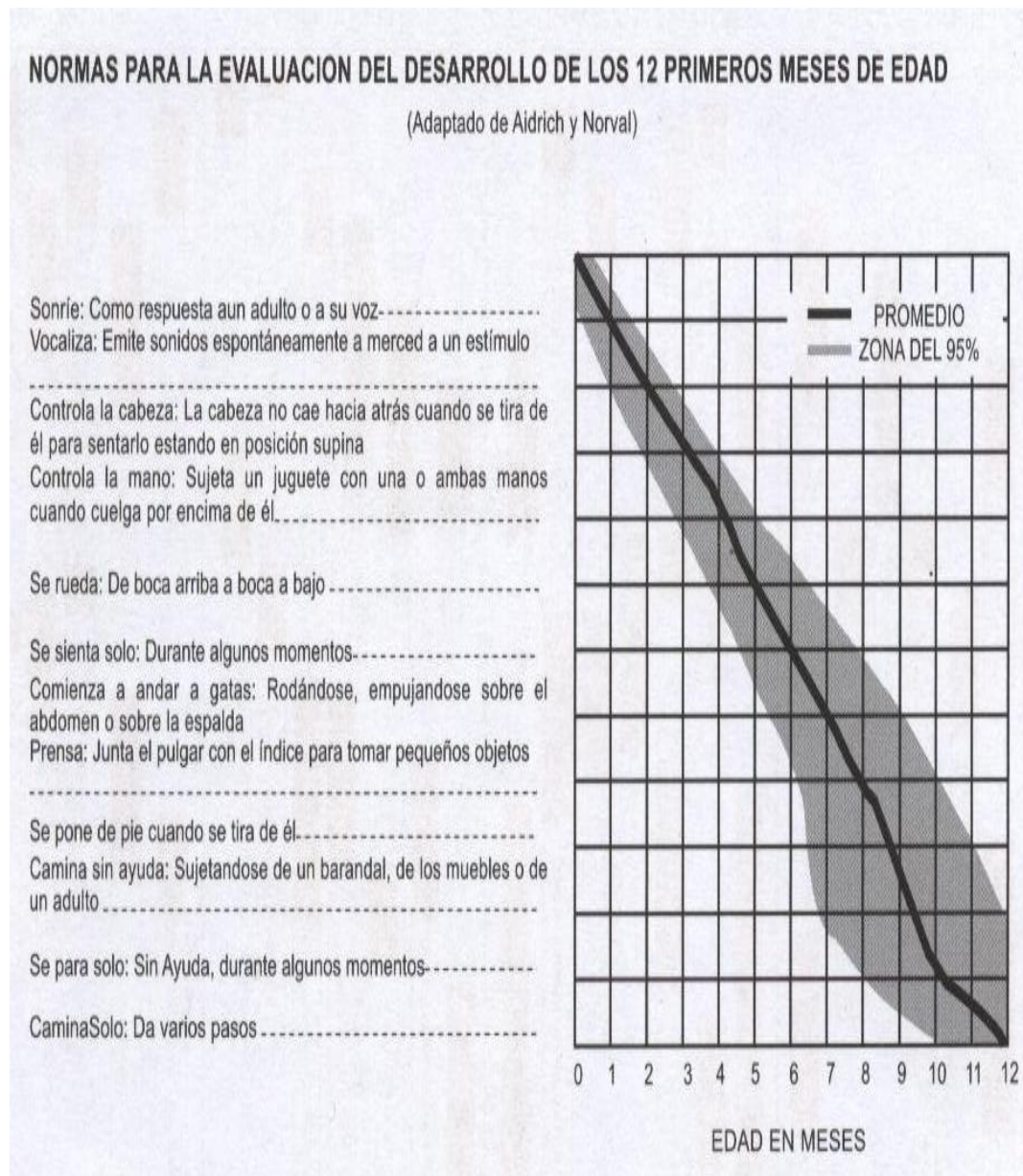
Anexo 7

Perímetro cefálico de niño menor de 2 años



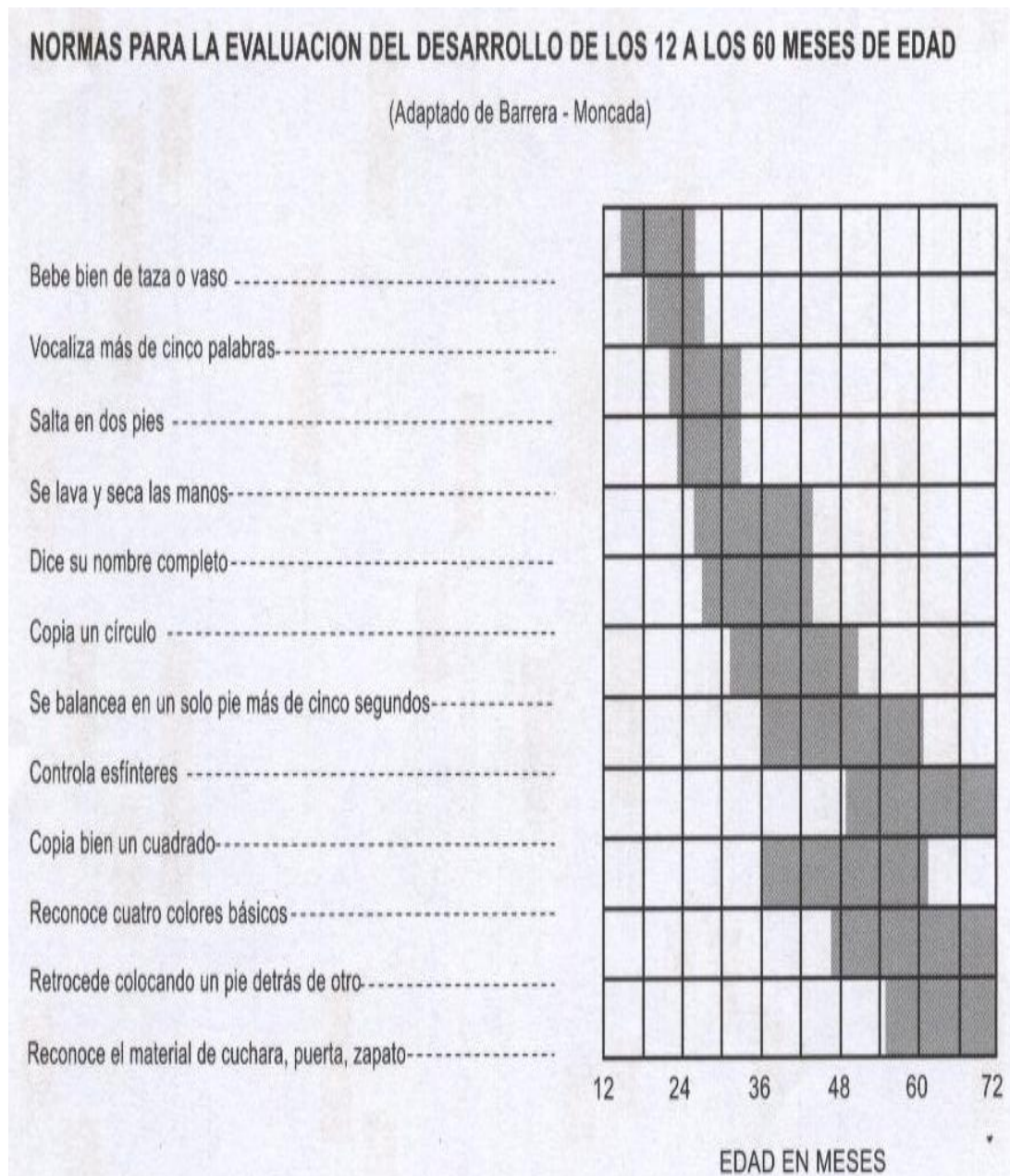
Anexo8

Test de Aldrich y Norval



Anexo 9

Test de Barrera- Moncada



AnexoN° 10 Esquema de inmunización de los niños

Plan Nacional de Inmunizaciones

Calendario de VACUNACIÓN 2013

EDAD	VACUNA	PROTEGE CONTRA
Recién Nacido	BCG	Tuberculosis
2, 4 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades por Neumococo
6 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
12 meses	Tres vírica	Sarampión, Rubéola, Paperas
	Neumocócica conjugada	Enfermedades por Neumococo
18 Meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva H. Influenza B
	Polio oral	Poliomielitis
1º Básico	Tres vírica	Sarampión, Rubéola, Paperas
	dT _p (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
8º Básico	dT _p (acelular)	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
Adultos de 65 años	Neumocócica Polivalente	Enfermedades por Neumococo

SALUD RESPONDE
600-360-7777
PROFESIONALES DE LA SALUD ATENDIENDO SUS DUDAS LAS 24 HORAS DEL DÍA Y LA SEMANA

www.minsal.cl
Búscanos en



**Organización
Panamericana
de la Salud**
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Ministerio de
Salud**

Gobierno de Chile

Fuente: Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años. 2008.

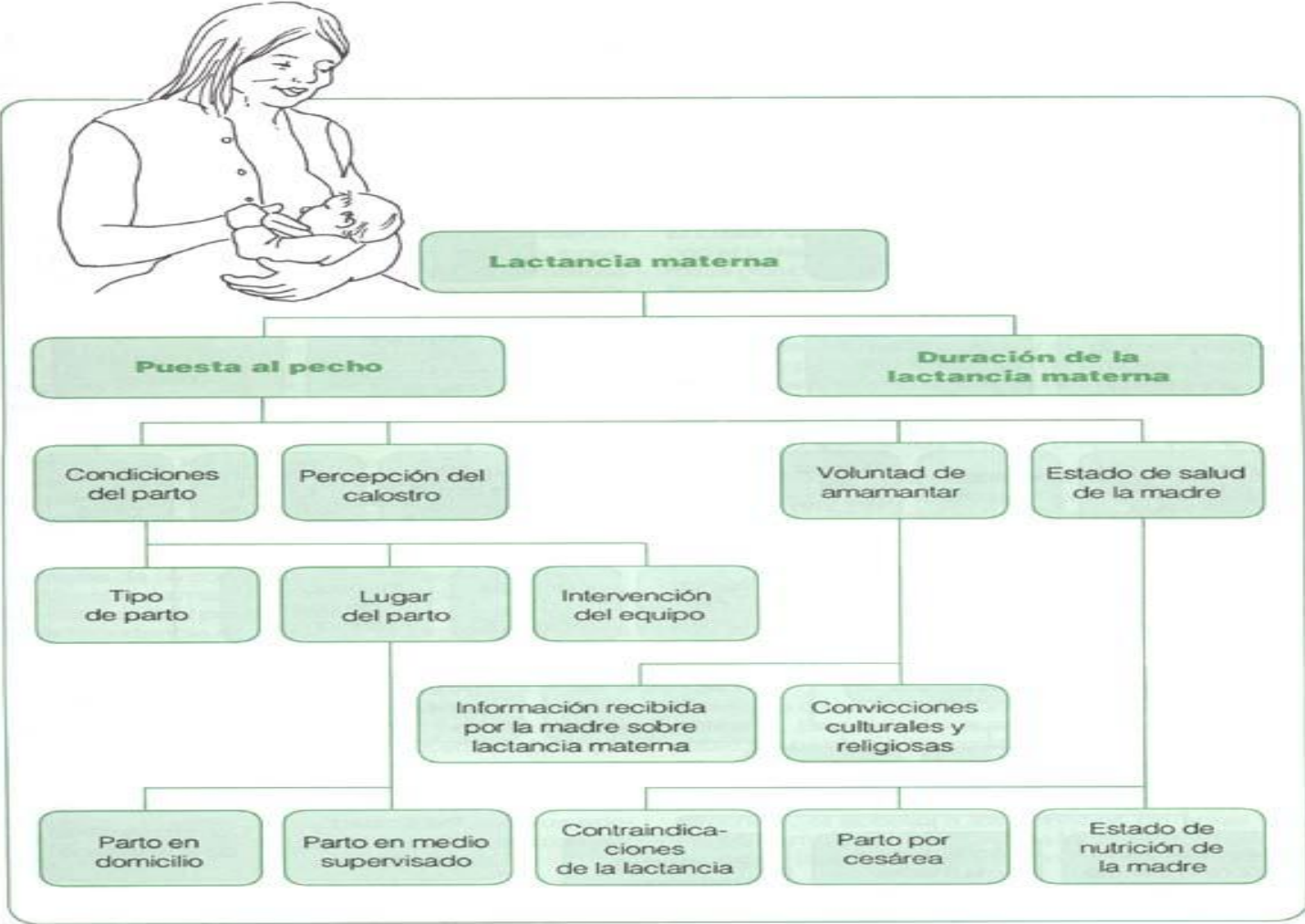
Anexo 10. Taller de capacitación dirigido a las madres adolescentes de la Parroquia Salasaca sobre lactancia materna y alimentación complementaria.

Tema	Lactancia materna y alimentación complementaria
Objetivos	<p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar información sobre la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria • Mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños con la prolongación de este alimento <p>Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar sobre los beneficios que ofrece este alimento • Indicar sobre el inicio de la alimentación complementaria y que alimentos debe ingerir los niños en determinadas edades • Educar sobre la higiene al preparar los alimentos
Comunidad a la que va dirigida	<ul style="list-style-type: none"> • Salasaca
Equipo responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Sandra Poaquiza • Representantes de las comunas
Número de participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 100 madres adolescentes
Tiempo de ejecución	<ul style="list-style-type: none"> • Agosto, Septiembre, Octubre 2012
Distribución	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales: muñecos, sillas, mesas, alimentos
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Devolución de la práctica

Anexo 11. Sociodrama dirigido a las madres adolescentes de la Parroquia Salasaca sobre la alimentación complementaria.

Tema:	Inicio de la alimentación complementaria		
Objetivos:	<p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar información a las madres sobre la importancia de alimentación complementaria <p>Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educar a qué edad se debe iniciar con la alimentación complementaria. • Educar que tipo de alimentos se debe dar en determinadas edades. 		
Lugar:	<ul style="list-style-type: none"> • Casa comunal de Salasaca 		
Fecha:	<ul style="list-style-type: none"> • Agosto, Septiembre, Octubre 2012 		
Hechos:	Materiales	Personajes	Orden de entrada
	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos • Utensilios • Mesa • Silla • Los carteles • Muñecos 	<ul style="list-style-type: none"> • Niño • Mamá • Enfermera 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera • Mamá • niño

Anexo 12.Lactancia Materna



Anexo 13.Lactancia Materna

**UN REGALO PARA TODA LA VIDA**
11 Pasos para garantizar una lactancia materna exitosa
Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño



Paso 1
Disponer de una norma por escrito sobre la lactancia natural, que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de salud.

Paso 2
Capacitar a todo el personal de salud para que esté en condiciones de poner en práctica dicha norma.

Paso 3
Informar a todas las embarazadas, la pareja, y la familia, de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

Paso 4
Colocar al bebé en contacto piel con piel de la mamá, inmediatamente después del nacimiento, por lo menos por una hora y alentarle para que reconozca cuándo su bebé esta listo para amamantar, ofreciéndole ayuda si es necesario.

Paso 5
Mostrar a las madres y padres cómo se debe dar de lactar al bebé, en las primeras seis horas post parto en especial y cómo mantener la lactancia incluso si tuvieran que separarse de sus hijos.

Paso 6
No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.

Paso 7
Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los bebés durante las 24 horas del día.

Paso 8
Fomentar la lactancia natural a demanda de parte del bebé y/o la madre.

Paso 9
No dar a los bebés mamaderas, biberones ni chupones artificiales.

Paso 10
Formar grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.

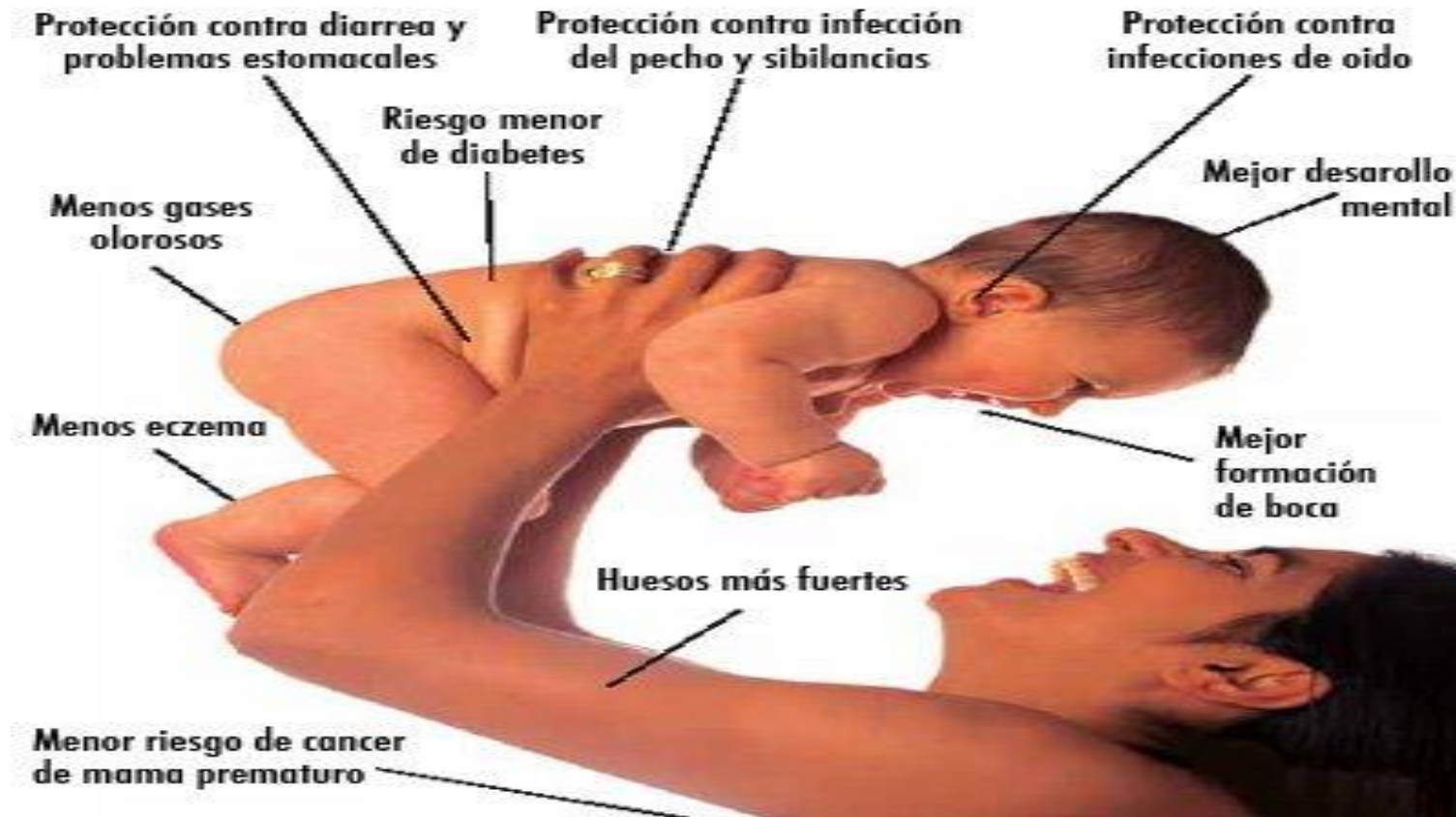
Paso 11
Prohibir la práctica de la distribución gratuita e indiscriminada de sucedáneos de la leche materna en el hospital.

lactancia materna

Desnutrición Cero

Con el apoyo técnico de la Sociedad Boliviana de Pediatría, COTALMA y el apoyo técnico y financiero de UNICEF-Bolivia.

Beneficios de alimentar a tu bebé con leche materna



Anexo 15. Alimentación Complementaria



Alimentación Complementaria

Cuando los niños y niñas tienen cerca de 6 meses, están listos para comenzar a recibir otras comidas junto a la leche materna. En esta etapa se desarrollan las principales capacidades para recibir alimentos y la diferenciación de texturas, sabores, olores, temperaturas y consistencias de éstos. Para tu hijo o hija, probar nuevos alimentos es una gran aventura además de un importante aprendizaje.

Aquí te damos algunos consejos para que esta nueva experiencia sea más sencilla.

Anexo 16. Alimentación Complementaria



