



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA ENFERMERÍA**

**IV SEMINARIO DE GRADUACIÓN**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**

**“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL BÁSICO BAÑOS DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA DURANTE EL PERIODO JUNIO 23 A NOVIEMBRE 23 DEL AÑO 2012”.**

Requisito previo para optar por el título de Licenciada en Enfermería

**Autora:** Alvarez Araujo, Mayra Mercedes

**Tutor:** Lcda. Constante Arias, Guadalupe

**AMBATO – ECUADOR**

**Mayo, 2013**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

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

**“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL BÁSICO BAÑOS DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA DURANTE EL PERIODO JUNIO 23 A NOVIEMBRE 23 DEL AÑO 2012”**, de Alvarez Araujo Mayra Mercedes, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2013

LA TUTORA

.....  
LCDA. CONSTANTE ARIASGUADALUPE

## AUTORÍA DE TRABAJO

Los criterios emitidos en el trabajo 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 HOSPITAL BÁSICO BAÑOS DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA DURANTE EL PERIODO JUNIO 23 A NOVIEMBRE 23 DEL AÑO 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusividad responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2013

LA AUTORA

.....  
ALVAREZ ARAUJO MAYRA MERCEDES

## **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 producción no suponga ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Abril del 2013.

LA AUTORA

.....  
ALVAREZ ARAUJO MAYRA MERCEDES

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueba el informe de Investigación, sobre el tema:  
**“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL BÁSICO BAÑOS DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA DURANTE EL PERIODO JUNIO 23 A NOVIEMBRE 23 DEL AÑO 2012”**, de Alvarez Araujo Mayra Mercedes, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Mayo del 2013

Para constancia firman

.....

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a Dios que desde el cielo me bendice, me ha cuidado y me ha dado la fuerza que necesitaba para levantarme cuando sentía desfallecer.

A mi madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha inculcado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis maestros que supieron impartir y dirigir los conocimientos necesarios basados siempre en los valores morales para llegar a ser un ente positivo para la sociedad.

**Mayra Mercedes Alvarez Araujo**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por haberme regalado sabiduría, entendimiento y la fortaleza para cumplir con los objetivos que me he propuesto. También agradezco a mi tutora Lcda. Guadalupe Constante y la Universidad Técnica de Ambato, institución que me abrió las puertas y sirvió como guía para desarrollarme en mi carrera como profesional.

**Mayra Mercedes Alvarez Araujo**

# ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

## HOJAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DE TRABAJO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
RESUMEN EJECUTIVO .....	xiv
EXECUTIVE SUMMARY.....	xv
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA .....	2
1.- Tema: .....	2
1.2.- Planteamiento del problema. ....	2
1.2.1.- Contextualización: .....	2
1.2.2.- Análisis crítico: .....	7
1.2.3.- Prognosis: .....	8
1.2.4.- Formulación del problema. ....	8
1.2.5.- Preguntas Directrices: .....	8
1.2.6.- Delimitación del problema. ....	9
1.3.- Justificación. ....	10
1.4.- Objetivos. ....	12
1.4.1.- Objetivo General:.....	12
1.4.2.- Objetivos Específicos: .....	12
CAPITULO II .....	13



MARCO TEÓRICO.....	13
2.1.- Investigaciones Previas:.....	13
<b>2.2.- Fundamentación Filosófica.</b> .....	16
<b>2.3.- Fundamentación Legal.</b> .....	17
2.4 Categorías Fundamentales.....	20
2.4.1 Fundamentación Teórica.....	23
2.4.1.1 Madres adolescentes .....	23
2.4.1.2 Embarazo en la adolescencia .....	24
2.4.1.3 Sexualidad y educación sexual .....	39
2.4.1.4 Adolescencia .....	46
2.4.2.1 Salud infantil.....	52
2.4.2.2 Control del niño .....	54
2.4.2.3 Alteraciones en el crecimiento y desarrollo psicomotriz .....	84
Talla baja.....	84
2.4.2.4 Crecimiento y desarrollo del niño.....	86
2.5.- Hipótesis .....	87
2.6.- Señalamiento de variables .....	87
<b>CAPÍTULO III</b> .....	88
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.</b> .....	88
3.1. Enfoque. ....	88
3.2. Modalidad básica de la investigación. ....	88
3.3. Nivel o tipo de investigación. ....	89
3.4 Población y muestra. ....	89
3.4.1. Población.....	89
3.4.2. Muestra.....	89
3.5. Operacionalización de Variables. ....	90
3.5.1.-Variable independiente: Madres Adolescentes.....	90
<b>3.5.2.- Variable Dependiente: Crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.</b> .....	91
3.6 Plan de recolección de la información. ....	92

Elaborado por: Mayra Alvarez.....	92
3.7 Técnicas e instrumentos.....	93
3.8.- Procesamiento de la información e interpretación de resultados.....	93
CAPITULO IV.....	94
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	94
<b>4.1. Análisis de aspectos cuantitativo .....</b>	<b>94</b>
<b>4.2 Interpretación de Resultados .....</b>	<b>94</b>
4.3 Verificación de Hipótesis.....	114
5.1 Conclusiones .....	115
Se llega a las siguientes conclusiones .....	115
5.2 Recomendaciones: .....	116
Se llega a las siguientes recomendaciones .....	116
CAPITULO VI.....	117
PROPUESTA.....	117
6.1. Datos Informativos.....	117
6.2. Antecedentes de la investigación .....	118
6.3. Justificación .....	119
6.4. Objetivos:.....	120
6.5. Análisis de factibilidad.....	120
6.6. Fundamentación Científica .....	121
6.7.- Modelo Operativo.....	132
6.8 Administración de la Propuesta .....	133
6.9.- Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta .....	135
ANEXO III: GRÁFICOS.....	139
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	141
1. BIBLIOGRAFÍA.....	141
2. LINKOGRAFÍA.....	142
3. CITAS BIBLIOGRÁFICAS: Bases de datos de U.T.A .....	146

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Desarrollo psicomotor del niño por edad.....	69
Tabla 2: Esquema de Vacunación.....	79
Tabla 3: Variable Independiente.....	90
Tabla 4: Variable Dependiente.....	91
Tabla 5: Plan de recolección de Información.....	92
Tabla 6: Incidencia de Madres Adolescentes por Grupo Etéreo.....	95
Tabla 7: Menarquia.....	96
Tabla 8: Edad del Inicio de Relaciones Sexuales.....	97
Tabla 9: Estado Civil.....	98
Tabla 10: Grado de construcción.....	99
Tabla 11: Número de Gestas.....	100
Tabla 12: Control Prenatal.....	101
Tabla 13: Complicaciones En El Embarazo.....	103
Tabla 14: Edad Gestacional al Primer Control.....	104
Tabla 15: Tipo de Parto.....	105
Tabla 16: Niños Percentiles.....	106
Tabla 17: Percentiles Índice T/E.....	107
Tabla 18: Percentiles Según índice PC/E.....	108
Tabla 19: Tabla de Vacunación.....	109
Tabla 20: Desarrollo del Test de Denver.....	110
Tabla 21: Lactancia Materna.....	111
Tabla 22: Nutrición Complementaria.....	112
Tabla 23: Enfermedades Prevalentes en la Infancia.....	113
Tabla 24: Modelo Operativo.....	132
Tabla 25: Administración de la Propuesta.....	133
Tabla 26: Plan de Monitoreo.....	135

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Árbol de Problemas.....	6
Gráfico N° 2: Red de Inclusiones Conceptuales.....	20
Gráfico N° 3: Constelación de Ideas.....	21
Gráfico N° 4: Constelación de Ideas.....	22
Gráfico N° 5: Peso/edad de niños y niñas menores de 5 años .....	56
Gráfico N° 6: Talla/edad de niños y niñas menores de 5 años .....	57
Gráfico N° 7: Perímetro cefálico de niños y niñas menores de 2 años .....	58
Gráfico N° 8: Test de Aldrich y Norval .....	70
Gráfico N° 9: Test de Barrera. Moncada .....	70
Gráfico N° 10: Test de Denver .....	72
Gráfico N° 11: Incidencia de Madres Adolescentes por Grupo Étáreo .....	95
Gráfico N° 12: Menarquia.....	96
Gráfico N° 13: Inicio de las Relaciones Sexuales.....	97
Gráfico N° 14: Estado Civil .....	98
Gráfico N° 15: Nivel de Instrucción .....	99
Gráfico N° 16: Número de Gestas .....	100
Gráfico N° 17: Control Prenatal.....	101
Gráfico N° 18: Complicaciones en el Embarazo .....	103
Gráfico N° 19: Edad Gestacional al Primer Control.....	104
Gráfico N° 20: Tipo de Parto .....	105
Gráfico N° 21: Percentiles .....	106
Gráfico N° 22: Percentil t/e.....	107
Gráfico N° 23: Percentiles .....	108
Gráfico N° 24: Esquema de Vacunación .....	109
Gráfico N° 25: Test de Denver .....	110
Gráfico N° 26: Leche Materna.....	111
Gráfico N° 27: Inicio de Alimentación Complementaria .....	112
Gráfico N° 28: Enfermedades Prevalentes en la Infancia.....	113

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Observación Dirigida a las Madres Adolescentes .....	136
Anexo 2: Ficha de Observación Dirigida a los Hijos de Madres Adolescentes .....	139

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

**RESUMEN EJECUTIVO**

**TEMA: “MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL HOSPITAL BÁSICO BAÑOS, DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO JUNIO - NOVIEMBRE 2012”**

**Autor:** Alvarez Araujo Mayra Mercedes

**Tutor:** Lcda. Constante Arias Guadalupe

**Fecha:** Abril del 2013

**RESUMEN EJECUTIVO**

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de determinar a las madres adolescentes y la relación entre el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad. Es de gran importancia social porque cada vez se va haciendo más frecuente en la población tanto a nivel mundial como nacional.

Tiene un **ENFOQUE CUALITATIVO** porque analiza el problema en su entorno y se propone medidas de cómo prevenir y tratar de disminuir su índice.

Es **DOCUMENTAL** porque se revisó las historias clínicas de las madres adolescentes y las de sus niños en el Hospital Básico Baños.

Es **DESCRIPTIVO** porque se clasificaron a los datos obtenidos por edad de las madres adolescentes, zona demográfica y características bio – psico – sociales de las mismas y sus hijos.

Es **LONGITUDINAL** porque se utilizó datos de años atrás para realizar el trabajo. La población investigada fue de 38 madres adolescentes y el mismo número de niños identificados.

**PALABRAS CLAVES:** MADRES\_ADOLESCENTES, CRECIMIENTO, DESARROLLO PSICOMOTRIZ.

**TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**NURSING CAREER**

**EXECUTIVE SUMMARY**

**TOPIC: "ADOLESCENT MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS OLD BASE HOSPITAL BATHS, TUNGURAHUA PROVINCE IN THE PERIOD JUNE - NOVEMBER 2012"**

**Author:** Alvarez Araujo Mayra Mercedes  
**Tutor:** Lcda. Constante Arias Guadalupe  
**Date:** April del 2013

**EXECUTIVE SUMMARY**

The present investigation was conducted with the objective of determining wings teenage mothers and the relationship between growth and development of children aged 0-2 years 6 months old. It is of great social importance because it is becoming increasingly more common in the population, both globally and nationally.

Has a Qualitative Approach for analyzing the problem in your environment and proposes measures for preventing and treating to lower your rate.

It DOCUMENTARY because reviewed the records of teenage mothers and their children in the Basic Hospital Bathrooms.

It DESCRIPTIVE because they classified the data by age of adolescent mothers, demographic area and features bio - psycho - social of them and their children.

It LONGITUDINAL because data was used years ago to do the job. The population studied was 38 teenage mothers and the same number of children identified.

**KEY WORDS:** TEEN MOTHERS\_GROWTH AND DEVELOPMENT PSYCHOMOTOR.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una época de cambio en todos los órdenes, social, psicológico, sexual, físico y esto va a originar que sea un campo abonado para toda clase de problemas. El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud, no tanto por la mortalidad que origina o por su incidencia, sino por la magnitud de la morbilidad que les acompaña. Sus principales consecuencias son abortos, la prognosis con una visión futura, la justificación y los objetivos que se desea cumplir a lo largo de la investigación. Se encuentra los antecedentes de investigaciones realizadas anteriormente y los resultados de las mismas, la fundamentación filosófica, las categorías fundamentales, la fundamentación científica la cual nos ayuda a fortalecer nuestra investigación y conocer más acerca del tema que se investiga, la fundamentación legal nos da a conocer las leyes que rigen sobre las personas tanto en sus derechos como en sus obligaciones, la hipótesis es la que se debe comprobar mediante sus variables. Se describe el enfoque de la investigación, la modalidad de la investigación al nivel que se logra llegar, la población y la muestra con el número de personas con las cuáles se va a realizar la investigación, la operacionalización de las variables, las técnicas e instrumentos de recolección de la información la cual nos permite la realización, tabulación de los datos de una manera adecuada y precisa. El análisis e interpretación de los resultados obtenidos así como se puede validar o descartar la hipótesis. Las conclusiones y recomendaciones a las cuáles se ha llegado luego del análisis de resultados durante el proceso de la investigación.

Pertenece a la propuesta de solución del problema investigado.



## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **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 HOSPITAL BAÑOS DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA DURANTE EL PERIODO JUNIO 23 A NOVIEMBRE 23 DEL AÑO 2012“.

#### **1.2.- Planteamiento del problema.**

##### **1.2.1.- Contextualización:**

La adolescencia sin duda alguna es una etapa más especial del ser humano, llena de emociones, conflictos, ilusiones; es un período de incertidumbre e inclusive de desesperación. Para muchos es una etapa de amistades internas, de rompimiento de ligaduras con nuestros padres y sobretodo de pensamientos a cerca de nuestro futuro.

Es en dicha etapa donde podemos apreciar que muchos de los jóvenes actúan de manera errónea, a lo largo de estos últimos años se evidencia mucho la libertad humana, puesto que todos los individuos, sin importar condición social, creencias y costumbres; estamos de cierta forma condicionados por una sociedad en la cual toda persona actúa bajo una presión, ya sea cultural o laboral; es allí donde la juventud

desempeña un papel primordial en sus actuaciones; las mismas que se fundamentan en una base de criterio propio y principios personales.

Es por tal motivo que la adolescencia es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, en salud reproductiva es un caso especial. Según la OMS, define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia, fija sus límites entre los 10 y 20 años.

**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, según el último reporte del MSP; lo que más preocupa hoy en la actualidad, es que hay embarazos de niñas de 13 años de edad; que en muchos de los casos no están fisiológicamente preparadas para engendrar un niño y 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 2 080 niñas y una de cada cinco adolescentes ya son madres. Frente a esta realidad, las autoridades buscan disminuir en un 25% los embarazos no deseados en adolescentes. Entre estos últimos se conoce que 37 mujeres de cada 100 embarazos no planificaron ni desean tener un hijo. Esto hace, además, que aumenten los índices de abortos en situaciones ilegales y de alto riesgo. Solo en el último año se registraron 25 000 abortos.

De los datos del Diario Hoy registra que los embarazos precoces en las niñas y adolescentes ecuatorianas de 10 a 14 años son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales. Según el

Censo de 2010, en el país hay 346 700 niñas (de 10 años a 14 años). La cifra de embarazos aumentó en la última década.

El ministerio 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 Soliz, ministra coordinadora de Desarrollo Social.

En la provincia de **Tungurahua**, el embarazo en las adolescentes permanece en un 8 % de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de Salud. Además se conoce que los embarazos se dan en adolescentes entre 10 a 19 años, que aún no han dejado de depender de sus padres y peor aún tienen trabajos que les permitan ser entes productivos para la sociedad.

Muchas de las veces las adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo y tienen mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial durante el embarazo, enfermedades de transmisión sexual, padecen anemia y sus complicaciones. Así también riesgos para su hijo, incluyen partos prematuros de niños con poco peso al nacer, sufrimiento fetal, atonía uterina, desproporción feto- pélvica, entre otras.

“Estamos trabajando con los jóvenes para que sepan que no es dable tener que cambiar una maleta llena de sueños por una pañalera llena de responsabilidad a tan temprana edad”, manifestó Silva, médica y responsable del Programa de Adolescentes de la provincia de Tungurahua. Además dentro de la provincia se han realizado capacitaciones dirigidas a los Departamentos de Orientación y Bienestar Estudiantil (DOBE) en varios planteles de bachillerato existentes, donde se brinda atención social y psicológica para los adolescentes.

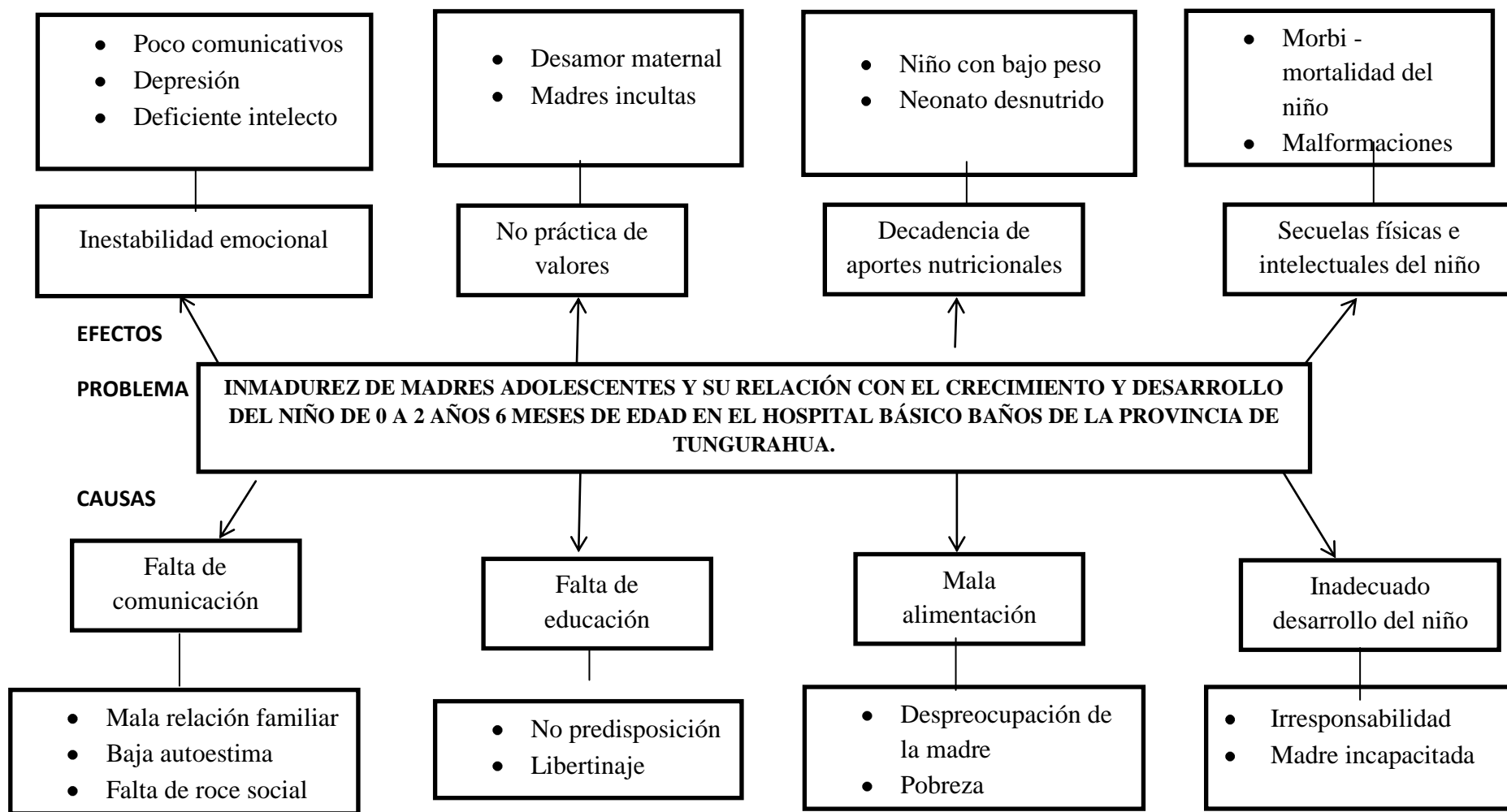
Entre las causas más frecuentes para generar un embarazo en adolescentes: está el abandono de los padres, familias numerosas, falta de recursos económicos, relaciones sexuales a temprana edad o por maltrato físico. El director provincial de Salud, indicó que los embarazos en las adolescentes van en aumento y es una preocupación de quienes hacen salud pública.

“Lo que estamos haciendo es coordinar las acciones de las entidades de salud, para lograr que esto disminuya. Creemos que esto es importante, ya que queremos que las jóvenes cuiden su cuerpo y no se salten ninguna etapa de sus vida, siendo la más recordada por todas las mujeres y hombres la de la adolescencia”, señaló Silva.

En el cantón **Baños** el embarazo en adolescentes se considera un espacio fundamental para actuar instantemente en instituciones públicas y privadas, le dan importancia del caso y realizan un sin número de actividades para con los adolescentes, las mismas que se fundamenta en charlas sobre educación sexual y apoyo psicológico dirigido a los mismos.

Aunque muchos adolescentes dicen que prefieren la abstinencia otros por su parte prefieren tener relaciones sexuales sin planificación, porque dicen no temerle a ningún contagio de enfermedades de transmisión sexual o un embarazo no deseado, que más tarde seguro termina en maternidad inmadura o en otros casos las adolescentes deciden terminar con su embarazo. Pero los jóvenes deben valorar su cuerpo, o a su vez deben conocer más a fondo sobre las ventajas del sexo seguro.

### Árbol de Problemas.



**Gráfico N° 1:** Árbol de Problemas  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### **1.2.2.- Análisis crítico:**

El embarazo en adolescentes es un problema en el que nos vemos influenciados la sociedad entera; mujeres de entre 10 a 19 años de edad que cursan su adolescencia, actúan de manera inadecuada al dejar que acciones y expresiones mal intencionadas influyan y repercutan de una u otra forma en sus vidas. Además la falta de comunicación en los hogares hace que dichas mujeres adolescentes se vean desorientadas y busquen consejos en personas no aptas o más bien en amigas/os, compañeros entre otros, que al igual que ellas son inmaduros en el tema y desconocen todo lo referente a educación sexual.

También existen adolescentes que sienten temor realizar preguntas relacionadas a su sexualidad, otras por lo contrario eligen caminos incorrectos, se encierran en sí mismos prevaleciendo la falta de comunicación con sus semejantes y peor aún con la sociedad. La falta de educación sexual por parte de instituciones educativas o de los medios gubernamentales, hace que los adolescentes no estén en condiciones de ser escuchados o que actúen en forma correcta; se produce el libertinaje y con él, acciones anormales que repercuten en las vidas de los jóvenes.

Muchas mujeres adolescentes embarazadas se ven atadas a un sin número de conflictos; el de mayor importancia, se cita: neonatos desnutridos por aporte insuficiente de nutrientes; puesto que las madres tienen ingresos económicos bajos o en muchos casos dichas madres se despreocupan por el bienestar de sus hijos porque desconocen de cuidados prioritarios para el óptimo crecimiento y desarrollo de su niño y ellas crean una ideología errónea en el que se genera el desamor maternal que poco a poco desarrolla actitudes negativas para con su hijo, impidiendo una incorrecta evolución del niño.

La irresponsabilidad de las madres adolescentes se ve reflejada en los controles mensuales del niño; puesto que las madres no acuden a las citas planificadas o a su vez incumplen con el esquema de vacunación de sus niños, además se evidencia a muchos niños con secuelas físicas e intelectuales tras el déficit de cuidados maternos y controles no realizados por el personal de salud especializado por descuido de las madres adolescentes.

### **1.2.3.- Prognosis:**

Los hijos de madres adolescentes que frecuentemente carecen de amor y cuidado maternal, estarán más propensos a sufrir trastornos desde su periodo gestacional hasta el nacimiento, presentando también problemas post natales tales como: decadencia de aportes nutricionales y secuelas tanto físicas como intelectuales, lo que contribuirá a tener un niño de bajo peso y por ende se aumentará la morbi-mortalidad del infante.

### **1.2.4.- Formulación del problema.**

¿De qué manera influye ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses en el Hospital Básico Baños de la Provincia de Tungurahua?

### **1.2.5.- Preguntas Directrices:**

1.- ¿Cuántas madres adolescentes de entre 10 a 19 años son atendidas en el Hospital Básico Baños de la provincia de Tungurahua?

2.- ¿Qué alteraciones existen en las medidas antropométricas, test de Denver y el esquema de vacunación?

3.- ¿Cómo afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento antropométrico, desarrollo según el test de Denver y el incumplimiento del esquema de vacunación?

4.- ¿Qué actividades se pueden desarrollar para disminuir el índice de embarazos en adolescentes y contrarrestar en parte las alteraciones del crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz del niño?

#### **1.2.6.- Delimitación del problema.**

**Campo:** Enfermería

**Área:** Salud Pública

**Aspecto:** Relación entre madre adolescente y alteración en el crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz del niño.

#### **Delimitación Temporal:**

La investigación comprenderá desde Junio 23 del 2012 a Noviembre 23 del 2012.

#### **Delimitación Espacial:**

Hospital Básico Baños del área de Salud No. 4 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua.



### **1.3.- Justificación.**

El interés por investigar radica en qué, hoy en la actualidad los embarazos en los adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública importante; puesto que principalmente este problema prevalece en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque también se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Los adolescentes presentan un proceso de aprendizaje acerca de si mismos, intimidad emocional, integridad, independencia, toma de decisiones con la responsabilidad de un adulto. Es aquí donde el equipo de salud pública juega un papel importante para desarrollar un trabajo integral y coordinado con los mismos. Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales, subcentros de salud, entre otros relacionados con la salud.

El proyecto que aquí se presenta, es de orden social, educativo, preventivo y curativo, por tal motivo debe ser desarrollado por un personal capacitado miembro del equipo de salud, dentro del cual el rol de el/la enfermera es esencial; ya que están preparadas/os para brindar la suficiente información y por ende educar sobre sexualidad, etapa reproductiva así también tiene la capacidad para realizar un examen físico completo del niño en el que se incluye valoración de medidas antropométricas, las mismas que serán evaluadas de acuerdo a los estándares que maneja el ministerio de salud pública.

La presente investigación es original y lo que busca, es darle la importancia del caso a los niños hijos de madres adolescentes; ya que en anteriores trabajos sólo se ha enfocado la prevención de embarazos, utilización de métodos anticonceptivos, factores de riesgo frente a las relaciones sexuales prematuras, entre otros; es por tal motivo que nos enfocamos en el crecimiento y desarrollo de los niños de madres

adolescentes buscando alteraciones en estos parámetros de valoración, nos interesamos en crear propuestas de promoción e intervención directa para mejorar el estilo de vida tanto de las mujeres, madres adolescentes y las de sus hijos.

El impacto que tendrá este trabajo investigativo, es que las madres adolescentes tomen conciencia del estado de salud de sus niños; tratando de disminuir las alteraciones que puedan presentarse por déficit de cuidado maternal. Es por ello que se establecerán indicadores sobre crecimiento y desarrollo del niño basado en el cumplimiento de controles y esquema de vacunación.

Tiene gran factibilidad para realizarla, ya que económicamente será autofinanciada. Además es de interés relevante para mejorar el grado de satisfacción tanto del usuario como del personal de salud, así también se identifican un sin número de razones que impulsan a la realización de este proyecto y son por demás justificables, ya que tienden a solucionar los problemas a nivel del proceso de atención en salud en los adolescentes.

## **1.4.- Objetivos.**

### **1.4.1.- Objetivo General:**

Indagar la relación que existe 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, que han sido atendidos en el Hospital Básico Baños de la Provincia de Tungurahua.

### **1.4.2.- Objetivos Específicos:**

Detectar cuantas madres adolescentes de 10 a 19 años de edad son atendidas en el Hospital Básico Baños.

Identificar que alteraciones existen entre las medidas antropométricas, test de Denver y esquema de vacunación en los hijos de madres adolescentes.

Desarrollar un manual que contribuya a disminuir el índice de madres adolescentes y contrarrestar en parte las alteraciones que se presentan en el crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz del niño.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1.- Investigaciones Previas:

MACÍAS Carlos y MURILLO Eduardo (2010), de la Universidad Técnica de Manabí, en su trabajo “Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años”. Deduce que: “El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea”. El embarazo reduce las posibilidades de que los adolescentes puedan seguir sus estudios y superarse en la vida.

La mayoría de parejas (por decisión propia o exigencias de sus familias) optan por contraer matrimonio lo que conlleva a que el adolescente tenga que trabajar sin terminar sus estudios para mantener a su familia. El problema que se presenta, sobre la discriminación de las mujeres adolescentes embarazadas en las instituciones educativas y la sociedad, es un punto importante de análisis; por lo que los sueños de una futura educación se ven frustrados. Esta problemática contribuye mucho en investigaciones que buscan aportar y mejorar el estilo de vida de las madres adolescentes embarazadas.

CHIMBOLEMA Sandra, (2009), de la Universidad Técnica de Ambato, en su trabajo sobre “Deserción escolar por los embarazos prematuros de las alumnas del ciclo diversificado del Colegio Técnico “Pedro Fermín Cevallos”. Concluye

que: *“Está problemática va ha ser resuelta mediante los programas formativos de capacitación sobre sexualidad y comunicación, además está dirigido a los padres de familia y estudiantes del plantel”*.

Considero que esta investigación sirve de mucho apoyo para posteriores trabajos investigativos; puesto que los estudiantes tomados como muestra son adolescentes que de una u otra forma se ven implicados en esta problemática, también porque los embarazos prematuros identificados aquí nos aportan datos y características útiles para el presente trabajo y contribuir dentro del campo de salud pública.

LÓPEZ Elizabeth (2009), en su trabajo sobre “Relación entre el grado de desarrollo motriz grueso y el grado de desnutrición en niños varones de tres años”. El problema de la desnutrición infantil se da por muchos factores, uno de ellos es la falta de control durante el embarazo, ésta sería una causa para que se presenten discapacidades, el niño nacerá con peso bajo y talla baja.

La mala alimentación de la madre también es una condición para que el niño presente retraso en el desarrollo y crecimiento por la falta de proteínas, nutrientes y minerales que son fundamentales durante la gestación, y esto causará problemas en las distintas áreas del niño, (Motor grueso, motor fino, lenguaje cognición).

Una vez analizada la investigación se puede concluir que toda la información expuesta se basó en datos reales, los mismos que contribuyen a evidenciar la mala nutrición de los niños hijos de madres adolescentes, puesto que dichas madres tienen que trabajar y esforzarse para sacar a sus hijos a adelante y por tal motivo se produce un descuido, trayendo como consecuencia enfermedades en sus hijos porque muchas de las veces carecen de defensas en su organismos, no óptimos para desarrollarse adecuadamente.

VALENCIA Carla (2010), en su análisis realizado sobre: “El estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños de seis meses a un año de edad”, concluyen que: “Los niños de entre 0 a 5 años son un grupo de gran importancia social y vulnerabilidad, en esta etapa de la vida se debe poner énfasis en el cuidado de su nutrición y desarrollo; las consecuencias más importantes de una nutrición insuficiente durante las fases iniciales del desarrollo temprano se ubican en las áreas cognoscitiva y del comportamiento, influyendo directamente sobre el desarrollo psicomotor, privándole de una competencia equilibrada frente a niños con un adecuado estado nutricional”.

Este trabajo investigativo contribuye un aporte importante, ya que en él se citan varios aspectos en los que se aclara; que la salud con la correcta alimentación van de la mano; porque que existe una diversidad de alimentos que poseen un sin número de nutrientes necesarios para el consumo de las madres adolescentes embarazadas, en periodo de lactancia y los niños en su infancia. Nuestro organismo requiere cubrir necesidades de nutrientes para proporcionar energía y mantener un estado nutricional apto para un adecuado estilo de vida.

SISA, Martha (2009), en su tema de investigación relacionado con: “El embarazo precoz y las complicaciones obstétricas en las madres adolescentes”. Afirma que: *La organización mundial de la salud ha formulado estrategias que deben ser adaptados y aplicados en todos y cada uno de los niveles de atención de salud, los cuales deben ir en beneficio de la comunidad. 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.*

Aquí se expone con claridad sobre la maternidad en la adolescencia constituyendo un aporte esencial para esta problemática en salud pública, por ello es fundamental tomar en cuenta aspectos como: implicaciones biológicas, sociales, riesgos y sus causas. También aquí se considera el comportamiento y la conciencia acerca de los

embarazos precoces que traen consecuencias que pueden cambiar la vida de la embarazada y de los que la rodean.

CORONADO, Yadira (2010), en el trabajo sobre “Riesgos del Embarazo Precoz”. Concluye que: “Múltiples factores de riesgo afectan negativamente el futuro del niño, entre ellos el bajo status socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen 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”.

Este trabajo evidencia un evento biopsicosocial sumamente importante, el mismo que constituye un sustento teórico, en el que afirma que las adolescentes embarazadas están envueltas en una serie de eventos adversos que pueden atentar contra su salud, o la de su hijo, además de la corta edad, la madre se encuentra dentro de una situación social de rechazo.

## **2.2.- Fundamentación Filosófica.**

Según Kuhn (1962). La investigación se enmarca dentro del paradigma critico-propositivo. Crítico porque los problemas parten de situaciones reales y tiene por objeto transformar la realidad en pro del mejoramiento de los grupos o individuos implicados en ella. Por tanto, los problemas de investigación parten de la acción. Propositivo ya que busca plantear soluciones al problema de investigación, que beneficie a los afectados por dicho problema.

En este caso se analizará la realidad de la madre adolescente, la relación social y familiar dentro de las instituciones educativas y de los hogares; puesto que influyen

también las condiciones sociales conservándolas o transformándolas y además está enfocado a cambiar el estilo de vida de los seres humanos, mejorando la comunicación entre todos los miembros de la familia y así resolver problemas tales como embarazos no deseados, maternidad precoz pero responsable o a su vez disminuir posibilidades de alteraciones del niño en proceso de crecimiento y desarrollo.

Esta investigación está encaminada al cumplimiento de valores humanos en los adolescentes; puesto que existe mucha carencia de los mismos, ya sea en instituciones educativas, en los hogares, o en la comunidad.

Cuando existe una comunicación de calidad los adolescentes están en la capacidad de razonamiento, lograr sus objetivos propuestos desarrollando así al máximo su inteligencia, sabiendo actuar de la mejor manera sin importar las situaciones que se presenten y sobretodo pensar en las consecuencias de sus actos, entonces de esta forma no cometerían errores y estarían encaminados a un buen futuro basado en principios positivos inculcados desde sus hogares, comunidad o terceras personas que sólo buscan el bienestar para los adolescentes.

### **2.3.- Fundamentación Legal.**

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



# **CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

## **CAPÍTULO II**

### **DERECHOS DE SUPERVIVENCIA**

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

Art. 25.- Atención al embarazo y al parto.- el poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas, adolescentes crearan 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 y niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

Según El Plan Nacional Decenal De Protección Integral A La Niñez y Adolescencia Política 04.- Asegurar condiciones nutricionales adecuadas y oportunas a todos los niños y niñas.

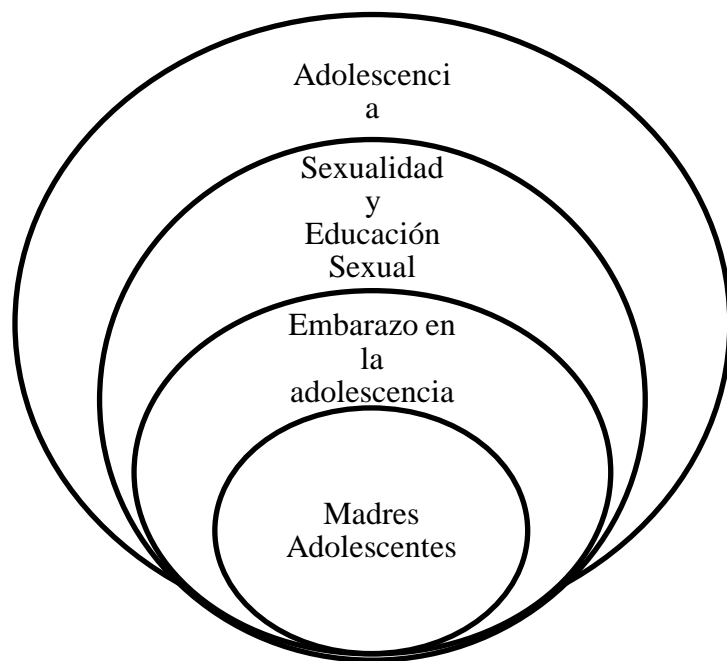
Meta: Disminución en un sexto el nacimiento de niños y niñas con menos de 2.5 Kg de peso.

## **SECCIÓN SÉPTIMA DE LA CONSTITUCIÓN ECUATORIANA**

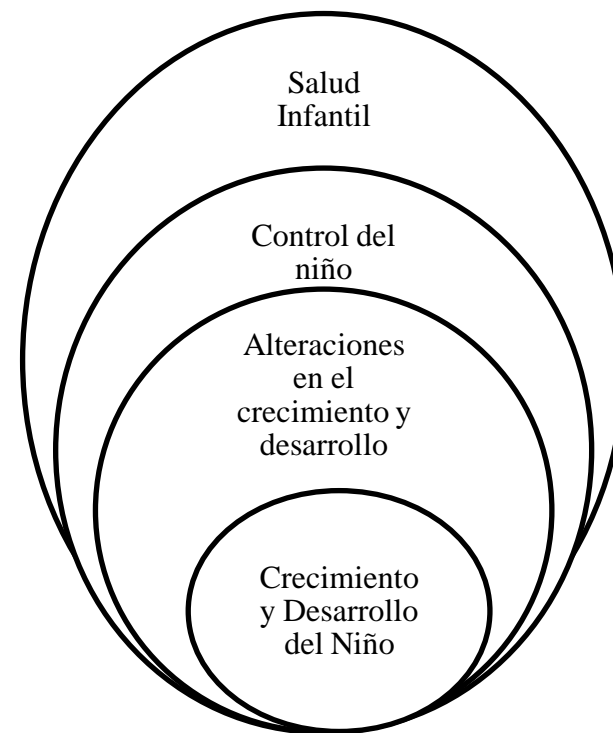
### **SALUD**

Art 32.- “la salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula el ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas, ambientales, y el acceso oportuno permanente y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de servicios de regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficacia, eficiencia, precaución, bioética con enfoque de género y generacional”.

## 2.4 Categorías Fundamentales

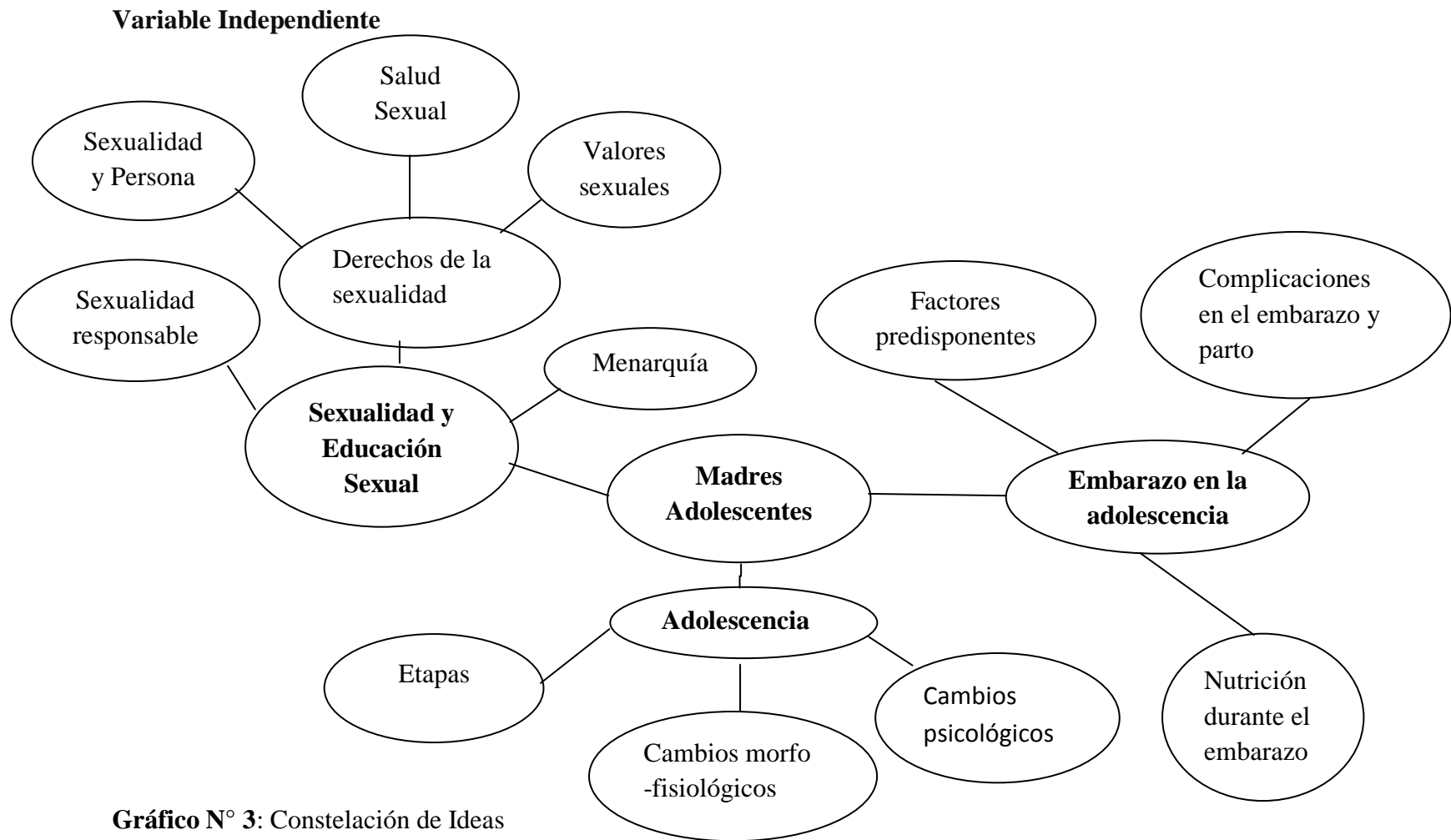


**Variable Independiente**



**Variable Dependiente**

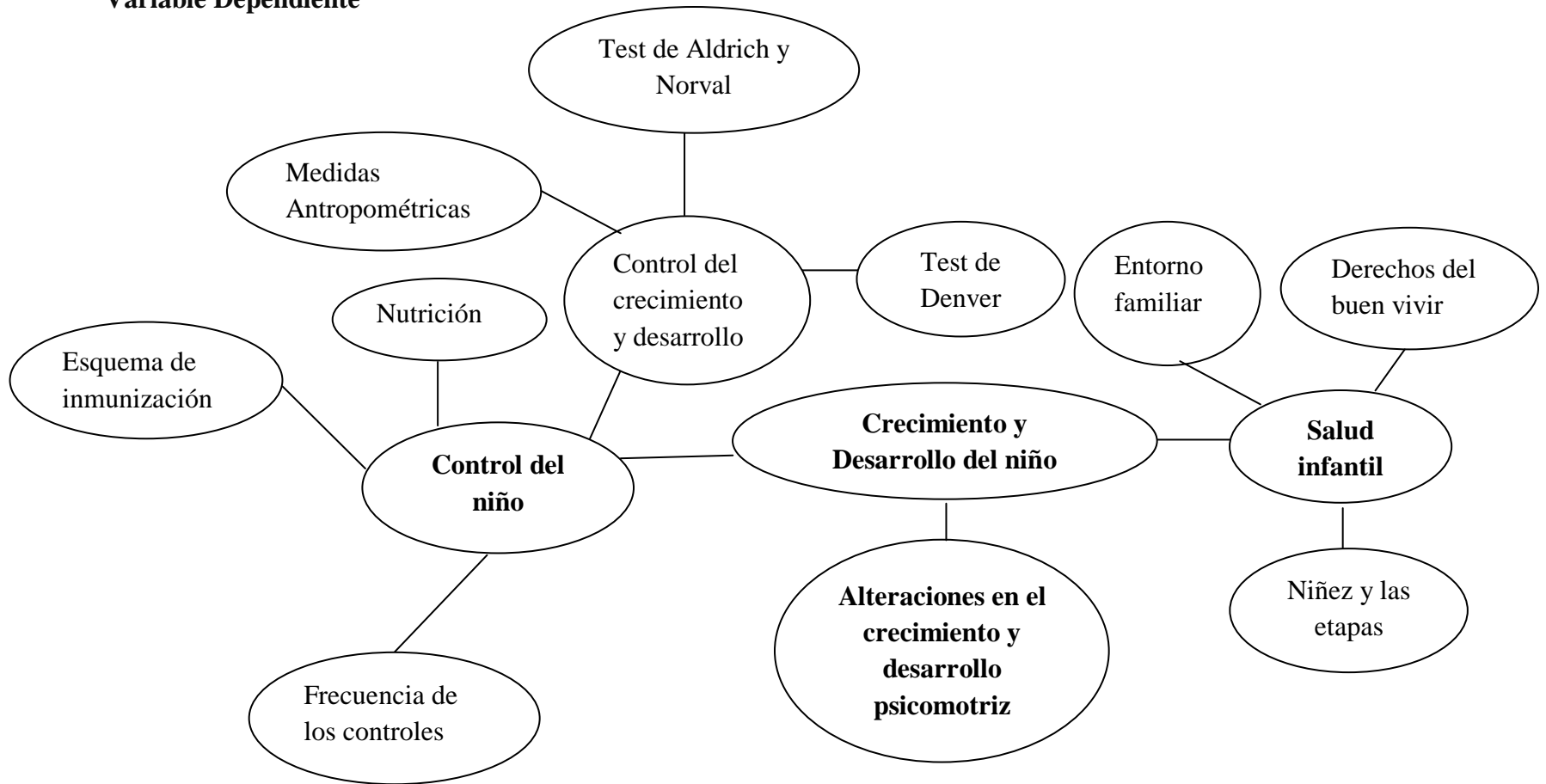
**Gráfico N° 2:**Red de Inclusiones Conceptuales  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez



**Gráfico N° 3:** Constelación de Ideas

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

**Variable Dependiente**



**Gráfico N° 4: Constelación de Ideas**  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

## **2.4.1 Fundamentación Teórica**

### **2.4.1.1 Madres adolescentes**

La adolescencia es una época de cambio en todos los órdenes, social, psicológico, sexual, físico y esto va a originar que sea un campo abonado para toda clase de problemas. Aunque se considera una etapa de la vida llena de salud, durante este periodo existe una morbilidad excesiva. El adolescente, a pesar de calificar su salud como buena o muy buena, convive con importantes factores de riesgo, los cuales no conoce en gran medida; mantiene actitudes no saludables respecto a éstos y a la vez los convierte en habituales conductas de riesgo.

El adelanto de la edad de la menarquia y el comienzo más precoz de las relaciones sexuales, entre otros, podría explicar algunas de las razones por las que la sexualidad del adolescente puede resultar más problemática. Entre las consecuencias de que haya una elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición de un problema de salud pública, como es el embarazo.

Una madre adolescente es aquella mujer que ha tenido un embarazo entre los 10 – 19 años de edad. Al ser una población todavía en periodo de formación (física, emocional y sociocultural) deben dar un paso forzado hacia la madurez. Además, la maternidad no deseada en la adolescencia es un problema de salud personal, familiar y social, con consecuencias a largo plazo para la adolescente y la familia. **Aramaya, Wilmer; embarazo y adolescencia.2010 – pág.53.**

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud, no tanto por la mortalidad que origina o por su incidencia, sino por la magnitud de la morbilidad que les acompaña. Sus principales consecuencias son abortos,

matrimonios forzados, maternidad no deseada, adopciones etc. Sea cual sea la opción escogida tendrá una significativa repercusión en su futuro, tanto a nivel socioeconómico como afectivo.

#### **2.4.1.2 Embarazo en la adolescencia**

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno bio – psico - social de gran importancia, debido al aumento progresivo en Latinoamérica y Estados Unidos. También por las múltiples y graves consecuencias que deja en las adolescentes y sus hijos. El riesgo de los embarazos adolescentes es mayor cuanto más tempranamente los jóvenes tienen relaciones sexuales. La adolescencia no es el tiempo para la maternidad ni la paternidad sino para su preparación.

La adolescencia organiza la sexualidad de muchachas y varones, de conformidad con las nuevas concepciones sociales y culturales; ya no existe una sexualidad destinada, de forma prioritaria, a la maternidad y la paternidad, sino a construir la masculinidad y la feminidad en un contexto de experiencias placenteras y gozosas en la relación con los otros.

En la adolescencia, el ejercicio de la sexualidad de chicos y chicas también prepara para la maternidad y la paternidad. Porque en la sociedad contemporánea, el hijo y su concepción no son únicamente el producto de uniones y transformaciones biológicas sino, sobre todo, el efecto de una preparación corporal, psicológica, académica, económica y social, que comenzó en la mujer y en el varón desde el momento de su nacimiento.

Sin embargo, numerosas adolescentes quedan embarazadas y otro tanto número de chicos embarazan a sus amigas o enamoradas. En su infinita mayoría, los embarazos

no deseados han llegado a constituir uno de los más graves conflictos sociales de algunos países en desarrollo.

El mundo ha cambiado de manera radical. Y no es posible dar marcha atrás. Mujeres y varones tienen relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas. Y cuanto más precozmente lo hagan, mayor será el riesgo del embarazo. Tener relaciones sexuales, es ir en busca de esa totalidad que se realiza en la unión entre dos. Una fusión que conduce a ambos a los espacios imaginarios en los que todo es posible. Mutua absorción en un goce presentido, imaginado y vivido sin palabras que puedan explicarlo ni justificarlo. No es para nadie más que para los dos, y permanece como una vivencia única y absolutamente personal.

Pero, a esta experiencia innombrable no se halla exenta de riesgos, que son más complejos, cuando menos edad posee la pareja amorosa. Y el primero y quizás más importante riesgo es el embarazo, gran parte de la poca información que se da a la chica en casa y en el colegio respecto a la primera regla está destinada a prevenir el embarazo. La menarquía adquiere sentido familiar y social en la medida que se presente, una mujer es capaz de quedar embarazada. De ahí que el cuidarse de los hombres, como suelen aconsejar las mamás a sus hijas, no significa otra cosa que un acto destinado a prevenir el embarazo prematuro, no deseado y fuera del matrimonio.



## **Factores predisponentes**

### **Aspecto social psicológico y cultural**

La sexualidad se intensifica con la pubertad y ocupa un lugar central en el desarrollo del adolescente, transición hacia la edad y hacia la maternidad potencial.

### **Inicio de la actividad sexual adolescente**

Ignorancia en reproducción y sexualidad humana. Mala o deficiente comunicación con los padres, ignorancia de los padres en sexualidad, problemas entre los padres, ser hijo o hija de madre adolescente y padres que viven separados.

### **Menor probabilidad de relaciones sexuales tempranas**

Padres más instruidos y educados, buena o adecuada autoestima del adolescente, adolescentes estudiando, planes a futuro y ocupación del tiempo libre con actividades de desarrollo físico, intelectual, artístico o espiritual.

### **Otros factores asociados a embarazo en adolescentes**

Pertenencia a zonas rurales, Nivel económico y social, practicar alguna religión, influencia de grupos de amigos, influencia de televisión, radios o revistas. Los adolescentes sexualmente activos necesitan acceso a información y servicios de planificación familiar para prevenir un embarazo no deseado. También necesitan apoyo y aliento de sus compañeros, los adultos y los medios de comunicación para usar anticonceptivos de una manera eficaz y continua. La mejora del uso de

anticonceptivos por adolescentes sexualmente activos exige expansión y mejora de los servicios existentes para que ese grupo de la población tenga más posibilidades de usarlos.

Los adolescentes también necesitan servicios confidenciales, seguros y convenientes. Para cambiar las normas sociales sobre el uso de anticonceptivos por adolescentes, los padres de familia deben discutir abiertamente el comportamiento sexual responsable y sano con sus hijos adolescentes; los medios de comunicación deben presentar imágenes positivas sobre sexualidad, incluso mensajes sobre la conducta sexual responsable, la abstinencia y la anticoncepción.

### **Complicaciones en el embarazo adolescente**

El embarazo en la adolescencia está asociado con un mayor índice de morbilidad y mortalidad, para la madre y para su hijo. Además, muchas de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas en los dos años siguientes al nacimiento del primer bebé, lo que dificulta todavía más continuar con los estudios y conlleva generalmente una mala situación económica en el futuro, que también afectará al bienestar de los hijos. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones médicas graves durante la gestación como:

En la madre:

#### **⇒ Placenta previa**

La placenta previa es una complicación que se produce en uno de cada 200 embarazos aproximadamente, y consiste en que la placenta (adherida a la pared del

útero mediante vasos sanguíneos) se sitúa cerca o sobre el cuello uterino. Hay tres tipos de placenta previa:

- **Placenta previa total:** cuando la placenta cubre completamente el cérvix.
- **Placenta previa parcial:** cuando la placenta cubre el cérvix parcialmente.
- **Placenta previa marginal:** cuando la placenta está cerca del borde del cérvix.

Es frecuente observar placenta previa antes de la semana 20 de embarazo pero, con el crecimiento del útero, la placenta se desplaza hacia arriba, alejándose del cérvix. Sin embargo, si la placenta continúa junto a la abertura del útero, obstruyéndolo total o parcialmente, existe riesgo de sangrado intenso durante el parto, por lo que en estos casos se recomienda practicar una cesárea.

### **Síntomas de la placenta previa**

El más común es el sangrado vaginal repentino e indoloro. Se suele detectar mediante una ecografía que muestra la posición de la placenta, ya que un examen vaginal puede producir una hemorragia fuerte. No existe tratamiento para esta complicación porque no se puede modificar la posición de la placenta. Se realizarán controles periódicos con el objetivo de prolongar el embarazo lo más posible, para que el bebé termine de formarse correctamente. En caso de hemorragias severas puede ser necesario practicar una cesárea de urgencia.

### **Causas de la placenta previa**

Se desconocen las causas de la placenta previa, aunque hay ciertos factores que se asocian con su aparición como: mujeres con más de 35 años, tabaquismo, cicatrices

en el útero por cesáreas o cualquier otro tipo de cirugía previa, úteros con fibromas u otras anomalías, embarazos anteriores y antecedentes de placenta previa.

### ⇒ **Preeclampsia (hipertensión arterial durante el embarazo)**

La Preeclampsia, es una afección propia de las mujeres embarazadas, que se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial y proteinuria, es decir, presencia de proteínas en la orina. En realidad, estos signos funcionan como alarmas que indican que algo no va bien en el sistema arterial de la futura madre, lo que exige un control de sus cifras de tensión para evitar que desemboque en otras complicaciones que son el verdadero peligro de la Preeclampsia.

La Preeclampsia, es más que una hipertensión arterial durante el embarazo que daña a los riñones provocando la pérdida de proteínas por la orina. El problema es que no solo se dañan los riñones durante el curso de la preeclampsia, sino que también hay afectación de otros órganos como el hígado, el cerebro y la propia sangre. Si no se controla la hipertensión comienzan a aparecer complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre y del feto.

Hoy en día la mortalidad y el desarrollo de complicaciones posteriores a la preeclampsia no son tan frecuentes como lo eran hace décadas. Una embarazada con un buen control médico, un tratamiento apropiado, y una vida saludable, es muy raro que pueda sufrir una eclampsia grave.

### **Síntomas de la preeclampsia**

Una embarazada con preeclampsia no siente nada. La preeclampsia no produce síntomas y la afección puede pasar desapercibida para las embarazadas que la padecen. Por eso son tan importantes los controles médicos que se realizan durante el

embarazo. Sólo si la preeclampsia es muy grave y la embarazada va a desarrollar eclampsia en las próximas horas, aparecen síntomas diversos, como:

- Cefalea
- Somnolencia.
- Desorientación y mareos
- Alteraciones en la visión (ver puntos negros)
- Náuseas, vómitos
- Sensación de falta de aire

### **Causas**

La causa exacta de la preeclampsia no se conoce. Las posibles causas abarcan: trastornos autoinmunitarios, problemas vasculares, su dieta y los genes.

#### **⇒ Parto prematuro**

El parto pretérmino aparece en el 5-10% de las embarazadas; se define como el parto que se produce entre las semanas 28 a 37 del embarazo, y es un problema no sólo obstétrico, sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo. Otro caso es el parto inmaduro, que es aquel que se da entre las semanas 20 y 28 de embarazo.

Antes de la semana 20 se considera aborto. Cuanto más prematuro es el bebé, existen menos posibilidades de que sobreviva y, en caso de conseguirlo, tendrá que hacer frente a mayores dificultades: retraso mental, parálisis cerebral, problemas

respiratorios, digestivos, pérdidas de visión y audición, retrasos en el desarrollo, y problemas de aprendizaje y de conducta.

### **Síntomas del parto prematuro**

- Contracciones uterinas regulares, con o sin dolor.
- Sensación de presión pelviana
- Hemorragia vaginal.
- Dolor de espalda o en las caderas
- Dolor de vientre (con o sin diarrea)
- Molestias similares a las de la menstruación.
- Cambios o aumentos de la secreción vaginal (flujo de color amarronado o sanguinolento).
- Cólicos abdominales

### **Causas del parto prematuro**

Posibles causas de un parto prematuro:

- Haber tenido otros partos prematuros previos.
- Enfermedades de la madre: infecciones de las vías urinarias vaginales no tratadas, enfermedades renales, cardíacas, diabetes, anemias severas, alteraciones tiroideas.
- Enfermedades del embarazo: preeclampsia o diabetes gestacional. En algunos casos en los que se presentan estas enfermedades, se provoca un parto prematuro, ya que se considera que, a veces, en estas condiciones es más saludable para la mamá y para el bebé interrumpir el embarazo.

- Problemas en el útero: mala implantación de la placenta, ya sea placenta previa o desprendimiento de placenta, malformaciones del útero, o cuello incompetente.
- Edad de la madre: si es menor a 17 años o mayor de 35 hay más probabilidades de sufrir un parto prematuro.
- Estado emocional de la madre: el estrés y la depresión pueden causar un parto prematuro, o madres que son maltratadas física, emocional o sexualmente.
- Causas fetales: embarazo múltiple, malformaciones cardíacas o cromosómicas, infecciones intrauterinas.
- Malnutrición materna o estar baja de peso.
- Exceso de actividad física.
- Fumar o consumir alcohol o drogas.
- Haber tenido más de tres abortos provocados o espontáneos

⇒ **Anemia grave**

La anemia es una afección muy frecuente que se produce como consecuencia de bajos niveles de hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es una proteína que contiene hierro, y su función es transportar el oxígeno a través de la corriente sanguínea hacia los tejidos del cuerpo. Los órganos necesitan de este oxígeno para su correcto funcionamiento. La anemia ferropénica, es la más común y tiene su origen en una deficiencia de hierro, generalmente a causa de una alimentación escasa o inadecuada.

Al disminuir la cantidad de hierro en la sangre se limita la producción de hemoglobina y los tejidos corporales no reciben suficiente oxígeno, lo que puede afectar a sus funciones. Durante el embarazo aumenta el volumen sanguíneo y disminuye la concentración de hemoglobina por lo que es frecuente apreciar una

anemia leve (anemia gravídica), que no suele requerir tratamiento. Los valores de hemoglobina que se consideran normales oscilan entre 12-16g/dL si la mujer no está embarazada y entre 11-14g/dL cuando sí lo está.

Si la anemia durante el embarazo no es muy severa, frecuentemente pasa desapercibida. Sus síntomas, además, pueden confundirse con los de otras enfermedades; los más habituales son:

- Piel más pálida que de costumbre.
- Pérdida abundante de cabello.
- Uñas frágiles que se rompen con facilidad.
- Inapetencia.
- Cansancio excesivo o injustificado.
- Debilidad.
- Apatía.
- Mareos o vértigos.
- Aumento de la frecuencia cardiaca (taquicardia).
- Episodios de ansiedad.
- Dolor de cabeza.

Es importante tener en cuenta que no todas las mujeres embarazadas experimentarán síntomas de anemia, salvo que la cantidad de glóbulos rojos sea muy baja. Normalmente la anemia se detecta durante las revisiones periódicas que se llevan a cabo para controlar el embarazo.



## **Causas y tipos de anemia en el embarazo**

### **⇒ Anemia gravídica**

Está asociada al propio embarazo, ya que el volumen de sangre en la mujer embarazada aumenta hasta en un 50%, mientras que los glóbulos rojos no se incrementan y su concentración en la sangre permanece disminuida hasta el final de la gestación.

### **⇒ Anemia ferropénica**

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

### **⇒ Anemia megaloblástica**

Generalmente se produce por un déficit de ácido fólico o de vitamina B12. El ácido fólico no se acumula en el cuerpo, ya que se trata de una vitamina hidrosoluble que se elimina a través de la orina, por lo que es preciso obtenerlo a través de la dieta o los suplementos de forma continuada. La deficiencia de ácido fólico en la madre puede originar defectos congénitos graves en el bebé como espina bífida, y se aconseja que las mujeres que tengan intención de quedarse embarazadas, tomen

suplementos de esta vitamina antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo.

Entre los problemas que pueden afectar al niño destacan:

- Bajo peso al nacer.
- CIR (crecimiento intrauterino retardado).
- Prematuridad (con todas las complicaciones asociadas).
- Riesgo de sufrir accidentes, enfermedades, o tener una alimentación inadecuada debido a falta de cuidados maternos.
- Bajo rendimiento académico.
- Ser madre/padre en la adolescencia, al igual que sus progenitores.

En el niño:

El recién nacido, hijo de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor de 15 años, ya que han presentado una mayor incidencia de malformaciones, especialmente las de cierre del tubo neural.

### ⇒ **Complicaciones durante el parto**

En la gran mayoría de casos, los partos transcurren de forma completamente normal, pero hay casos en los que la asistencia médica se vuelve imprescindible para preservar la salud, o la vida, tanto de la madre como del bebé. Las complicaciones durante el parto afectan a las contracciones, que pueden ser débiles en exceso o

notablemente irregulares. existen unos mecanismos que predisponen a aumentar el riesgo de tener complicaciones durante el parto, como:

- Desproporción céfalo-pélvica (si el canal pélvico es demasiado estrecho o el feto demasiado grande, podemos encontrarnos que las constantes vitales del feto, como: ritmo cardiaco, se vean afectadas negativamente por el esfuerzo que acarrea el proceso.
- Contracción intrauterina anormal
- Embarazo múltiple
- Parto prolongado (Si el parto se prolonga durante demasiado tiempo existe un verdadero riesgo tanto para la madre como para el feto, así que se debe recurrir al uso de cesárea)
- Mal posición fetal

Los mecanismos nombrados anteriormente pueden llevar a una hipoxia perinatal, que es una de las complicaciones más frecuentes durante el parto. Durante la asfixia perinatal se dan unas modificaciones hemodinámicas que generan un aumento de la tensión arterial, adrenérgico inducida con vasoconstricción periférica y redistribución del gasto cardiaco, esto con el objetivo de proveer sangre oxigenada a los órganos vitales, excluyendo la circulación al resto de los órganos.

Por ende la asfixia perinatal se considera como una agresión al feto o recién nacido, debido a la falta de oxigenación generalizada, en diversos órganos. Su importancia fundamental es que puede contribuir a la aparición de parálisis cerebral y retraso mental. Sus causas:

- Deterioro de la oxigenación materna
- Insuficiente irrigación placentaria

- Alteración del intercambio de gases en la placenta

### **Nutrición durante el embarazo**

La alimentación cobra especial importancia durante el embarazo, pero más aún si éste se produce durante la adolescencia. Es un periodo en el que las demandas de energía y nutrientes son mayores que en otras etapas de la vida. La educación nutricional de la futura madre es siempre conveniente, pero imprescindible en una embarazada adolescente.

Para conseguir una correcta valoración y educación nutricional de la adolescente embarazada, se requiere asesoramiento continuo e individualizado. Esta valoración debe incluir un análisis del crecimiento, de la talla y peso actuales y de la edad ginecológica, así como un interrogatorio sobre los hábitos dietéticos. En referencia a este último punto, es importante analizar los hábitos dietéticos antes del embarazo, los posibles trastornos dietéticos, número y horario de las comidas principales y suplementarias, tipos de comida y posible restricción calórica.

Las adolescentes embarazadas con edad ginecológica joven o malnutridas en el momento de la concepción son las que tienen más necesidades nutricionales. Una mujer joven que concibe poco después de su primera menstruación corre el máximo riesgo fisiológico y, a pesar del aumento de peso materno, los pesos de nacimiento de los neonatos se mantienen bajos. Este mayor riesgo de restricción en el crecimiento fetal se atribuye a la interferencia en el flujo sanguíneo feto placentario y en la transmisión de nutrientes al feto como resultado de las características fisiológicas inherentes al crecimiento materno.

## **Proteínas, calcio y hierro**

Las necesidades proteicas de la adolescente embarazada son comprensiblemente altas. Se establece que para chicas embarazadas de 15 a 16 años se requieren unos 1,5 gramos de proteínas por kilo de peso al día. Para las menores de 15 años, las necesidades son de 1,7 gramos. Así mismo, es esencial una ingestión calórica adecuada para que las proteínas sean utilizadas para el crecimiento y desarrollo orgánico.

Para reunir las necesidades de calcio y hierro en las adolescentes embarazadas, es esencial un cuidado especial, debido a la pobre ingestión de estos dos nutrientes. Se recomienda una ingesta de 1600 mg de calcio para las adolescentes embarazadas que estén en etapa de crecimiento, algo que se cubre con un litro de leche o alimentos equivalentes (yogur, queso o cuajada). Es la cantidad necesaria para proveer de suficiente calcio y lograr un normal desarrollo fetal sin tener que utilizar las reservas óseas maternas.

Las necesidades de hierro de la adolescente durante su crecimiento son altas, debido al crecimiento de su masa muscular y del volumen sanguíneo. De hecho, la recomendación de un suplemento diario de hierro puede ser necesaria tanto para la mujer adulta embarazada como para la adolescente.

### **Riesgos comunes más asociados:**

El peso medio de niños recién nacidos con madres adolescentes suele ser significativamente más bajo que en los de la mujer adulta. Así mismo, la tasa de mortalidad de los mismos es mayor. Sin embargo, la media del peso de los bebés al nacer aumenta a medida que lo hace la edad de la madre. Sus músculos generalmente no están suficientemente desarrollados y, posiblemente, el esqueleto no habrá alcanzado el grado óptimo de mineralización. Ciertas reservas de nutrientes

(principalmente de hierro, ácido fólico, vitamina A y B12) de la madre son, además, menores que en la mujer adulta bien alimentada.

A estos aspectos se añaden los inadecuados hábitos alimentarios de las adolescentes, desordenados y desequilibrados tanto en cantidad como en calidad de energía y nutrientes. Muchas chicas jóvenes limitan de forma severa su ingesta de alimentos para estar delgadas y conseguir una imagen corporal que, en ocasiones, se acerca más al modelo anoréxico que al fisiológico. Este comportamiento supone un riesgo nutricional adicional para las adolescentes embarazadas, tanto por un bajo peso antes del embarazo, lo que se asocia con mayores riesgos perinatales, como por su incapacidad para reunir las necesidades nutricionales adecuadas en su correcto crecimiento

#### **2.4.1.3 Sexualidad y educación sexual**

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. También, desde el punto de vista histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociadas a la búsqueda del placer sexual (masturbación), que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo en la vida. GABRAL, A. Gravidéz en adolescencia. 2010 (pág.56).

#### **Educación sexual**

La educación de niños, niñas y adolescentes sobre salud sexual es una de las cuestiones más debatidas y de mayor carga emocional. A nivel mundial, la mayoría de los jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales antes de cumplir los 17 años, y la mitad, al menos a los 16 años. Se ha constatado que la educación sobre esas cuestiones modifican los comportamientos sexuales y parece ser más eficaz si se

imparte antes de la primera relación sexual, es decir, en la adolescencia o pre adolescencia.

### **Características de la educación sexual:**

Más que la simple adquisición de conocimientos y contenidos, la educación sexual guía hacia el desarrollo del pensamiento crítico y conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad.

- Fomentar el proceso por medio del cual el individuo pueda reconocer, identificar y aceptarse como un ser sexuado y sexual a todo lo largo del ciclo de la vida, libre de toda ansiedad, temor o sentimientos de culpa.
- Fomentar el desarrollo de roles de género que promueven el respeto y las relaciones justas entre seres humanos dentro de un marco de valores basados en los derechos humanos.
- Promover el valor de los vínculos y del componente afectivo de las relaciones humanas más allá de las relaciones de pareja.
- Promover el autoconocimiento en relación con el cuerpo como un factor de autoestima y de atención a la salud.

### **Factores que influyen en la conducta sexual**

Los jóvenes tienen la percepción de estar protegidos de las posibles consecuencias desfavorables de las relaciones sexuales, que pueden ocurrir a otros pero no a ellos. A

pesar de la consideración de que los jóvenes están muy informados se observa que la información suele ser superficial con importantes creencias falsas.

Hay un cambio de los estereotipos tradicionales que asignan al chico el mundo de la actividad sexual y a la chica un papel más pasivo y asociado a la afectividad, sin embargo hay sectores sociales en los que todavía continúan vigentes los comportamientos prescritos por los estereotipos tradicionales en los que las chicas tienen menos capacidad de decidir libremente sobre cómo y cuándo mantener relaciones sexuales. Freyre, E; desarrollo psicosocial del adolescente. 2009 – pág. 20 – 41.

### **Menarquía**

Es la fecha del primer episodio de sangrado menstrual, o primera regla de la mujer, el comienzo de su capacidad reproductiva. El momento de la menarquía está condicionado por factores genéticos, ambientales y nutricionales. Previo a esta etapa comienza el desarrollo mamario, aparece el vello púbico, axilar y un notable aumento en la altura, que a veces puede llegar a un incremento entre 8 a 9 cm anuales durante dos años.

El comienzo de la menstruación se produce entre los 10 y los 16 años de edad como norma general en países desarrollados siendo los primeros ciclos anovulatorios y de duración irregular. Suelen presentarse sin dolor y sin previo aviso. La menarquía es el principal marcador psicológico de la transición de la infancia a la edad adulta. Su impacto depende en gran parte de la educación que reciban las chicas en las escuelas y de sus padres.



## **Derechos de la sexualidad del adolescente:**

- Decidir en qué momento y con quién tener relaciones sexuales:
- Nadie puede obligar al adolescente a tener relaciones sexuales contra su voluntad. El adolescente es la única persona que puede saber si quiere tener relaciones sexuales y con quien.
- Recibir educación e información acerca de la sexualidad:
- Tener derecho a exigir información acerca de la sexualidad y las formas de ejercerla de manera segura. Esta información debe ser proporcionada en instituciones educativas y en los centros de salud.
- No ser violentado en su sexualidad. La violación atenta contra los derechos humanos fundamentales, por lo que los violadores deben ser denunciados y encarcelados.
- No ser discriminado debido a la orientación sexual:
- Ser homosexual, lesbiana o bisexual no constituye ningún delito. Sin embargo, las personas con estas prácticas sexuales deben gozar de los mismos derechos que cualquier persona.
- Obtener servicios de salud sexual de alta calidad: los servicios de salud deben atender a los jóvenes cuando van a solicitar información y servicios para llevar una vida sexual segura.
- Decidir si se quiere o no tener hijos así como el número y espaciamiento de ellos.
- Obtener información y los medios para regular la fertilidad:
- Acceder a servicios de salud reproductiva de alta calidad. Las mujeres deben recibir atención médica de calidad durante el embarazo, el parto y luego del alumbramiento. Esto es esencial para el mantenimiento de su salud reproductiva. CJAS 2009. Madrid España. pág. 212.

## **Valores sexuales en los adolescentes**

La adolescencia, es lo más hermoso que se puede encontrar en un adolescente, en éste tiempo están escasas las personas que poseen valores en sus vidas; valores como la franqueza, la responsabilidad, la confianza, la amistad, el amor hacia la familia, disciplina, el respeto a los padres. Es la adolescencia donde todo lo que va en contra de los principios y valores, están tan de moda, como el desenfreno libertino o comenzar a contraer vicios tan destructivos y la falta de pureza sexual; al adelantarse a tener relaciones sexuales a esta edad, sin ningún compromiso, y es que no se dan cuenta del daño que hace todo esto a sus vidas, a su cuerpo a su alma y a su mente.

El ambiente que rodea a los adolescentes ejerce una influencia sobre su desarrollo moral. La moralidad tiene al menos dos dimensiones: justicia en relación con los derechos del individuo. Para poder obtener una moralidad, el adolescente tiene que ser responsable de sus actos, la sexualidad en la adolescencia ahora es muy vista pero lo hacen irresponsablemente y a edades no adecuadas, las relaciones sexuales en la adolescencia ha sido muy inquietante para los padres ya que traen sus consecuencias como un embarazo precoz o una enfermedad venérea.

Los adolescentes que tienen actos sexuales normalmente son personas inmorales ya que no actúan con responsabilidad. Es importante recordar, que la sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia humana, pero en la adolescencia se vive y manifiesta de manera un poco diferente a como se expresa en otras etapas de la vida. En este período surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todas y todos las adolescentes.

## **Salud sexual**

La sexualidad se presenta como una fuerza interna que no es fácil de definir ni de controlar, el adolescente se siente impulsado fuera de sí mismo, sin saber a dónde ni cómo pero lo siente, es la tendencia sexual que fuertemente le lleva a buscar el placer.

En esta etapa se logra el primer amor real, pues se busca, por las características internas y estéticas de la pareja, el bienestar del otro; en esta etapa se une el deseo sexual al amor, comprendiéndose el acto sexual como una expresión de éste.

Si bien es cierto que muchos jóvenes al iniciar su vida sexual mantienen una relación monógama con su pareja hay otros que, por afán de experimentar o por mera presión de compañeros o amigos, buscan tener tantas parejas sexuales como les sea posible, lo que los lleva a exponerse a riesgos que pueden llevarlos a enfermedades muy peligrosas de las que muchas veces no tienen conocimiento.

Hay factores que influyen para que el inicio de una vida sexual activa aparezca antes de tiempo:

- Diferencia en la madurez física y cognitiva: el cuerpo a veces parece crecer más rápido, por lo que los demás te ven de una forma y tú te sientes de otra. Esto puede parecerte confuso.
- Al ir creciendo es notorio creer que ya sabes todo lo que debes saber sobre sexualidad. Esto no es cierto ni siquiera para los adultos, siempre es necesario informarse y tratar de vivir la sexualidad de manera responsable.

Generalmente se utiliza como modelo las películas, series o programas, en la televisión. Algo importante que debemos recordar es que estas historias y escenas son ficticias, la realidad es muy diferente y las consecuencias aparecen invariablemente. Aunque pueda parecerle raro, por lo general influyen los planes que el adolescente tenga para el futuro al momento de decidir tener su primera relación sexual. Por ejemplo, si tiene planes de ir a la universidad y va construyendo un plan de vida, esto será más importante y preferirá esperar antes de tener relaciones sexuales con alguien que no está seguro que estará a tu lado durante este proceso de autodesarrollo.

## **Sexualidad y persona**

Es primordial recordar que la sexualidad es parte de uno mismo, lo mejor es ir conociendo el cuerpo poco a poco, esperar a que vayan apareciendo los cambios propios de tu desarrollo; entre menos los adolescentes se precipiten a vivir una sexualidad que corresponde a la adultez, más satisfactorio será este proceso. Toda actividad sexual implica riesgos y trae consecuencias, independientemente de lo que decida el adolescente.

## **Sexualidad Responsable**

La sexualidad no solamente incluye el acto sexual, es parte del desarrollo de la identidad. Al entrar a la adolescencia es común que el adolescente inicie a experimentar con la masturbación y fantasías sexuales, lo cual va llenándole de dudas que generalmente quedan sin responderse. A pesar del bombardeo de información y los esfuerzos que se hacen para conseguir una educación sexual de calidad es común que niños y adolescentes no presten suficiente atención a lo que los adultos intentan transmitirles.

Conforme el adolescente va creciendo, es común que vaya apareciendo los primeros contactos físicos (besos y/o caricias) más a manera de exploración, lo que posteriormente llevará al inicio de las relaciones sexuales. Si bien es cierto que muchos jóvenes al iniciar su vida sexual mantienen una relación monógama con su pareja hay otros que, por afán de experimentar o por mera presión buscan tener tantas parejas sexuales como les sea posible, lo que los lleva a exponerse a riesgos que pueden llevarlos a enfermedades muy peligrosas de las que muchas veces no tienen conocimiento.

#### **2.4.1.4 Adolescencia**

La adolescencia se percibe como una época tormentosa y emocionalmente agresiva, llena de enfrentamientos entre los adultos y los jóvenes, sobretodo dentro de la familia. Se considera una etapa en que se produce el desarrollo físico y los cambios emocionales más fuertes y rápidos en la historia de cada persona. Se generan cambios que inician aproximadamente a los 11 años en las mujeres y los 13 en los varones. Los cambios hormonales comienzan años antes y pueden dar lugar a períodos de inquietud y mal humor. Las niñas sienten los cambios antes que los niños. A esta edad comienzan a pensar y a sentir de forma diferente.

En esta etapa los jóvenes presentan las primeras experiencias con bebidas alcohólicas, con drogas o el fumar, generalmente teniendo lugar en compañía de otros jóvenes, para ellos esto se considera lo normal y necesario para poder aprender. Los jóvenes atraviesan por una etapa de confusión e infelicidad que les permite experimentar los cambios necesarios para adaptarse a una nueva forma de vivir y relacionarse con su medio ambiente y las personas que los rodean. Un factor de ayuda para el adolescente es que los padres estén de acuerdo entre sobre cómo están manejando las cosas y apoyarse el uno al otro.

Las normas inculcadas desde sus hogares deben ser claras y sensibles a lo que se puede negociar o no, esto permite que todos en la familia sepan en qué situación se encuentran, y deben ser aplicadas con justicia y de forma consistente. Los adolescentes sólo recurrirán a sus padres si saben que éstos no los critican o menosprecian. Esto es algo que confunde mucho a los padres, los cuales se sienten con los atributos para educar y se olvidan fácilmente que la crítica no educa.

Es más fácil determinar cuándo empieza la adolescencia que cuando terminan los cambios en las proporciones del cuerpo y en el logro de la madurez sexual. En

nuestra cultura, la adolescencia es la etapa intermedia entre la niñez y la adultez. La mujer desarrolla redondez y fuerza de las caderas por aumento de tejido adiposo y ensanchamiento de éstas, acompañado de un total desarrollo de los senos o mamas; además, existe un aumento en su capacidad de fertilidad y también aparece la menarquía o primera regla. En el hombre se genera el ensanchamiento de los hombros, que hacen ver las caderas más estrechas y un aumento del desarrollo de la musculatura que permite el desarrollo de aptitudes motoras gruesas.

### **Etapas de la adolescencia**

**Adolescencia inicial o temprana.-** De 10 a 14 años, es propio de esta etapa un aumento de la estatura, del peso corporal y de la fuerza muscular. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. En el caso de la mujer el primer signo del comienzo de la pubertad es el desarrollo incipiente de las mamas, a esta le sigue muy de cerca el crecimiento del vello pubiano. En el varón el primer cambio es el aumento del volumen testicular, un ligero arrugamiento de los escrotos y la aparición de vellos pubianos. Aproximadamente un año después comienza el crecimiento del pene.

**Adolescencia media. (12- 13 a 16 años).-** Desde el punto de vista puberal, en la mujer aparece la menarquia y da inicio a esta etapa. En el varón continúa el crecimiento del pene y la laringe, que ocasiona el cambio de voz característico. En este momento generalmente se produce el estirón masculino, aunque un poco más tardío es mayor que en el de la mujer. Los adolescentes sienten más preocupación por la apariencia y desean aumentar el poder de atracción. Aparecen manifestaciones egocéntricas y hay una búsqueda de su propia identidad.

**Adolescencia tardía. (16 a 19 años).-** En ambos sexos el desarrollo puberal alcanza las características del adulto. Se logra un mejor control de los impulsos y los cambios emocionales son menos intensos. El adolescente establece una identidad personal y social que pone fin a la etapa. Los retos que debe afrontar el adolescente son los siguientes:

- Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos.
- Integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento.
- Separación del tutelaje familiar.

### **Cambios morfo- fisiológicos**

La adolescencia comienza alrededor de los 12 años en las chicas y los 14 años en los chicos, y se caracteriza por el crecimiento acelerado de la talla y de la masa corporal. Todos los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar durante la adolescencia están regulados por unos mecanismos en cuyo centro se encuentra el sistema nervioso y el endocrino (hormonas). No se conocen aún cuales son las señales que ponen en marcha este sistema, pero el hecho más destacado de su estimulación es el incremento de la síntesis y secreción de hormonas sexuales (testosterona en los varones y estrógenos y progesterona en las mujeres) cuyos efectos se traducen en los siguientes cambios:

Aumenta la talla y es muy diferente en ambos sexos. En las chicas es más precoz, iniciándose casi al mismo tiempo que la aparición de los caracteres sexuales P secundarios (pechos, vello en el pubis), entre los 10 y 13 años. En los chicos el inicio es más tardío, entre los 12 y 15 años, por lo que en ellos, el periodo de crecimiento prepuberal suele ser más largo y por esta razón, los chicos suelen alcanzar una talla superior a la de las chicas.

Se incrementa la cantidad de grasa, y esta se acumula principalmente debajo de la piel (tejido subcutáneo). La velocidad de almacenamiento de grasa en el tejido subcutáneo disminuye hasta alcanzar su mínimo que coincide con el pico de crecimiento máximo en altura. Se desarrolla la masa muscular en ambos sexos, aunque el incremento desarrollo es mayor en los chicos. El crecimiento máximo muscular se alcanza más tarde que el crecimiento máximo en altura.

Se produce la maduración sexual, que comprende la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el crecimiento y el desarrollo de las gónadas (testículos y ovarios) y genitales internos y externos. Todos estos cambios son propios de una etapa más de la vida, por lo tanto la persona está madurando.

### **Cambios psicológicos**

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto, su cuerpo continuamente los traicionan; sin embargo la adolescencia también ofrece nuevas oportunidades que los jóvenes abandonan de diferentes maneras.

Todos estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o tardíamente que este obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar. En general los efectos de la maduración temprana o tardía tienen mejor probabilidad de ser negativos cuando los adolescentes son muy diferentes de sus compañeros bien sea porque están mucho o menos desarrollados que las otras.

Estas niñas pueden reaccionar ante el interés de las demás personas acerca de su sexualidad, por consiguiente los adultos pueden tratar a una niña que madura pronto con más rigidez y desaprobación. Interés por la apariencia física: La mayoría de los adolescentes se interesan más en su aspecto que en cualquier otro asunto de sí mismos. Los varones quieren ser altos, anchos de espalda y atlético; las niñas quieren ser lindas, delgadas, pero con formas, y con una piel y un cabello hermoso, cualquier cosa que haga que los muchachos atraigan al sexo opuesto.



Los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, su complexión y rasgos faciales, lo que trae como consecuencia biológica y hasta trastornos psicológicos la aparición del desorden en la salud como desnutrición, descuido del peso (falta de autoestima) anorexia, bulimia, y hasta abuso de alcohol, drogas y otros vicios. Las chicas tienden en ser menos felices con su aspecto que los varones de la misma edad, sin duda por la gran énfasis cultural sobre los atributos físicos de las mujeres.

### **Desarrollo de inteligencia**

Durante la adolescencia no se producen cambios radicales en las funciones intelectuales, sino que la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente. Según el psicólogo francés Jean Piaget determina que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que pueden definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva. Piaget asumió que esta etapa ocurría en todos los individuos sin tener en cuenta las experiencias educacionales o ambientales de cada uno. Sin embargo en los datos de las investigaciones posteriores no apoyan esta hipótesis y muestran que la capacidad de los adolescentes para resolver problemas complejos está en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida.

### **Desarrollo afectivo**

Tras el período turbulento de la preadolescencia, la conducta de los jóvenes suele sosegar. Las relaciones familiares dejan de ser un permanente nido de conflictos violentos, la irritación y los gritos dejan paso a la discusión racional, al análisis de las discrepancias, los pactos y los compromisos. Esto significa que el adolescente ha conseguido librar con éxito el postrer combate contra las exigencias libidinales

infantiles, de las que no obtiene ya satisfacción, y está dispuesto a afrontar las dificultades que conlleva su nueva condición, por fin plenamente asumida, de joven adulto.

A partir de este momento, el conflicto se desplaza desde la ambivalencia afectiva a la reivindicación de ciertos derechos personales, entre los que destacan las exigencias de libertad e independencia, la libre elección de amistades, aficiones, etc. El adolescente intenta experimentar sus propios deseos más allá del estrecho círculo de las relaciones familiares y para ello necesita imaginarse reprimido por los padres. La represión real, por el contrario, coloca al adolescente en una situación de desequilibrio, que puede precipitar prematuramente los tanteos del joven en el mundo de los adultos, o bien operando en sentido contrario desacreditarlos por completo.

### **Desarrollo de la personalidad**

Sobre el desarrollo de la personalidad se han desarrollado variadas teorías, por parte de diferentes autores dedicados al estudio de los diversos aspectos que influyen en el desarrollo y comportamiento del individuo en la adolescencia. La adolescencia es una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad.

Según algunos criterios de Piaget, se creía, que el temperamento y el carácter, eran integrantes principales de la imagen corporal que estaban determinados biológicamente y venían predicados por la información general. La imagen corporal adquiere mayor importancia cuando el adolescente se encuentra en grupos que dan demasiada importancia a los atributos físicos tanto del varón como la mujer, o cuando en su entorno familiar o social se burlan de cualquiera de sus características físicas, estatura, contextura, color, etc.

La imagen corporal se toma más en cuenta en la mujer que en el varón y hasta en algunos casos determinan la profesión escogida. Pero es necesario hacer hincapié, que aunque la imagen corporal juega un papel en el desarrollo de la personalidad, también son factores de mayor importancia, el ambiente donde se mueve el joven, la familia y los valores que se mueven a su alrededor y son de vital importancia la motivación como el motor que pone a funcionar todas sus acciones hacia el logro de metas trazadas.

#### **2.4.2.1 Salud infantil**

Según la OMS, la lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; también es parte integral del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, desarrollo y una salud óptimos.

A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requerimientos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde. La lactancia natural exclusiva puede practicarse desde el nacimiento, salvo el caso de algunas afecciones médicas, y si se practica sin limitaciones, propicia una abundante producción de leche.

Aunque es un acto natural, la lactancia también es un comportamiento aprendido. Prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de información exacta, así como de apoyo dentro de sus familias y comunidades y del sistema de atención sanitaria.

## **Entorno familiar**

La familia es el primer contexto de socialización y de aprendizaje, por eso es importante que los niños entiendan y asimilen tanto su propia familia, como las diferencias que existen con otras familias, pudiendo compararla con la de otros compañeros, no solo en su estructuración sino también las diferentes culturas, pautas de comportamiento.

Es importante que el niño comprenda cuál es su lugar en la familia y el papel que él desempeña; va a ser un punto esencial en la relación del niño con el resto de los miembros, ya que se deberá crear un clima familiar adecuado para que los niños se sientan valorados y queridos para que participen en los temas familiares, tomando decisiones que por muy pequeñas que sean, harán sentirse al niño como una parte importante de la familia.

## **Derechos del buen vivir**

El Buen Vivir, más que una originalidad de la Carta Constitucional, forma parte de una larga búsqueda de modelos de vida que han impulsado particularmente los actores sociales de América Latina durante las últimas décadas, como parte de sus reivindicaciones frente al modelo económico neoliberal. En el caso ecuatoriano, dichas reivindicaciones fueron reconocidas e incorporadas en la Constitución, convirtiéndose entonces en los principios y orientaciones del nuevo pacto social.

No obstante, el Buen Vivir es una apuesta de cambio que se construye continuamente desde esas reivindicaciones por reforzar la necesidad de una visión más amplia, la cual supere los estrechos márgenes cuantitativos del economicismo, que permita la aplicación de un nuevo modelo económico cuyo fin no se concentre en los procesos de acumulación material, mecanicista e interminable de bienes,

Se promueve un modelo económico incluyente; es decir, que incorpore a los procesos de acumulación y redistribución, a los actores que históricamente han sido

excluidos de las lógicas del mercado capitalista, así como a aquellas formas de producción y reproducción que se fundamentan en principios diferentes a dicha lógica de mercado.

Así mismo, el Buen Vivir, se construye desde las posiciones que reivindican la revisión y reinterpretación de la relación entre la naturaleza y los seres humanos, es decir, desde el tránsito del actual antropocentrismo al biopluralismo. Finalmente, el Buen Vivir se construye también desde las reivindicaciones por la igualdad, y la justicia social (productiva y distributiva), y desde el reconocimiento y la valoración de los pueblos y de sus culturas, saberes y modos de vida. Guimaraes en Acosta, 2009

La Constitución ecuatoriana hace hincapié en el goce de los derechos como condición del Buen Vivir y en el ejercicio de las responsabilidades en el marco de la interculturalidad y de la convivencia armónica con la naturaleza (Constitución de la República del Ecuador, Art. 275).

### **Niñez y las etapas**

De recién nacido a cuatro años: no entiende razonamientos ni explicaciones, sólo direcciones muy simples. No reacciona bien ante una orden verbal. Problemas de la edad: peleas, pataletas, actitud egoísta, se resiste a dormir y teme separarse de sus padres.

De 0 a 3 años se producen cambios rápidos, pero trascendentes; los niños y niñas cambian muy rápido tanto física como emocionalmente. Los psicólogos del desarrollo han descubierto cuan cruciales son estos años iniciales.

#### **2.4.2.2 Control del niño**

Existe una estrecha relación entre el crecimiento, la nutrición, el estado de salud del niño y las condiciones de vida de él y su familia. La mayoría de los factores que comprometen el crecimiento normal pueden ser prevenidos o tratados. Cuanto más

temprana y prolongada es la injuria, más grave es el daño y menor la posibilidad de recuperación; es decir, se requiere una vigilancia estrecha para detectar las alteraciones del crecimiento de modo temprano.

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

### **Evaluación del crecimiento**

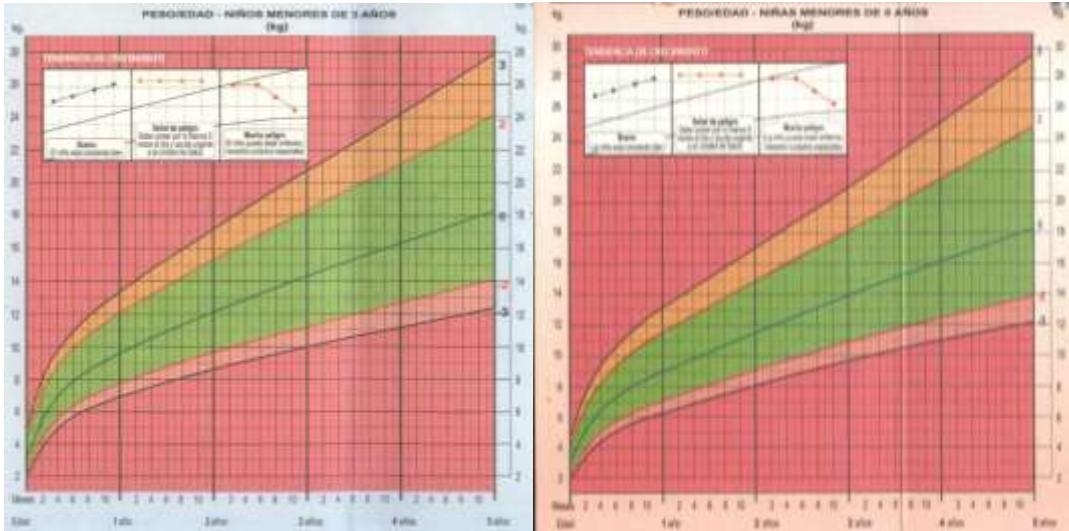
La antropometría permite conocer el patrón de crecimiento propio de cada individuo, evaluar su estado de salud y nutrición, detectar alteraciones, predecir su desempeño, salud y posibilidades de supervivencia. En el ámbito de poblaciones constituye un elemento valioso para la toma de decisiones en cuestiones de salud pública, a pesar de lo cual es aún poco apreciada.

#### a) Peso

Para el análisis de esta dimensión habitualmente se utilizan percentiles de peso según la edad de los niños y percentiles de peso para la talla. El peso para la edad es un indicador particularmente valioso en el niño menor de un año. En edades posteriores es importante relacionarlo con la talla alcanzada por el individuo ya que muchos niños con peso adecuado para la edad pueden aparecer como muy delgados o, eventualmente, con sobrepeso; de igual forma, encontraremos niños con bajo peso o con peso excesivo para su edad cronológica que al compararlos con su estatura tengan un crecimiento armónico.

Se consideran normales o típicos aquellos que se ubiquen entre los percentiles 10 y 90, los que se encuentren por debajo del percentil 10 se señalarán como con bajo peso. Para el monitoreo del crecimiento del niño/a menor de dos años, será pesado cada mes, utilizando la balanza pesa bebé, acostado sobre el plato, sin ropa

Es necesario verificar que la balanza esté encerrada antes de cada pesada. El peso se registrara en Kg.



**Gráfico N° 5:** Peso/edad de niños y niñas menores de 5 años

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública

#### b) Talla

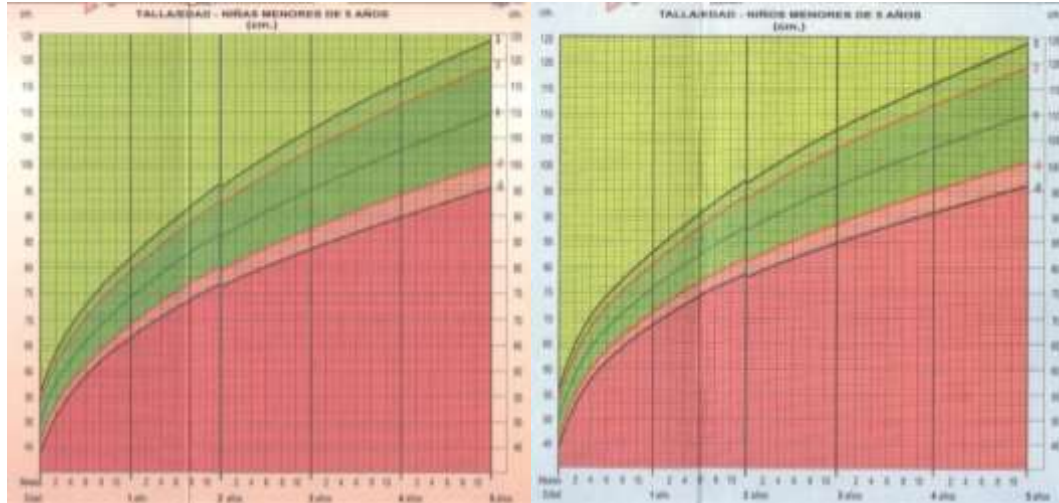
Se ubicará el valor registrado para cada niño en las curvas de estatura para la edad, considerando como normales o típicos aquellos que se encuentren entre los percentiles 3 y 97, con baja talla a los que se ubiquen por debajo del percentil 3 y con talla elevada a aquellos por encima del percentil 97

#### Parámetros

En los primeros 3 meses de vida aumenta

- 9 cm de talla
- Crece 7cm de los 3-6 meses
- Aumenta 5cm de los 6 – 9 meses

- Aumenta 3 – 4cm de los 9 – 12 meses.



**Gráfico N° 6:** Talla/edad de niños y niñas menores de 5 años

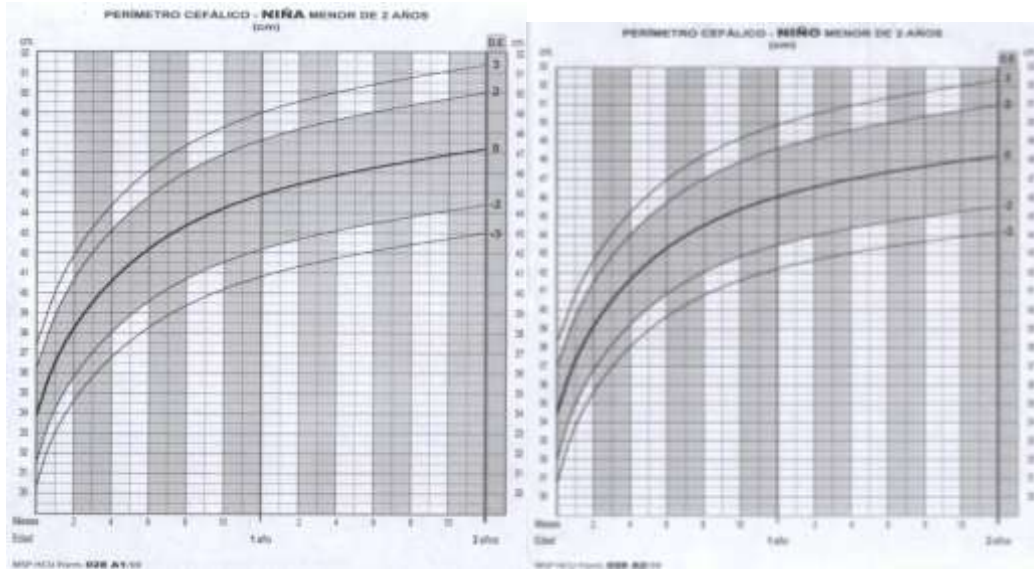
**Fuente:** Ministerio de Salud Pública

a) Perímetro cefálico

Parámetros de crecimiento del perímetro cefálico

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





**Gráfico N° 7:**Perímetro cefálico de niños y niñas menores de 2 años

**Fuente:** Ministerio de salud Pública

Desarrollo: Cambios psíquicos de tipo cualitativo mediante el cual se ponen en funcionamiento y se perfeccionan las capacidades humanas como el lenguaje, el pensamiento, la memoria, los sentimientos, etc. “El desarrollo está en constante interacción con el entorno y se ve condicionado por él, a lo largo de toda la vida, el accediendo a nuevos conocimientos a través del aprendizaje”. Señala Licata.M.2007.

Durante el primer año de vida, el niño se desarrolla con rapidez sorprendente, tanto en su capacidad perceptiva como en sus habilidades motrices. El desarrollo motriz por tanto corre paralelo al psicólogo y ocupa junto con él un factor primordial en el desarrollo de la afectividad, lugar privilegiado para conocer con todo detalle en este año su estado general.

Así tenemos que el recién nacido:

- Predomina la hipotonía en la cabeza y tronco.
- Hipertonía en extremidades.

- Reencuentra posición fetal.
- Fija la mirada, visión confusa.
- Grasping (reflejo arcaico de presión palmar)

**1 mes:** Persiste semiflexión de extremidades.

- Manos flexionadas.
- En prono inicia movimientos repetición.
- Sigue objetos 90 grados.
- Persiste Grasping.

**2 meses:** Al llevarlo a posición sentado, la cabeza cae hacia atrás.

- Sosteniéndolo sentado.
- La cabeza se mantiene por instantes.
- En decúbito prono: se mantiene sostenido sobre antebrazos a 45grados.
- En decúbito supino: semiflexión miembros inferiores.
- Lenguaje: Arrullo cuando se le habla.
- Sonrisa social
- Sigue con la vista objetos a 180 grados
- Grasping discreto con frecuencia las manos abiertas.

**3 meses:** A esta edad lo importante es que en decúbito prono se mantiene sobre antebrazos y eleva la cabeza de 45 a 90 grados.

- En prono, caderas en extensión 0 grados
- Inicia observación de las manos.
- Voltea al sonido
- Ríe cuando está contento
- Gira la cabeza para seguir un objeto.
- Sostiene al contacto

**4 meses:**

- Inicia medio giro
- En prono; eleva sobre antebrazos el tronco y realiza movimientos como si nadara.
- En supino; intenta poner un pie sobre la rodilla opuesta.
- La planta de los pies totalmente apoyados sobre el plano de la mesa.
- Al llevarlo a la posición sentado, la cabeza sigue al resto del cuerpo.
- Sostiene por instantes los objetos
- Visión: semejante al adulto
- Lenguaje: voltea al ruido

**5 meses:**

- En prono: eleva el tronco y echa la cabeza hacia atrás.
- Apoyándose en el tórax, extiende extremidades
- Logra alternancia, movimientos inferiores
- Prensión voluntaria, palmar, global todavía imprecisa.

**6 meses:** En posición prona, puede utilizar las manos para jugar, así como le gusta tocar sus pies.

- Si se sostiene de brazos, salta sobre sus pies.
- Gira de supino o prono
- Sostiene objetos una en cada mano
- Lenguaje. Balbuceo
- Reconoce voz de su mamá
- Social: prefiere a mamá

**7 meses:** Agarra sus pies

- Sentado sin apoyo tiende las manos hacia delante para no caer
- Sentado tiene mayor control sobre él y puede inclinarse para sostener objetos.
- Pasa rodando de supino a prono.
- En prono con facilidad sostiene un objeto y golpea fuertemente en el plano de mesa.
- Inicia pinza inferior entre pulgar y meñique.

**8 meses:** Control total del tronco.

- Gira en ambos sentidos (supino- prono. Supino)
- Pasa de supino a sentado.
- En prono puede elevarse manteniéndose en manos y pies.
- Si tiene un objeto en cada mano le presenta un tercero, suelta uno para coger el último.
- El índice empieza a participar en la prensión.
- Reclama su juguete preferido
- “Principio permanencia del objeto”

**9 meses:** Inicia gateo hacia atrás.

- Logra pasar decúbito supino a bipedestación sosteniéndose, lo logra por instantes y cae.
- Entiende toma- dame.
- Pinza superior (base pulgar e índice)

**10 meses:** Se pone de pie y da pasos laterales, agarrándose de muebles, se cae con frecuencia.

- Gatea hacia delante, alterno.
- Pinza fina (parte distal pulgar e índice)
- Inicia significado, contenido.

**12-13 meses:** Marcha con asistencia.

Gusto por introducir y retirar objetos.

**13-14 meses:** Gatea sobre mayor y pies.

- Apunta todo con el índice
- Encaja círculos.
- Lenguaje. Dos palabras además de papá y mamá.
- Se agacha y recoge objetos
- Lanza pelota.

**14-16 meses:** Camina

**18 meses:** Camina sin ayuda, sube escaleras con ayuda, tiene mejor control de sus dedos, come parcialmente solo dice unas 10 palabras.

**2 años:** Corre, sube y baja escaleras sin ayuda, puede pasar las páginas de un libro de una en una, se viste casi sin ayuda, dice frases cortas y puede comunicar sus necesidades de evacuación. Leach P, “El lactante. La primera infancia” Edit. Grijalbo. Enciclopedia 2008.

## **Fases de marcha**

- El niño ha aprendido a incorporarse hasta ponerse de pie, apoyándose en las barras de la cuna o de los muebles; deslizándose primero ambas manos hacia un lado, después los pies uno primero y luego el otro hasta recuperar la línea, aún no confía del todo su peso en los pies y tampoco a una sola mano.
- Se aparta más el apoyo, todo su peso cae sobre sus pies y las manos le sirven para guardar el equilibrio, cuando avanza, cruza una mano sobre la otra y las mueve a un mismo ritmo los pies.
- Esta fase da al niño una mayor movilidad, aprende a cruzar los espacios que estén al alcance de sus dos manos extendidas y no se soltará hasta alcanzar el otro apoyo.
- Son los primeros pasos sin apoyo, cruzando pequeños espacios entre mueble y mueble, se para sin apoyo, generalmente cuando esto hace, lo realiza sin darse cuenta.
- Todavía andará la mayor parte del tiempo con apoyo, pero podrá dar 2-3 pasos sin apoyo.
- Camina con plena independencia en línea recta.

## **Sentidos:**

**Visión:** Capacidad visual muy limitada al nacer.

- No fija
- Distingue contornos a 30 cm.
- Poca visión lateral
- Falta coordinación entre los 2 ojos
- No percibe profundidades
- Visión exeroscópica

**Oído:** Al nacer: Más desarrollo que la vista.

- Puede distinguir los ruidos.
- Los fuertes lo asustan.
- Distingue volumen, tono.

## **2 meses**

**Vista:** El campo visual equivale a 1/3 del adulto.

- Sigue con la vista.

**Oído:** Reacciona a estímulos auditivos.

## **3-4 meses**

**Vista:** Reconoce a la mamá

- Diferencia y percibe olores.

**Oído:** Busca con la cabeza la fuente del sonido.

## **5-6 meses**

**Vista:** Distingue expresiones del rostro materno.

**Oído:** Orienta bien la cabeza hacia el sonido.

- Puede dejar de llorar al escuchar a la madre o música conocida.

## **7-12 meses**

**Vista:** Tridimensional.

**Oído:** Cuando se le habla observa y para de moverse.

## **Olfato**

- La capacidad olfativa se inicia en el bebé en el mismo momento que el bebé respira automáticamente.
- Es muy sensible a los olores fuertes por lo que la madre debe evitar perfumes intensos.
- Ayuda a organizar relación placer no placer.

## **Gusto**

- Se desarrolla con la introducción paulatina de los alimentos.
- En cuanto el desarrollo motor se lo permita todo se llevará a la boca, a través del olfato y el gusto.



## **Tacto**

El sentido del tacto se convierte rápidamente en uno de los más importantes en el lactante. A través de él investiga y aprende sin cesar, describiendo sensaciones en la textura y calidad de los objetos.

Constituye al desarrollo motriz, afectivo e intelectual del bebé. De aquí la importancia de la caricia de la madre y del descubrimiento de sus propias zonas erógenas.

Es indudable que el desarrollo psicomotor del niño depende de la maduración neurológica, pero también es cierto que influyen los factores ambientales.

Un punto a recalcar es que cuando el niño consigue desplazarse, se abre para él un mundo de sensaciones, cambia su percepción de espacio, volumen, etc.

### **Factores que incluyen en el crecimiento y desarrollo:**

- Factores prenatales: influyen en el crecimiento antes de nacer, y durante el embarazo.
- Factores genéticos: información recogida en los genes de cada persona.
- Factores hormonales: La regulación de los factores internos que inciden en el crecimiento y desarrollo son consecuencias de los compuestos químicos llamados hormonas.

- Factores circunstanciales: (pueden producir trastornos, aunque el feto mantiene suficiente independencia, solo algo extremo puede influir en su crecimiento).

### Desarrollo del niño

EDAD	MOTOR GRUESO	MOTOR FINO	AUDICIÓN/ LENGUAJE	SOCIAL/PERSONA
1 mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostiene la cabeza unos segundos</li> <li>• Hipertonía de los músculos flexores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigue una luz con la mirada con una curva de 90 grados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacciona a los sonidos</li> <li>• Se asusta con los ruidos</li> <li>• Se tranquiliza con la voz de su madre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deja de llorar al cogerle</li> </ul>
2 mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levanta la cabeza en decúbito prono</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigue objetos de colores vivos vertical y horizontalmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesa momentáneamente en su actividad cuando oye un ruido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonríe</li> </ul>
3 mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patalea libremente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se mira las manos y juega con ella</li> <li>• Mira de un objeto a otro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busca un sonido con la mirada</li> <li>• Contesta con sonidos: e, a, o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigue con la mirada a otra persona</li> </ul>
4 mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostiene la cabeza y el tórax en decúbito prono</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coge al contacto y retiene un cubo, llevándose a las boca</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ríe a carcajadas</li> <li>• Gorjea y grita para llamar la atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devuelve la sonrisa al examinado</li> </ul>
5 mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostiene la cabeza sin apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se quita un pañuelo de la cara</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vuelve la cabeza hacia el sonido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfruta con el juego</li> <li>• Reconoce quienes están con el</li> <li>• Establece un lazo afectivo con las personas que lo rodean</li> </ul>
6mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se incorpora apoyándose en sus muñecas boca abajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se coge los pies y a descubriendo su cuerpo</li> <li>• Toma un cubo de la mesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parlotea ante una voz</li> <li>• Empieza a imitar los sonidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vuelve la cabeza ante un interlocutor</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sostiene sentado con apoyo</li> </ul>			
<b>7mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se da la vuelta en la cuna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explora los objetos dándoles vueltas en sus manos</li> <li>Sigue un objeto al caer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Emite sonidos: ga, ta,da</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede beber de un vaso aunque lo normal es realizarlo a los 10 y 12 meses</li> </ul>
<b>8 mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensayo el gateo o rastreo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intenta coger cosa que están fuera de su alcance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Emite sonidos para llamar la atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se contempla en el espejo</li> <li>Llora al dejarle con extraños</li> </ul>
<b>9 mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voltea por si mismo en el suelo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manipula simultáneamente 2 objetos uno en cada mano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dice papa y mama</li> <li>Los sonidos adquieren entonación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sostiene un vaso para beber</li> <li>Palmorea y dice adiós con la mano</li> </ul>
<b>10 mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sostiene con ayuda o agarrados a los barrotes de la cuna</li> <li>Gatea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voltea 2 objetos conjuntamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escucha un reloj</li> <li>Debe responder a su nombre un en voz baja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>serie y toca su imagen en el espejo</li> </ul>
<b>11 mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se endereza para sostenerse de pie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agarra con pinza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dice dos palabras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Come con los dedos</li> <li>Reconoce cuando le nombran a papá y mamá y los busca</li> </ul>
<b>12 mes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Camina con apoyo</li> <li>Anda a su alrededor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Introduce objetos dentro de otros y hace torres con cubos grandes</li> <li>Sostiene un lápiz con intención</li> <li>Tira el mantel para coger juguetes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dice 3 palabras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Juego organizado, interactivo: interpreta mensajes acompaña con gestos</li> </ul>
<b>13 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se sostiene solo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>preferencia por una mano</li> <li>señala personas u objetos familiares si se le pide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Señala un ruido inesperado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se interesa por los juguetes de los otros niños</li> </ul>
<b>14 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Camina solo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Raya con un lápiz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconoce su nombre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usa la cuchara</li> </ul>
<b>15 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trepa la escalera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coloca un objeto sobre otro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dice 4 palabras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enseña los zapatos</li> </ul>
<b>16 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empuja un cochecito o un</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garabatea libremente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dice 6 palabras</li> <li>Sigue indicaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intenta voltear un tirador de una</li> </ul>

	juguete		sencillas	puerta
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Señala y nombra parte de su cuerpo</li> </ul>	
<b>17 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trepa un silla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tira del mantel para coger un juguete, busca estrategias para conseguir un fin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conversación, balbuceo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maneja bien un vaso</li> </ul>
<b>18 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anda hacia atrás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Juego constructivo con juguetes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disfruta con un libro con dibujos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se quita los zapatos y calcetines</li> </ul>
<b>19 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trepando sube y baja escaleras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Torre de 3 ladrillos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dice 9 palabras</li> <li>Señala las partes del cuerpo cuando se le pide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conoce una parte de sus cuerpo</li> </ul>
<b>20 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede saltar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Torre de 4 ladrillos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dice 12 palabras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control intestinal</li> </ul>
<b>21 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garabateo circular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frases de 2 palabras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control diurno de orina</li> </ul>
<b>22 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sube escaleras a pie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Torre de 5 o más ladrillos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escucha cuentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intenta explicar experiencias</li> </ul>
<b>23 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se siente por sí mismo en la mesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copia trazos verticales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dice 20 o más palabras</li> <li>Baila al ritmo de la música</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conoce 2 partes de su cuerpo</li> </ul>
<b>24 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sube y baja escaleras solo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copia trazos horizontales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frases de 3 palabras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conoce 4 partes de su cuerpo</li> </ul>
<b>30 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sube y pedalea un triciclo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Torre de 9 ladrillos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es la edad de todas las preguntas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Come bien por sí mismos.</li> </ul>

**Tabla 1:** Desarrollo psicomotor del niño por edad

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

**Fuente:**Hijano Francisco

### **Formas de evaluar el desarrollo del niño**

Para evaluar las formas de desarrollo la organización panamericana de la salud ha establecido los siguientes: Se aplicará el test de **Aldrich y Norval** para los 12 primeros meses de edad.



**Gráfico N° 8:** Test de Aldrich y Norval

**Fuente:** Ministerio de Salud pública

El test de **Barrera-Moncada** se aplica a niños de 12 meses a 60 meses de edad.



**Gráfico N° 9:** Test de Barrera. Moncada

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública

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 niño/a ubicado en la zona blanca superior requiere una valoración más completa, para lo cual se utilizará el test de Denver que ayuda a identificar retrasos del desarrollo en los infantes.

**Test de Denver:** dicho test se aplicara en caso de que se encuentre alguna alteración al aplicar los tés anteriores.

En el crecimiento y desarrollo del niño son muchos los factores que influyen en los procesos psicomotores y para medir dichos avances existen diversos test, siendo el test de Denver el más utilizado por los especialistas.

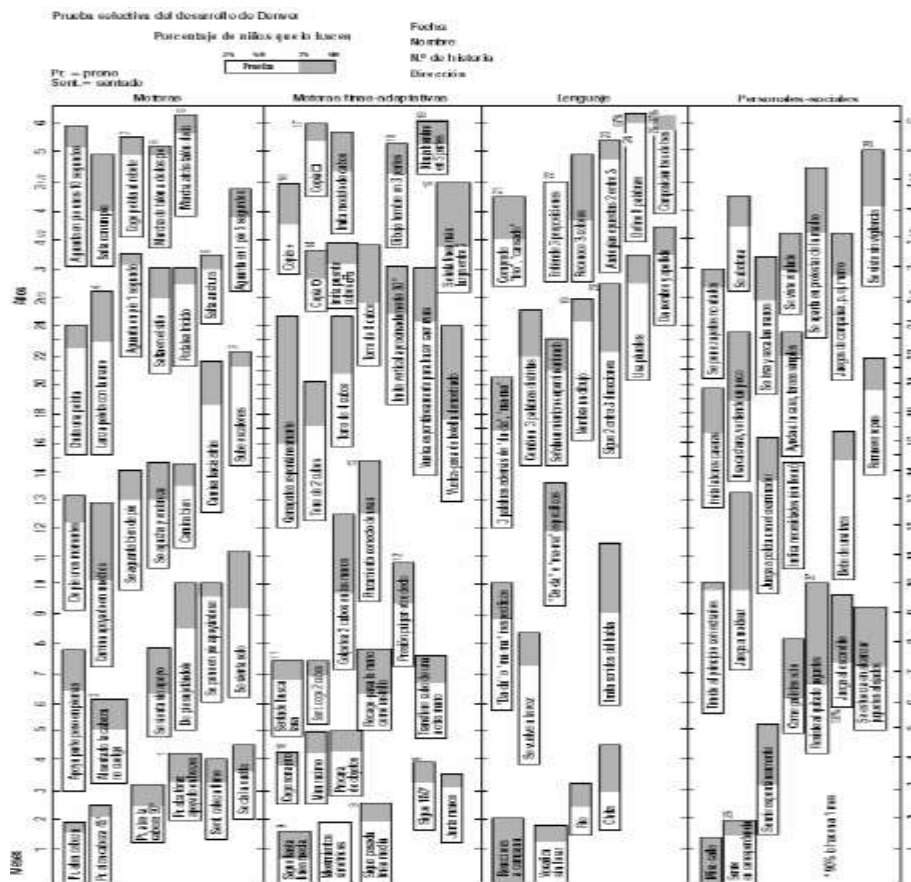
La finalidad del test de Denver no es medir la inteligencia sino que es usado como herramienta recolectora de datos, los cuales se observan, evalúan y en función de ellos saber si el desarrollo psicomotor del niño como lo es la adquisición progresiva de habilidades que está ligada directamente al desarrollo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

La función del test de Denver es preventiva ya que busca advertir futuros problemas en el desarrollo psicomotor del niño. Para ello, utiliza 4 categorías que evalúan cada una de ellas, una de las siguientes áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje, sociabilidad.

Las 4 categorías del análisis de este test son:

- 1. Desarrollo de las habilidades motoras,** tiene que ver con la coordinación corporal y los movimientos.
- 2. Desarrollo de habilidades motoras finas,** son las que tienen que ver con la coordinación, concentración y destrezas manuales.
- 3. Contacto con el entorno:** se evalúa el manejo de sociabilidad del niño en su entorno y con el medio que lo rodea.
- 4. Desarrollo del lenguaje:** se evalúa como ha sido el proceso de adquisición del lenguaje y su evolución. Cómo escucha y se comunica.

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



**Gráfico N° 10:** Test de Denver

**Fuente:** Ministerio de Salud Pública

**Evaluación según escala de Denver**

Calificación de los elementos: deben valorarse los elementos que cruzan la línea de edad, así como los que se encuentran adyacentes a ésta. Dichos elementos se marcan con P para aprobados, F para reprobados, NO para no valorado o R para aquéllos en que el niño se rehusó a cooperar o a interpretarlo.

Valoración de los elementos: cada elemento debe calificarse de la siguiente manera:

- a) Avanzado: El niño aprueba un elemento que se encuentra por completo a la derecha de la línea de edad.

b) Normal: El niño aprueba, reprueba o se rehúsa a elementos para los cuales la línea de edad cae entre los percentiles 25 y 75.

c) Precaución: el niño reprueba o se rehúsa a elementos para los cuales la línea de edad se encuentra entre los percentiles 75 y 90.

d) Retraso: el niño reprueba o se rehúsa a elementos que quedan por completo a la izquierda de la línea de edad".García, T; Control y pruebas de detección del desarrollo en lactantes y niños pequeños". Pediatrics (edesp), 2007; 52 (1): 41 – 45.

## **Nutrición**

El mejoramiento del estado nutricional de la población es uno de los principales objetivos de los programas nacionales de desarrollo. Por su parte, el estado nutricional de los niños menores de 5 años ha sido reconocido como un valioso indicador que refleja el estado de desarrollo de una población.

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

### **P. I. M. (PROGRAMA INTEGRADO DE MICRONUTRIENTES)**

Programa mediante el cual se busca erradicar o prevenir la ANEMIA por deficiencia de Hierro, así como los problemas de DEFICIENCIA DE VITAMINA "A", debido a que está demostrado que en el Ecuador los problemas por deficiencia de Micronutrientes, afectan principalmente a los niños menores de 3 años, madres lactantes y mujeres embarazadas. Por lo tanto se interviene mediante la implementación de las siguientes estrategias:

La fortificación en alimentos de consumo masivo, el mejoramiento y diversificación de la dieta con alimentos de bajo costo y de valor nutritivo adecuado



Suplementación con Hierro Prenatal e Infantil y Vitamina A de 100.000 y 200.000 unidades internacionales.

La información, educación y comunicación en procura de mejorar los hábitos alimentarios, habiéndose cumplido a la fecha cinco campañas de Suplementación con Vitamina A tanto de 100.000 UI para niños de 6 a 59 meses de edad con peso normal y 200.000 UI para niños con bajo peso, lográndose hasta la fecha erradicar la Avitaminosis A, encuadrándonos en un cuadro de hipovitaminosis. A subclínica, debiéndose continuar con entregas regulares a libre demanda a fin de completar con el requerimiento de cada niño, que es de 6 dosis hasta los 59 meses de edad.

La suplementación con Sulfato Ferroso tanto en tabletas para mujeres embarazadas en dosis de 2 tabletas bisemanales (miércoles y domingo) y, en gotas para niños desde los 6 meses hasta 1 año de vida con gotero de 2 ml bisemanal (miércoles y domingo).

**PANI** (El Programa Alimentario Nutricional Infantil).

El PANI tiene una estrategia que se basa en la lactancia materna, en los niños de hasta los seis meses de edad, luego dotarlo de una alimentación complementaria, con la entrega del micronutriente Chispaz, que contiene hierro, zinc y vitaminas. El Programa Aliméntate Ecuador, se lo puso en marcha con el fin de hacer frente a la mal nutrición y la inseguridad alimentaria desde un año y en seis meses de aplicación, se constata que ha reducido los niveles de desnutrición en porcentajes halagadores.

**Objetivos:**

- Contribuir al mejoramiento de las prácticas de alimentación saludable en niños y niñas menores de 5 años y sus familias, atendidos por los servicios de desarrollo infantil del INFA, desde una perspectiva de derechos.
- Promover la Alimentación saludable en unidades y familias

- Fortalecer las prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria.
- Mejor calidad alimentaria nutricional en las unidades de atención.
- Prevención y reducción de anemia en niños/as menores de 5 años que asisten a las unidades de atención del INFA.

### **Proyecto desnutrición cero**

- Atender a la mujer desde el 2do mes de embarazo, durante el parto, y durante los 3 primeros meses posparto.
- Brindar servicios de salud y nutrición al niño desde el momento que nace hasta el año de vida.
- Ampliar las coberturas de atención a mujeres embarazadas, y niños hasta el año de vida, a través de un incentivo monetario.

### **Indicadores**

- Reducir en un 10% la incidencia el bajo peso al nacer en la población objetivo
- Incrementar la concentración de controles de 2.3 a 6 en el 30% de los niños menores de un año, objeto del programa.
- Lograr que el 90% de los niños recién nacidos, hasta el año de edad, y cubiertos por el programa, no sufran deficiencia de anemia.
- Incrementar la concentración del control prenatal a 5 controles el 20% madres cubiertas por el programa
- Alcanzar al 40% de las madres y niños que asistan a los controles de salud reciban el incentivo monetario que asegure su participación activa en el programa de desnutrición cero.
- Aumentar el parto institucional en un 5% anual.

## **Estrategias:**

### **Nutrición materna**

- Registro del peso pre - concepcional o del 1er trimestre
- Vigilancia del peso en el embarazo
- Consejería nutricional para el embarazo
- Consejería en Lactancia Materna
- Suplementación con micronutrientes: hierro y ácido fólico
- Practicas integrales de la atención del parto: pinzamiento oportuno del cordón, apego precoz y lactancia inmediata

### **Nutrición infantil 0-28d; 28d -12 m**

Promoción y protección de la LME hasta los 6 meses y continuada hasta por lo menos los dos años de edad.

- Control del crecimiento
- Control de deficiencias específicas con Chis-paz.
- Bancos de Leche Humana
- Código comercialización de sucedáneos de la lactancia materna.
- Implementación de hospitales amigos
- Implementación de lactarios

### **Deficiencia de micronutrientes**

- Suplementación por 6 meses a madres durante el embarazo con hierro y ácido fólico y 3 meses, después del parto.
- Suplementación a niños con Chis-paz, de 6 a 59 meses.

## Esquema de inmunizaciones

La mayoría de las vacunas son medicamentos elaborados a partir de los agentes infecciosos, tratados e inactivados para eliminar su capacidad de producir enfermedad, manteniendo su capacidad de estimular la respuesta protectora del sistema inmunológico de la persona vacunada. Las vacunas se aplican a través de una inyección o por vía oral. En muchos casos son necesarias varias aplicaciones para conseguir que el efecto protector se mantenga durante años. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Segunda Generación. PAI II. BOLIVIA 2008 Cap.1-3.

## Tipos de vacunas

Hay diferentes tipos de vacunas:

- **Vacunas de virus o bacterias vivos atenuados:** Estas vacunas se fabrican con el mismo germen que provoca la enfermedad pero sometido a procesos especiales que lo debilitan, como sucede por ejemplo con la vacuna BCG.
- **Vacunas inactivas o purificadas:** Estas vacunas son elaboradas con microorganismos inactivados, es decir, muertos. Un ejemplo de este tipo sería la vacuna contra la Hepatitis A.
- **Vacunas conjugadas:** A estas vacunas se les agrega o conjuga una proteína con el objetivo de aumentar la respuesta inmunológica, con el fin de que resulten eficaces para niños menores de 2 años de edad. Un ejemplo de este tipo de vacunas es la Anti HaemophilusInfluenzae tipo B.
- **Vacunas recombinadas:** Son las que se producen mediante técnicas de ingeniería genética, como por ejemplo la Antihepatitis B.

## Características propias de la vacuna

Las vacunas son productos biológicos termolábiles que se deben conservar entre +2° C y +8°C. Temperaturas superiores pueden producir pérdida de actividad (con efecto acumulativo), inactivación (irreversible), no cambios de aspecto (necesidad de

controles). Ciertas vacunas son más sensibles que otras al calor. Cuando la vacuna pierde su eficacia, el hecho de colocarla en el refrigerador o en el congelador no le devuelve su eficacia.

A una temperatura dada, la velocidad a la que cae la potencia depende en gran medida de factores tales como la naturaleza de los estabilizantes, las cepas de las vacunas, la humedad residual y la técnica de liofilización. La pérdida de potencia es variable y depende de los umbrales de temperatura alcanzados así como el tiempo de permanencia de las vacunas expuestas a dichas temperaturas.

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES**  
**ESQUEMA DE VACUNACIÓN**

GRUPOS DE EDAD	VACUNA	TOTAL DOSIS	DOSIS RECOMENDADA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN					
					NUMERO DE DOSIS			REFUERZOS		
					1ra: Dosis	2da. Dosis	3ra. Dosis	1er. Refuerzo	2do. Refuerzo	3er. Refuerzo
ESCOLARES (5,6,10,11 Años)	DT ** 5 años 1ro. De básica	1	0,5 ml	I.M	Dosis Única					
	Varicela 6 años 2do. De básica	1	0,5 ml	S.C	Dosis Única					
	SRP 2 2do. De básica	1	0,5 ml	S.C	Dosis Única					
	Varicela 10 años 6to. De básica	1	0,5 ml	S.C	Dosis Única					
	HB 11 Años. 7mo. De básica	3	0,5 ml	I.M	1er. Contacto	al mes de la 1ra.	6 meses de la 1ra.			
Mujeres en edad fértil (MEF)	dt Embarazadas	5	0,5 ml	I.M	1er. Contacto	al mes de la 1ra.	6 meses de la 2da. Dosis	1 año despues de la 3ra. Dosis	Cada 10 años.	
	dt no embarazadas									
Adultos Mayores de 65 años	Influenza Estacional	1	0,5 ml	I.M	Dosis Única	Solo Campañas				
	Neumococo Polisacárido	1	0,5 ml	I.M	1er. Contacto			Cada 5 años		
SR		1	0,5 ml	S.C	Dosis única en campañas de seguimiento y para control de brotes.					

**Tabla 2:** Esquema de Vacunación

**Fuente:** Ministerio de Salud

## **Inmunizaciones aplicadas a los niños:**

- **Vacuna Antituberculosa / Vacuna BCG**

La vacuna BCG es una vacuna de uso extendido a nivel mundial y su utilidad es fundamental para prevenir complicaciones graves que pueden surgir en una Tuberculosis. Se recomienda su primera aplicación dentro del primer mes de vida del niño, preferentemente antes del alta de la maternidad.

Se indica en forma intradérmica en la región del músculo deltoides del brazo derecho. La dosis es de 0,1 ml (en todas las edades). En la zona de aplicación se espera la aparición de un nódulo entre los 14 a 90 días de su indicación. En caso que la aparición de dicho nódulo sea antes de los 10 días de la aplicación se considera nódulo precoz y necesita de consulta médica pediátrica para investigar si el niño no presenta la enfermedad tuberculosa.

- **Difteria, tétanos y tos ferina (DTPa)**

Estas tres enfermedades son producidas por bacterias que se contagian mediante las secreciones de las vías respiratorias de las personas infectadas en el caso de la difteria y la tos ferina y por heridas infectadas en el caso del tétanos. La difteria produce unas membranas en la garganta que dan graves problemas para respirar y puede afectar también al corazón, siendo mortal en algunos casos. La tos ferina produce una tos muy intensa y, en algunos casos, alteraciones neurológicas.

La vacuna DTPa es muy eficaz y segura para prevenir estas enfermedades. Se vacuna a los niños de 2,4, y 6 meses y se les pone dosis de recuerdo a los 18 meses y 5-6 años. Con estas dosis la persona no está protegida para toda la vida, por lo que a los 14 años se pone la última dosis de difteria y tétanos y se debe poner cada 10 años durante la vida adulta. Los efectos secundarios más frecuentes

son el calor, enrojecimiento y dolor en la zona del pinchazo. En casos muy aislados puede originar convulsiones, llanto inconsolable y fiebre.

Las consecuencias de no vacunar al niño por miedo a los efectos secundarios suponen asumir un riesgo muy alto de que se enfermen por estas infecciones y supone efectos indeseables más graves (incluso mortales) que los que suceden con la vacunación.

- **Polio**

El virus de la polio (poliomielitis) causa parálisis que puede incapacitar permanentemente al individuo o causarle la muerte. Este virus se transmite a través de las deposiciones de las personas infectadas. Como secuelas pueden originar parálisis de las extremidades y problemas respiratorios. En los países desarrollados la poliomielitis está erradicada.

- **Hepatitis B**

La hepatitis es una infección e inflamación del hígado causada por el virus de la hepatitis B. La infección aguda del virus causa pérdida del apetito, dolor de barriga, ictericia y vómitos. El mayor problema de la hepatitis no es la fase aguda sino los problemas que pueden producirse con el tiempo, cuando se produce una hepatitis crónica que puede causar cirrosis, cáncer de hígado y muerte. El contagio se produce a través del contacto con sangre y otros líquidos corporales de una persona infectada. En el caso de los niños la transmisión puede ser durante el embarazo.

- **Haemophilus influenzae (Hib)**

Es una bacteria que produce infecciones graves en el niño menor de 5 años como epiglotitis, otitis, meningitis o neumonía. La bacteria entra por la boca e



infecta al niño. Las infecciones que produce pueden dejar graves secuelas en el niño.

La vacunación consiste en cuatro dosis: 2,4 y 6 meses y una dosis de recuerdo a los 18 meses. Se administra conjuntamente con las vacunas: difteria, tétanos, tos ferina y polio. También se puede dar junto a la vacuna de la Hepatitis B y la combinación de estas seis vacunas, las mismas que forman lo que se llaman las vacunas hexavalentes. Este tipo de vacunas son tan eficaces y seguras como ponerlas por separado, con la ventaja de que tan solo es necesario un pinchazo.

- **Meningococo Grupo C.**

El meningococo es una bacteria que puede causar infecciones muy graves en niños y adultos: meningitis y sepsis. La bacteria entra por la boca o la nariz y de ahí infecta al individuo. La vacunación es muy segura y eficaz. La vacuna es una vacuna conjugada (MCC) que se compone de una parte del meningococo C. Se deben poner tres dosis: a los 2,4 y 6 meses. La vacuna se administra combinada con otras vacunas.

- **Sarampión, Rubeola y Parotiditis: vacuna Triple Vírica**

Son infecciones víricas que afectan principalmente a la población infantil. Las tres se contagian por vía aérea con secreciones que se expulsan al toser o hablar. El sarampión produce un cuadro febril y un exantema por todo el cuerpo y tos. En ocasiones se puede complicar produciendo neumonía y encefalitis (infección del sistema nervioso central).

La rubeola produce un cuadro leve de fiebre y exantema y se puede acompañar de adenopatías (ganglios) en el cuello. La gravedad de esta enfermedad radica en que si se contagia una mujer embarazada el feto puede padecer graves malformaciones. La parotiditis inflama las parótidas (glándulas que producen la saliva) y causa un dolor muy intenso. Puede complicarse con una meningitis. La

vacuna contra estos tres virus es la Triple Vírica. La primera dosis se pone entre los 12 y 15 meses y la segunda entre los 3 y 6 años.

- **Neumococo**

Es una bacteria que puede producir neumonía, meningitis, otitis o sepsis, sobretodo en menores de 5 años. El neumococo se encuentra habitualmente en la nariz y garganta de niños y adultos sanos y por causa desconocida infecta. Es una vacuna conjugada de varios serotipos de neumococo (los más agresivos) y se debe administrar a los 2,4 y 6 meses y una cuarta dosis de recuerdo entre los 18 y 24 meses.

- **Varicela**

Es una infección producida por el virus varicela-zóster y el 90% de los niños la pasan antes de los 15 años. Normalmente es una enfermedad leve aunque en ocasiones se puede complicar originando infección del sistema nervioso central y neumonía. La varicela consiste en la aparición de vesículas con prurito y por toda la superficie corporal. La vacuna se administra entre los 12 y 15 meses. Si se vacuna a los mayores de 13 años son necesarias dos dosis separadas por 6-8 semanas.

## **Frecuencia de controles**

### **Del recién nacido**

Se sugiere un control neonatal lo más precoz posible luego del alta, para detectar rápidamente problemas de lactancia, entre otros. Si la madre no acude al primer control luego del alta, un miembro del equipo de salud deberá ir a su domicilio.

Si bien la norma exige al menos 2 controles durante el primer mes de vida, importa señalar la relevancia del criterio técnico particular de modo que se puede ayudar al adecuado vínculo de la madre con su niño; el éxito está en la lactancia materna exclusiva y el esfuerzo de la autoestima materna.

### **Desde el primer mes hasta el año de vida**

La frecuencia de controles es mensual en el primer semestre, pudiendo espaciarse de forma bimensual en el segundo semestre en población de bajo riesgo, manteniendo la periodicidad mensual en población de riesgo bio- psico-social.

### **Desde el año hasta los 2 años**

La frecuencia de controles recomendada en el segundo año de vida para el niño sano es trimestral. La misma podrá variar en función de los riesgos presentados.

## **2.4.2.3 Alteraciones en el crecimiento y desarrollo psicomotriz**

### **Talla baja**

El retraso de crecimiento es un problema médico frecuente, representa alrededor del 50% de las consultas endocrinológicas de niños y adolescentes. Sin embargo, sólo un pequeño porcentaje de éstos presenta una enfermedad al ser evaluados en el contexto familiar o de su grupo étnico. Se considera que un paciente tiene talla baja cuando su relación talla/edad está dos desviaciones estándar (bajo el promedio poblacional esperado para su edad y sexo, o por debajo del percentil tres. El 80% de una población de niños cuya talla está entre -2 y -3 desviaciones estándar que corresponde a una variante normal (talla baja familiar o constitucional).

### **Talla baja de inicio prenatal**

Se considera retraso de crecimiento intrauterino cuando el peso o la talla de nacimiento, está bajo el percentil 10 para su edad gestacional. Las causas son múltiples, pueden ser de origen materno, útero-placentarias, fetales y en un alto porcentaje desconocidas (idiopático).

### **Talla baja de inicio postnatal.**

Dentro de los retrasos de crecimiento postnatal con segmentos corporales proporcionados están las variantes normales, las enfermedades sistémicas no endocrinas y las alteraciones hormonales, siendo las dos primeras los cuadros más frecuentes.

### **Desnutrición**

La falta de nutrientes también puede ser provocada por restricción calórica voluntaria, por cuadros psiquiátricos (anorexia nervosa) o por anorexia secundaria a enfermedades crónicas. La desnutrición también puede ser secundaria a pérdidas exageradas, como ocurre en los síndromes de mal absorción, o bien a un gasto metabólico muy alto no suficientemente cubierto con una alimentación habitual (cardiopatías, cuadros infecciosos crónicos).

### **Trastornos del desarrollo psicomotor**

Reflejan siempre alteraciones en las que se ven afectados varios aspectos del desarrollo del niño, el trastorno puede ir repercutiendo negativamente en otras áreas del niño, agravando y comprometiendo su desarrollo. Los trastornos psicomotrices están muy ligados al mundo afectivo de la persona.

**Debilidad Motriz.-** Siempre se presentan tres características: torpeza de movimientos (movimientos pobres y dificultad en su realización), paratonía:

relajación y contracción muscular voluntaria. Este rasgo es el más característico de este trastorno sincinesias: movimiento muscular involuntario. Este trastorno afecta a diferentes áreas del niño, al afectivo, la sensorial, al psíquico y al motor. Será muy importante realizar un buen diagnóstico que discrimine si el niño sufre una "debilidad motriz" o se trata de otro trastorno psicomotor, para enfocar correctamente el tratamiento o reeducación.

**Inestabilidad Motriz.-** El niño es incapaz de inhibir sus movimientos, así como la emotividad que va ligada a éstos; es incapaz de mantener un esfuerzo de forma constante; se muestra muy disperso. Suele predominar la hiperactividad y las alteraciones en los movimientos de coordinación motriz. Hay una constante agitación motriz. Suele tratarse de un niño problemático y mal adaptado escolarmente; presenta problemas de atención, de memoria y comprensión, así como trastornos perceptivos y de lenguaje; el propio fracaso escolar aumenta su desinterés por los aprendizajes.

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

#### **2.4.2.4 Crecimiento y desarrollo del niño**

La salud pública en el Ecuador, es la disciplina encargada de la protección de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concientización, la educación y la investigación. Para esto, cuenta con la participación de especialistas en medicina, biología, enfermería, sociología, estadística, veterinaria, otras ciencias y áreas.

Ecuador es uno de los países de la región con la mayor igualdad en materia de salud y hoy por hoy con un impacto importante en todos los estratos sociales

gracias a políticas de salud reestructuradas. Sin embargo aún se generan dudas sobre los resultados de la fuente de inversión en materia de Salud. El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación.

Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

**Según la Dirección Nacional de Nutrición**, mantiene en todas las Direcciones Provinciales del País, varios programas encaminados a la PREVENCIÓN, MANTENIMIENTO y RECUPERACIÓN, del Estado Nutricional de los Grupos, más vulnerables, tales como: MUJERES EMBARAZADAS, MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA y, NIÑOS (as) de 6 a 36 meses de edad.

## **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 Hospital Básico Baños del MSP de la Provincia de Tungurahua, periodo Junio 23 a Noviembre 23 del 2012”.

## **2.6.- Señalamiento de variables**

**Variable Independiente:** Madres Adolescentes

**Variable Dependiente:** Crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.

**Término de Relación:** Relación

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

#### **3.1. Enfoque.**

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

#### **3.2. Modalidad básica de la investigación.**

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

Al mismo tiempo se profundizará en el aspecto teórico de esta problemática basándose en criterios científicos de varios autores al igual que se revisarán estándares utilizados por el MSP para valorar a los niños. Para la realización de esta investigación se revisarán los programas y políticas de salud dirigidos hacia esta población y que están siendo utilizados en las áreas de trabajo.

### **3.3. Nivel o tipo de investigación.**

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

Este tipo de investigación permite evaluar las variaciones de comportamiento de una variable en función de la otra. Además la investigación será de tipo transversal; puesto que se estudiarán a los hijos de madres adolescentes nacidos desde Junio 2012 a Diciembre del 2012, período en el cual los niños tendrán edades comprendidas entre 0 meses a 2 años, 6 meses de edad.

### **3.4 Población y muestra.**

#### **3.4.1. Población**

El universo de trabajo de ésta investigación estará constituido por un ginecólogo y dos enfermeras; además dispone de 1.000 HCL, diariamente el Hospital Básico Baños atiende alrededor de 60 usuarios, dentro de los cuales se identifican 38 casos de madres adolescentes.

Por el número de componentes de la población se considera no extraer muestra alguna y el trabajo de campo se realiza con todo el universo de investigación.

#### **3.4.2. Muestra.**

La muestra es limitada, existen 38 casos y la selección se ha realizado en base al criterio del investigador, además se ha escogido a la muestra no probabilística (regulado y por decisión de expertos).



### 3.5. Operacionalización de Variables.

#### 3.5.1.-Variable independiente: Madres Adolescentes.

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Se llama madre adolescente a una mujer quien ha tenido un hijo entre los 10 a 19 años de edad.	Madres adolescentes	Maternidad	<p>Incidencia de madres adolescentes por grupo etáreo: 10 – 13, 14-16, 17-19.</p> <p>Inicio de menarquía por grupo etáreo: 10 – 13, 14-16, 17-19.</p> <p>Edad de inicio de relaciones sexuales por grupo etáreo: 10 – 13, 14-16, 17-19.</p> <p>Estado civil: soltera, casada, divorciada, viuda, unión libre.</p> <p>Grado de instrucción: nivel básico, bachillerato, nivel superior.</p> <p>Número de gestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 Gesta</li> <li>• 2 Gestas</li> <li>• 3Gestas</li> </ul> <p>Número de controles prenatales que se realizó.</p> <p>Complicaciones en el embarazo: Anemia, IVU, Vaginosis bacteriana.</p> <p>Edad de gestación al primer control: 1er, 2do o 3er trimestre.</p> <p>Tipo de parto: céfalo vaginal o cesárea.</p>	<p>Ficha de observación</p> <p>Historias clínicas</p> <p>Carnet de vacunación</p>

**Tabla 3:** Variable Independiente

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

**3.5.2.- Variable Dependiente: Crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años  
6 meses de edad.**

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Proceso continuo que incluye cambios emocionales, de personalidad, conducta, de pensar y de lenguaje, así mismo en el desarrollo psicomotriz.	Procesos continuos	Controles médicos  Peso  Talla  Perímetros:  Cefálico.	Percentiles del niño según P/E: > 97 Percentil, entre 90-97 Percentil, normal (10-90), entre 3-10 percentil, < 3.  Percentil del niño según T/E: > 97 Percentil, entre 90-97 Percentil, normal (10-90), entre 3-10 percentil, < 3.  Percentil del niño según PC/E: > 97 Percentil o entre 90-97, normal (10-90), entre 3-10 percentil, < 3  Esquema de vacunación: Acorde a la edad o Retrasado  Desarrollo del Test de Denver: Motor grueso, Motor fino adaptado, Lenguaje, Personal-social, Sin alteraciones, niños no evaluados.	Ficha de observación  Historias clínicas  Carnet de vacunación
	Cambios físicos	Desarrollo en los 12 primeros meses	Desarrollo del test de Aldrish y Norval	
	Desarrollo psicomotriz	Desarrollo desde los 13 meses a 60 meses.	Evaluados  No evaluados  Desarrollo del test de Barrera-Moncada.  Evaluados  No evaluados	

**Tabla 4:** Variable Dependiente

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### 3.6 Plan de recolección de la información.

El plan recolección de información permitirá alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar la hipótesis que se plantea sobre la influencia de las madres adolescentes en el crecimiento y desarrollo de los niños en el Hospital Básico Baños, en el periodo Junio – Diciembre del 2012, a través de técnicas como la observación y sus instrumentos como las historias clínicas.

<b>Preguntas Directrices</b>	<b>Información</b>
1. ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de investigación y comprobar la hipótesis.
2. ¿De qué persona u objeto?	Madres adolescentes del Hospital Básico Baños.
3. ¿Sobre qué aspectos?	Embarazo en adolescentes y crecimiento y desarrollo de sus niños.
4. ¿Quién – Quiénes?	Mayra Mercedes Álvarez Araujo
5. ¿Cuándo?	Julio 23 a Diciembre 23 del 2012.
6. ¿Dónde?	En el Hospital Básico Baños
7. ¿Cuántas veces?	1
8. ¿Qué técnicas de recolección se utilizan?	Observación y entrevista.
9. ¿Con qué?	Cuestionario, esferos, entre otros
10. ¿En qué situación?	En un ambiente favorable.

**Tabla 5:** Plan de recolección de Información

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### **3.7 Técnicas e instrumentos.**

La observación permitirá identificar el aspecto y salud general del infante, al igual que las condiciones ambientales que rodean al niño y a la madre. Como instrumento se utilizarán registros específicos como son las historias clínicas y el carnet de vacunación de los infantes a fin de obtener información sobre medidas antropométricas y evolución de su crecimiento y desarrollo.

La encuesta utilizará como instrumento un cuestionario que permitirá recolectar información sobre el embarazo, factores protectores, factores agravantes, patologías pre y postnatales, lactancia, alimentación complementaria, vacunas, entre otros. Para valorar el desarrollo se utilizarán los test de Denver, Barrera Moncada, Aldrish y Norval,

### **3.8.- Procesamiento de la información e interpretación de resultados**

Luego de haber realizado la observación de las historias clínicas de las madres adolescentes y recopilado datos fundamentales sobre las mismas y sus hijos a través del ginecólogo y el personal de enfermería encargado de la atención materno infantil del Hospital Básico Baños; se realizará la estadística descriptiva, se tabularán datos obteniendo resultados numéricos a través de la representación en gráficos de los diferentes aspectos que se investigará, para de este modo inferir las conclusiones que llevan a verificar las hipótesis planteadas.

## **CAPITULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

#### **4.1. Análisis de aspectos cuantitativo**

#### **4.2 Interpretación de Resultados**

Realizada la recolección y tabulación de la información se procede a exponer los resultados a través del procedimiento tabular y estadístico, analizando e interpretando la información recolectada, marco teórico, metodología; estableciendo las conclusiones preliminares que será posteriormente sintetizada y jerarquizada en el (capítulo V) de las conclusiones y recomendaciones.

Las conclusiones obtenidas serán la pauta para el diseño de la propuesta. Se realiza: Análisis e interpretación de cuestionario realizado en base a la revisión de historias clínicas.

## INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES POR GRUPO ETÁREO

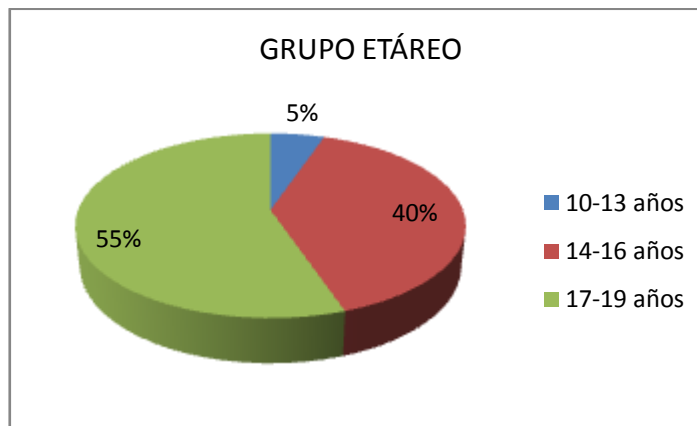
TABLA # 1

Grupo Etáreo	Madres Adolescentes	Porcentaje
10-13 años	2	5%
14-16 años	15	40%
17-19 años	21	55%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Tabla 6:** Incidencia de Madres Adolescentes por Grupo Etáreo

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### PRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 11:** Incidencia de Madres Adolescentes por Grupo Etáreo

**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la primera pregunta, encontramos que de las 38 madres adolescentes, 2 de ellas fueron madres entre los 10-13 años que representa el 5%, 15 de ellas entre los 14-16 años que representa el 40% y 21 fueron madres entre los 17 a 19 años y representan el 55%.

### INTERPRETACIÓN

Con estas respuestas muy claramente se puede determinar que la mayoría son Madres Adolescentes entre los 17 a 19 años de edad.

## MENARQUÍA

TABLA # 2

Grupo Etáreo	Número	Porcentaje
10-13 años	18	47%
14-16 años	20	53%
17-19 años	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

Tabla 7: Menarquia

Elaborado por: Mayra Alvarez

### PRESENTACIÓN GRÁFICA

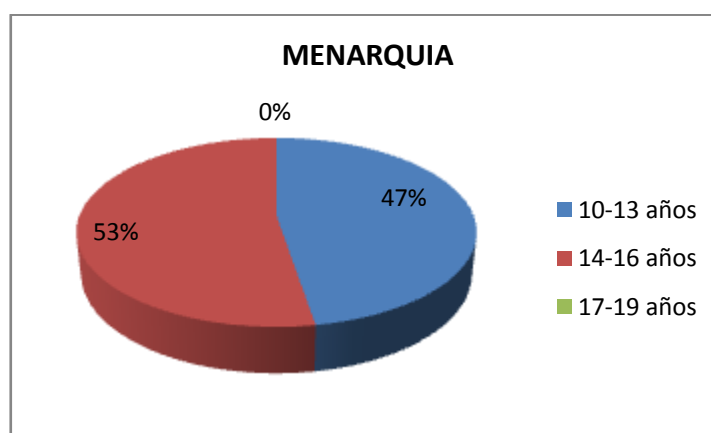


Gráfico N° 12: Menarquia

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Básico Baños

Elaborado por: Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la segunda pregunta, encontramos que de las 38 Madres Adolescentes 18 de ellas tuvieron su menarquía entre los 10 a 13 años que representa el 47% y 20 de ellas entre los 14 a 16 años que representa el 53%.

### INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas se puede apreciar que la menarquía en las Madres Adolescentes aparece entre los 10 a 13 años de edad.

## EDAD DEL INICIO DE RELACIONES SEXUALES

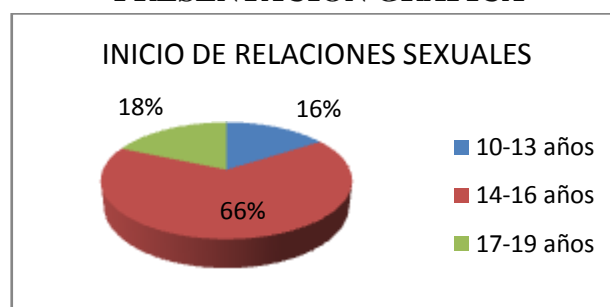
TABLA # 3

Grupo Etáreo	Número	Porcentaje
10-13 años	6	16%
14-16 años	25	66%
17-19 años	7	18%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Tabla 8:** Edad del Inicio de Relaciones Sexuales

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### PRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 13:** Inicio de las Relaciones Sexuales

**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la tercera pregunta, de las 38 Madres Adolescentes 6 de ellas iniciaron las relaciones sexuales entre los 10-13 años que representa el 16%, 25 de ellas entre los 14 a 16 años que es el 66% y 7 entre los 17-19 años y representa el 18%,

### INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas las Madres Adolescentes iniciaron relaciones sexuales precoces entre los 14 a 16 años de edad.



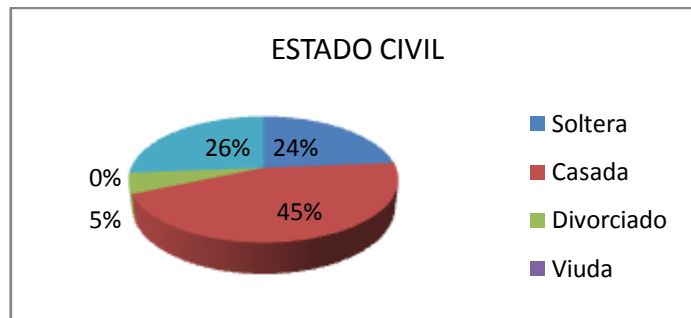
## ESTADO CIVIL

TABLA # 4

Categoría	Número	Porcentaje
Soltera	9	24%
Casada	17	45%
Divorciado	2	5%
Viuda	0	0%
Unión Libre	10	26%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Tabla 9:** Estado Civil  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### PRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 14:** Estado Civil  
**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la cuarta pregunta, encontramos de las 38 Madres Adolescentes 9 de ellas son casadas que representa el 24%, 17 de ellas son madres solteras que equivale al 45%, 2 son divorciadas y representan el 5% y 10 viven en unión libre y representan el 26%.

### INTERPRETACIÓN

Con la investigación realizada las Madres Adolescentes según el estado civil se encuentran casadas.

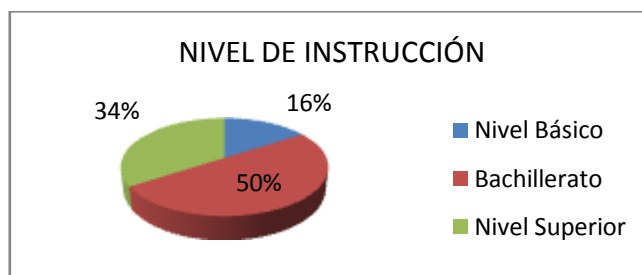
## GRADO DE INSTRUCCIÓN

**TABLA # 5**

Categoría	Número	Porcentaje
Nivel Básico	6	16%
Bachillerato	19	50%
Nivel Superior	13	34%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Tabla 10:** Grado de construcción  
**Elaborado por:** Mayra Álvarez

### PRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 15:** Nivel de Instrucción  
**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños  
**Elaborado por:** Mayra Álvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la quinta pregunta, encontramos que de las 38 Madres Adolescentes, 6 de ellas solo obtuvo el nivel básico de educación que es el 16%, mientras que 19 de ellas tuvieron el Bachillerato que representa el 50% y 13 se encuentran en nivel superior y representan el 34%.

### INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas se puede apreciar que las Madres Adolescentes se encuentran en el Bachillerato según el nivel de educación.

## NUMERO DE GESTAS

**TABLA # 6**

Gestas	Número	Porcentaje
1 Gesta	31	82%
2 Gestas	7	18%
3 Gestas	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**Tabla 11:** Número de Gestas  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### PRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 16:** Número de Gestas  
**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la sexta pregunta, encontramos que de las 38 Madres Adolescentes, 31 de ellas han tenido 1 sola gesta que representa el 82% y 7 de ellas 2 gestas que equivale al 18%.

### INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas se puede apreciar que las Madres Adolescentes tuvieron una sola gesta.

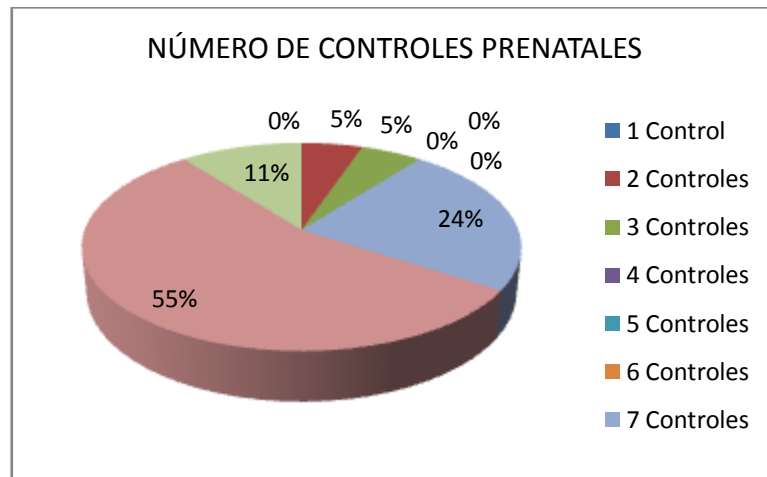
## CONTROL PRENATAL

TABLA # 7

Control Prenatal	Número	Porcentaje
1 Control	0	0%
2 Controles	2	5%
3 Controles	2	5%
4 Controles	0	0%
5 Controles	0	0%
6 Controles	0	0%
7 Controles	9	24%
8 Controles	21	55%
9 Controles	4	11%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Tabla 12:** Control Prenatal  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### PRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 17:** Control Prenatal  
**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

## **ANÁLISIS:**

En el cuadro y gráfico con relación a la séptima pregunta, encontramos que de las 38 Madres Adolescentes 2 de ellas han tenido 2 controles prenatales que representa el 5%, 2 de ellas 3 controles que equivale al 5%, 7 de ellas 4 controles que es el 24%, 21 de ellas 8 controles que es el 55% y 4 de ellas tuvieron 9 controles y representan el 11%.

## **INTERPRETACIÓN**

Con estas respuestas muy claramente se puede determinar que las Madres Adolescentes tan solo tienen ocho controles prenatales durante su periodo de gestación.

## COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

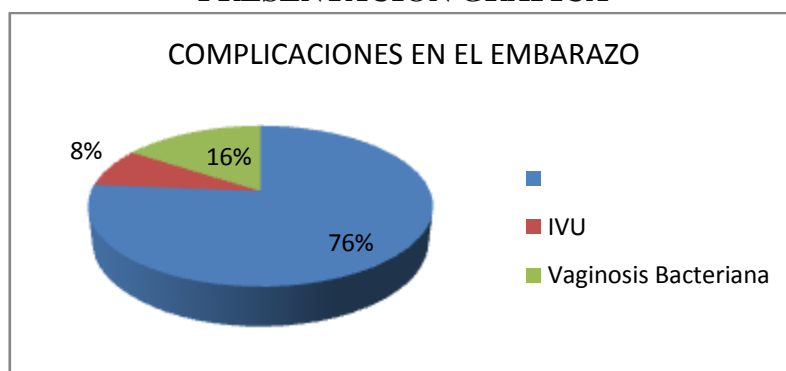
TABLA # 8

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Anemia	29	76%
IVU	3	8%
Vaginosis Bacteriana	6	16%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Tabla 13:** Complicaciones En el Embarazo

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### PRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 18:** Complicaciones en el Embarazo

**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños.

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la octava pregunta, encontramos que de las 38 Madres Adolescentes, 29 de ellas han presentado Anemia que es el 76%, mientras que 3 de ellas IVU que representa el 8% y 6 de ellas Vaginosis Bacteriana que equivale al 16%.

### INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas se puede apreciar que en la mayoría de las Madres Adolescentes presentan complicación en el embarazo por anemia.

## EDAD GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL

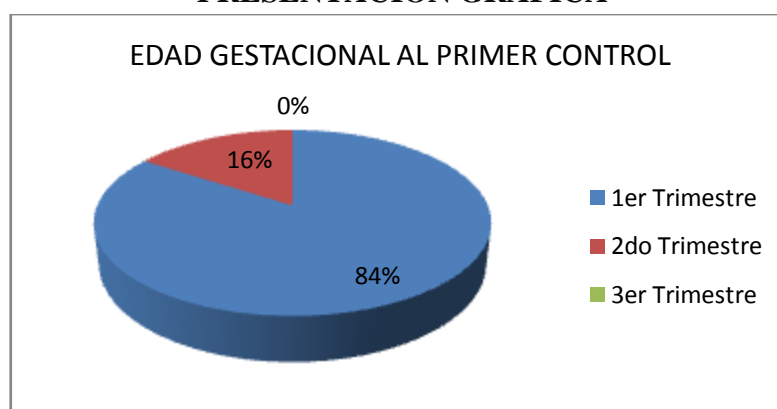
TABLA # 9

Periodo	Número	Porcentaje
1er Trimestre	32	84%
2do Trimestre	6	16%
3er Trimestre	0	0%
TOTAL	38	100%

**Tabla 14:** Edad Gestacional al Primer Control

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### PRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 19:** Edad Gestacional al Primer Control

**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la novena pregunta, encontramos que de las 38 Madres Adolescentes, 32 de ellas realizaron el primer control dentro del primer trimestre que es el 84% y 6 de ellas en el segundo trimestres que representa el 16%.

### INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas se puede apreciar que las Madres Adolescentes durante el primer trimestre de embarazo se realizan su primer control.

## TIPO DE PARTO

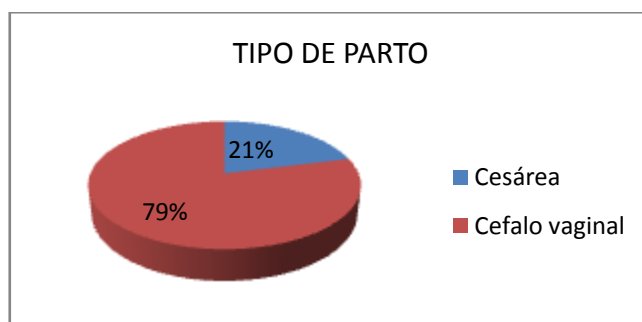
TABLA # 9

Tipo de Parto	Número	Porcentaje
Parto Céfalo Vaginal	30	97%
Cesárea	8	21%
TOTAL	38	100%

**Tabla 15:** Tipo de Parto

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

## PRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 20:** Tipo de Parto

**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

## ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la décima pregunta, encontramos que de las 38 Madres Adolescentes, 30 de ellas tuvieron el parto céfalo vaginal que representa el 79%, y 8 de ellas por cesárea que es el 21%.

## INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas se aprecia que las Madres Adolescentes en cuanto al término de su embarazo fue céfalo vaginal.



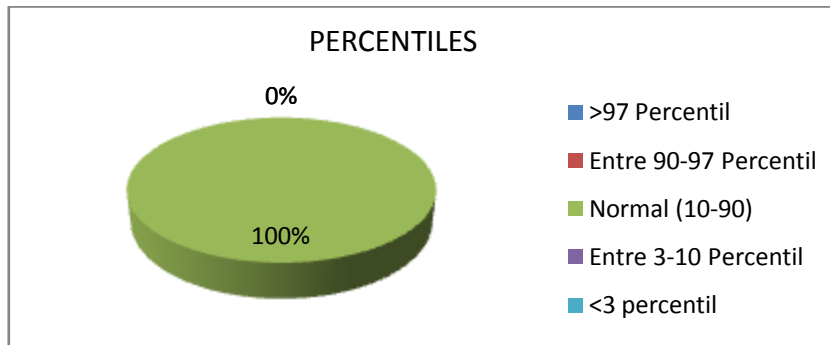
## NIÑOS - PERCENTILES SEGÚN ÍNDICE P/E

TABLA # 10

Percentil	Número	Porcentaje
>97 Percentil	0	0%
Entre 90-97 Percentil	0	0%
Normal (10-90)	38	100%
Entre 3-10 Percentil	0	0%
<3 percentil	0	0%
<b>TOTAL</b>	38	100%

**Tabla 16:** Niños Percentiles  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### PRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 21:** Percentiles  
**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la primera pregunta, encontramos que de los 38 niños de Madres Adolescentes los 38 se encuentran en el índice de peso/edad en el percentil normal que representa el 100%.

### INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas a través de la revisión de las historias clínicas se evidencia que los 38 niños; todos se encuentran dentro del percentil normal en cuanto al peso/edad.

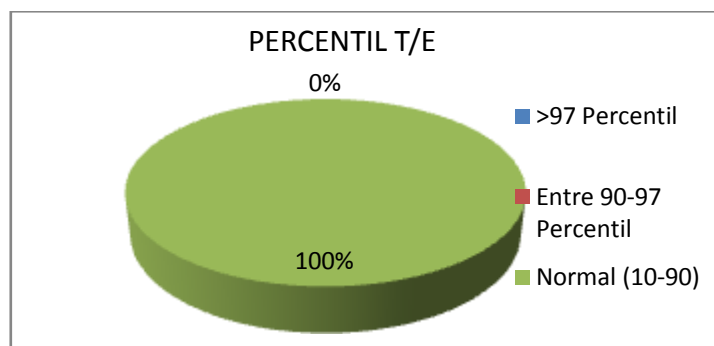
## PERCENTILES SEGÚN ÍNDICE T/E

TABLA # 11

Percentil	Número	Porcentaje
>97 Percentil	0	0%
Entre 90-97 Percentil	0	0%
Normal (10-90)	38	100%
Entre 3-10 Percentil	0	0%
<3 percentil	0	0%
TOTAL	38	100%

**Tabla 17:** Percentiles Índice T/E  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### PRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 22:** Percentil t/e  
**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la primera pregunta, encontramos que de los 38 niños de Madres Adolescentes los 38 se encuentran en el índice de talla/edad en el percentil normal que representa el 100%.

### INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas a través de la revisión de las historias clínicas se evidencia que los 38 niños todos se encuentran dentro del percentil normal en cuanto a la talla/edad.

## PERCENTILES SEGÚN ÍNDICE PC/E

TABLA # 12

Percentil	Número	Porcentaje
>97 Percentil	0	0%
Entre 90-97 Percentil	0	0%
Normal (10-90)	38	100%
Entre 3-10 Percentil	0	0%
<3 percentil	0	0%
<b>TOTAL</b>	38	100%

Tabla 18: Percentiles Según índice PC/E

Elaborado por: Mayra Alvarez

### PRESENTACIÓN GRÁFICA

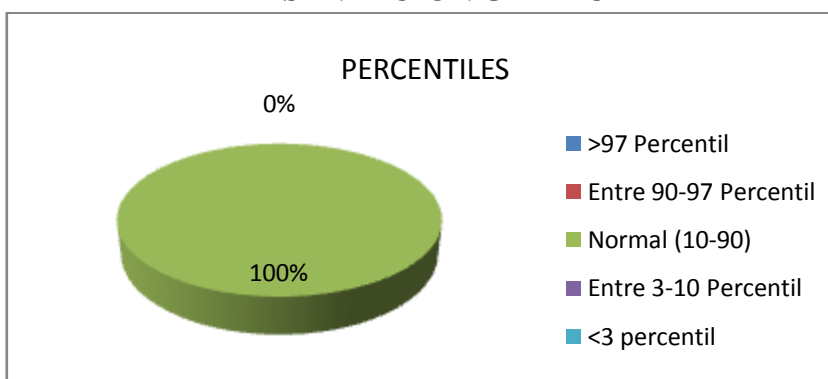


Gráfico N° 23: Percentiles

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Básico Baño

Elaborado por: Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la primera pregunta, encontramos que de los 38 niños de Madres Adolescentes, los 38 se encuentran en el índice de perímetro cefálico/edad en el percentil normal que representa el 100%.

### INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas a través de la revisión de las historias clínicas se evidencia que los 38 niños todos se encuentran dentro del percentil normal en cuanto al perímetro cefálico/edad.

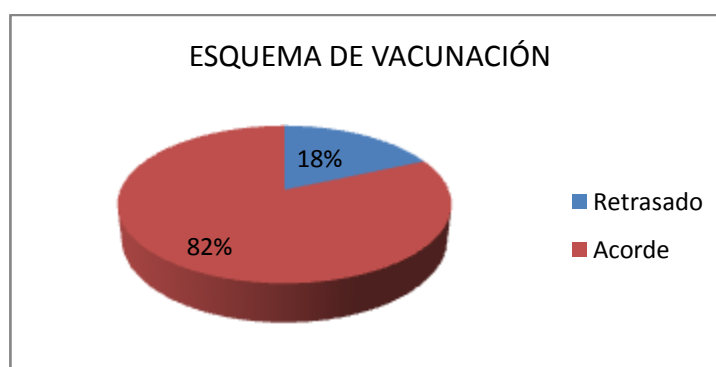
## ESQUEMA DE VACUNACIÓN

TABLA # 13

Esquema de vacunación	Número	Porcentaje
Acorde a la edad	31	82%
Retrasado a la edad	7	18%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Tabla 19:** Tabla de Vacunación  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### PRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 24:** Esquema de Vacunación  
**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la cuarta pregunta, encontramos que de los 38 niños, hijos de Madres Adolescentes 31 cumplen con el esquema de vacunación y representan el 82%, mientras que 7 niños tienen retrasado el esquema de vacunación y representa el 18%.

### INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas se puede apreciar que las Madres Adolescentes cumplen el esquema de vacunación acorde a la edad de su hijo satisfactoriamente.

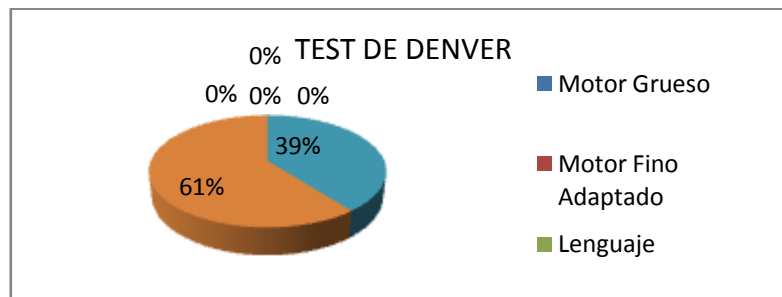
## DESARROLLO DEL TEST DE DENVER

TABLA # 14

Desarrollo Alteraciones	Número	Porcentaje
Motor Grueso	0	0%
Motor Fino Adaptado	0	0%
Lenguaje	0	0%
Personal Social	0	0%
Sin Alteraciones	15	%
Niños no Evaluados	23	%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Tabla 20:** Desarrollo del Test de Denver  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### REPRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 25:** Test de Denver  
**Fuente:** Historias Clínicas del hospital Básico Baños  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la quinta pregunta, encontramos que de los 38 niños de Madres Adolescentes realizados el Test de Denver 15 de ellos no se encuentran alteraciones que representa el 39% y 23 de ellos no son evaluados que es el 61%.

### INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas se manifiesta que en la mayoría los niños no son evaluados a través del Test de Denver.

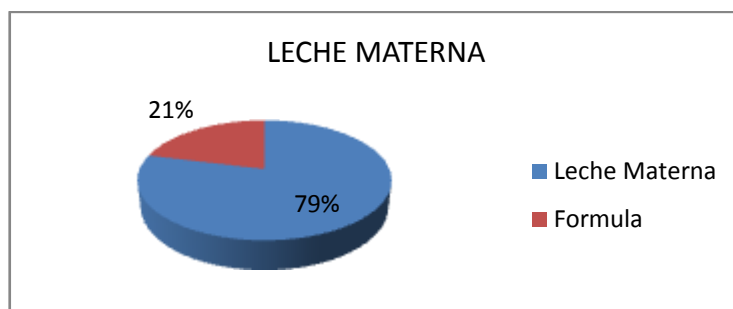
## Lactancia Materna

TABLA # 15

Nutrición hasta los 6 meses	Número	Porcentaje
Leche Materna	30	79%
Formula	8	21%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Tabla 21:** Lactancia Materna  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### REPRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 26:** Leche Materna  
**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la sexta pregunta, encontramos que de los 38 niños de Madres Adolescentes a 30 de ellos se ha mantenido la lactancia materna durante los 6 meses de edad que representa el 79%, mientras que a 8 de ellos se ha agregado fórmula a su alimentación y equivale al 21%.

### INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas se concluye que a los niños, hijos de Madres Adolescentes se han alimentado exclusivamente con la leche materna hasta los 6 meses de edad.

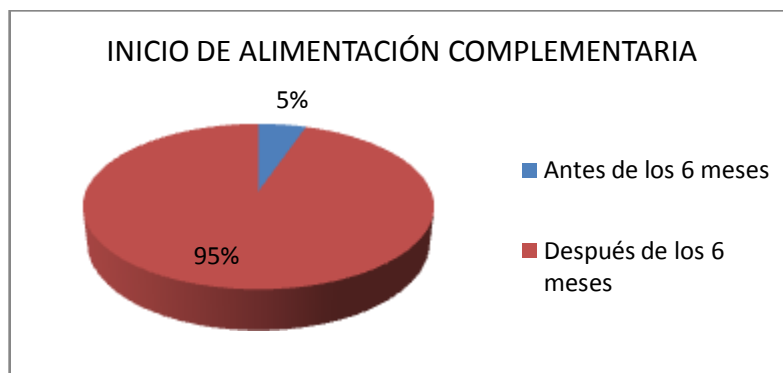
## NUTRICIÓN COMPLEMENTARIA

TABLA # 16

Nutrición Complementaria	Número	Porcentaje
Antes de los 6 meses	2	5%
Después de los 6 meses	36	95%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**Tabla 22:** Nutrición Complementaria  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### REPRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 27:** Inicio de Alimentación Complementaria  
**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños  
**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la séptima pregunta, encontramos que de los 38 niños de Madres Adolescentes a 2 de ellos se ha implementado nutrición complementaria que es el 5% y 36 de ellos han recibido una nutrición complementaria después de los 6 meses que representa el 95%.

### INTERPRETACIÓN

Con las respuestas obtenidas se puede apreciar que las Madres Adolescentes implementan la nutrición complementaria a partir de los 6 meses de edad.

## ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA

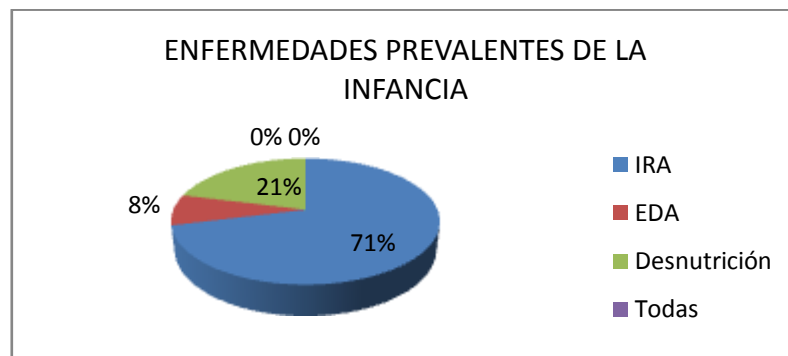
TABLA # 17

Enfermedad	Número	Porcentaje
IRA	27	71%
EDA	3	8%
Desnutrición	8	21%
Todas	0	0%
Ninguna	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Tabla 23:** Enfermedades Prevalentes en la Infancia

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### REPRESENTACIÓN GRÁFICA



**Gráfico N° 28:** Enfermedades Prevalentes en la Infancia

**Fuente:** Historias Clínicas del Hospital Básico Baños

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

### ANÁLISIS:

En el cuadro y gráfico con relación a la octava pregunta, encontramos que las enfermedades prevalentes de los 38 niños de Madres Adolescentes, 27 de ellos prevalece IRA que representa el 71%, 3 niños han padecido EDA y representan el 8% y 8 de ellos tuvieron desnutrición, representan el 21%.

### INTERPRETACIÓN

Con estas respuestas muy claramente se puede determinar que la IRA se manifiesta en mayor porcentaje en los niños.



### **4.3 Verificación de 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.

#### **Variables**

**Independiente:** Madres Adolescentes

**Dependiente:** Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.

La verificación de la hipótesis se realizó a partir de los resultados obtenidos de la revisión de historias clínicas en el Hospital Básico Baños (Anexo A).

Según el estudio realizado se pudo comprobar que los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad, hijos de las madres adolescentes que asisten al Hospital Básico Baños de la Provincia de Tungurahua, no presentan alteraciones en el crecimiento, de igual manera no han presentado alteraciones en el desarrollo psicomotriz; por lo anteriormente mencionado, se puede decir que la hipótesis se rechaza.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

Se llega a las siguientes conclusiones

El inicio de la menarquía en la mayoría de las adolescentes se da entre los 10 – 13 años de edad, pero existe un inicio precoz de relaciones sexuales.

El nivel de educación sexual es deficiente y se encuentra en un 70%.

De 38 Madres Adolescentes; tan sólo 17 son casadas, lo cual resulta un alto porcentaje de hogares disfuncionales, los mismos que constituyen un factor determinante de tipo emocional en el embarazo.

Existe poco interés por el control en salud, predomina de sobre manera la falta de controles prenatales requeridos, lo que aumenta el peligro de complicaciones durante el embarazo; al no detectar y corregir a tiempo una patología. Teniendo así 29 Madres Adolescentes con anemia, trayendo como consecuencia niños con bajo peso al nacer.

Dentro de la evaluación del desarrollo del niño, no se encuentra una valoración realizada; por lo tanto no se puede emitir criterios sobre el desarrollo psicomotor del niño.

Se evidencia un adecuado cumplimiento del esquema de vacunación de acuerdo a la edad del niño.

## **5.2 Recomendaciones:**

Se llega a las siguientes recomendaciones

Identificar a las mujeres madres adolescentes e intervenir en la priorización de los controles prenatales, promoviendo así una vida sexual responsable y que sea satisfactoria a su vida futura.

Inmiscuir al personal de salud con la comunidad para su óptima interrelación, siendo necesario que todos los niveles de atención en salud aumenten sus esfuerzos para mejorar la calidad y cantidad de controles prenatales para evitar complicaciones en los embarazos adolescentes.

Proporcionar educación sexual con enfoque en salud a los/las adolescentes que acuden al Hospital Básico Baños, así también direccionar dicha información a instituciones que lo requieran.

A nivel de ésta área de salud es fundamental promover la obligatoriedad, llenado correcto y valoración completa del desarrollo psicomotor del niño para la recolección de información en forma más precisa y que permita identificar con mayor rapidez los factores de riesgo de cada individuo. Además proporciona una ayuda para verificar el cumplimiento de la norma, y de esta manera mejorar el registro estadístico.

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1. Datos Informativos**

##### **6.1.1. Título**

Elaborar un Manual práctico de capacitación en salud con enfoque en educación sexual, nutrición y asistencia a controles prenatales para de esta forma contribuir al fortalecimiento de las condiciones de salud de la población del cantón Baños de Agua Santa.

##### **6.1.2. Institución Ejecutora**

Universidad Técnica de Ambato

Facultad Ciencias de la Salud

Carrera Enfermería

Hospital Básico Baños

##### **6.1.3. Beneficiarios**

Autoridades del Hospital Básico Baños

Estudiantes de la Carrera de Enfermería

Madres Adolescentes

#### **6.1.4. Ubicación**

Hospital Básico Baños

Provincia: Tungurahua

Cantón: Baños de Agua Santa

Parroquia: La Matriz

Dirección: Calles Juan Montalvo y Pastaza.

**6.1.5. Tiempo estimado para la ejecución:** 30 días

**6.1.6. Inicio:** Noviembre 12 del 2012

**Fin:** Diciembre 12 del 2012.

#### **6.1.7. Equipo Técnico Responsable:**

**Tutora:** Lcda. Maristela Guadalupe Constante.

**Investigadora:** Mayra Mercedes Alvarez Araujo

Autoridades del Hospital Básico Baños

Madres Adolescentes

#### **6.1.8. Costos:**

El costo para el investigador es 630,00 dólares.

### **6.2. Antecedentes de la investigación**

De acuerdo a los datos encontrados previamente en esta área de salud, donde se realiza la investigación, no se ha encontrado información sobre controles prenatales en mujeres adolescentes; de igual forma la valoración del desarrollo psicomotriz del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad; es por ello que se propone diseñar un manual que

proporcione información clara y concisa, partiendo por la concientización del personal en la importancia de la valoración psicomotriz y posteriormente impartir a las madres adolescentes todo lo que concierne a etapa prenatal y natal.

### **6.3. Justificación**

Lo que se busca con la presente propuesta, es eliminar los problemas encontrados; ya que, los mismos tienen un gran impacto en la sociedad tales como son: el inadecuado control prenatal, niños con bajo peso al nacer y deficiente valoración psicomotriz del niño. Es novedoso porque, al proporcionar un manual, se logrará en su mayoría fomentar mayor responsabilidad en las madres adolescentes durante sus controles prenatales, evitando de esta manera; que existan alteraciones en los niños recién nacidos o peor aún complicaciones posteriores. De igual manera se busca despertar el interés por parte del personal de salud para la valoración oportuna, basándose en los test de desarrollo establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

Es importante porque a través de este manual se podrá orientar de mejor manera a las madres adolescentes y sobretodo con ello el personal brindará una atención oportuna y de calidad a las mujeres, madres adolescentes que acuden al Hospital Básico Baños; también porque se considera que la persona es la principal protagonista de sus propios procesos; es allí donde somos partícipes, al establecer una interacción empática entendida como un camino de aprendizaje hacia la mayor autonomía posible para la resolución y mejora de sus situaciones y condiciones de vida. Entendemos este proceso de interacción empática “entre personas”, como algo dinámico y bidireccional en el que influyen multitud de variables fundamentales en salud, en las que podemos ayudar.

Es factible la ejecución de esta propuesta porque se proporciona información que con facilidad el personal de salud puede intervenir en bien de la salud materno – infantil. De la misma forma tiene originalidad por su contenido; ya que busca un apoyo continuo e intensivo a aquellas madres adolescentes; cuyas circunstancias o

problemas en particular que suponen obstáculos importantes para poder proporcionar correctos cuidados a sus niños y desenvolverse socialmente por sí mismas de forma adecuada en casos de limitación personal, superación de conflictos familiares y reincorporación a la sociedad tras procesos de discriminación o aislamiento social después de su maternidad precoz.

#### **6.4. Objetivos:**

##### **General:**

Elaborar un manual que contenga información clara y concisa sobre: educación sexual, nutrición e importancia de los controles prenatales y la valoración de los mismos, en madres adolescentes.

##### **Específicos:**

- Describir un manual práctico que ayude a mejorar el debido control prenatal sobre intervención en salud.
- Solicitar la aprobación del director del Hospital Básico Baños.
- Contribuir a mejorar la calidad de atención en las madres adolescentes, promoviendo en los profesionales de la salud actitudes de cambio, innovación y compromiso en mejora de la atención prenatal.

#### **6.5. Análisis de factibilidad.**

##### **6.5.1.- Factibilidad Operativa**

La propuesta constituye una determinación fundamental dentro del Hospital Básico Baños; puesto que la implementación de un manual nunca antes presentado para las madres adolescente, aportaría significativamente en la atención prenatal y natal de dichas mujeres que hoy en la actualidad se ven sometidas a una serie de cambios

drásticos en sus vidas; difíciles de conllevar pero gracias al aporte preciso del personal de salud se hacen manejables en cuando a salud se refiere.

#### **6.5.2.- Factibilidad Social**

Se contribuirá con un manual práctico que proporcione ayuda al personal de salud del Hospital Básico Baños; además esto ayudará a mejorar el debido control prenatal en las madres adolescentes, a su vez estos traerá resultados óptimos para las madres y sus niños.

#### **6.5.3.- Factibilidad Técnica**

La propuesta cuenta con la participación de personal capacitado; el mismo que será el responsable de optimizar cada uno de los recursos existentes en el Hospital Básico Baños, además aportar con conocimientos e ideas importantes para poder implementar el manual de mejor manera en otros programas que se manejan actualmente en dicha institución; constituyendo de esta manera un ente activo en salud materno – infantil.

#### **6.5.4.- Factibilidad Económica**

Se cuanta con las condiciones de asumir los gastos necesarios para cubrir lo presupuestado, que demanda de la propuesta como: recursos materiales, humanos y económicos entre ellos computadora, flash memory, cuadernos, esferos, etc.

### **6.6. Fundamentación Científica**

Un manual es un instrumento administrativo que contiene en forma explícita, ordenada y sistemática información sobre objetivos, políticas, atribuciones, organización y procedimientos de los órganos de una institución; así como las instrucciones o acuerdos que se consideren necesarios para la ejecución del trabajo asignado al personal, exige más habilidad de manos que inteligencia.



## **Necesidad de utilizar los manuales**

Proporciona al usuario un sistema de referencia común y estandarizado. Cada uno de los interesados posee exactamente la misma información y opera conforme a las mismas reglas.

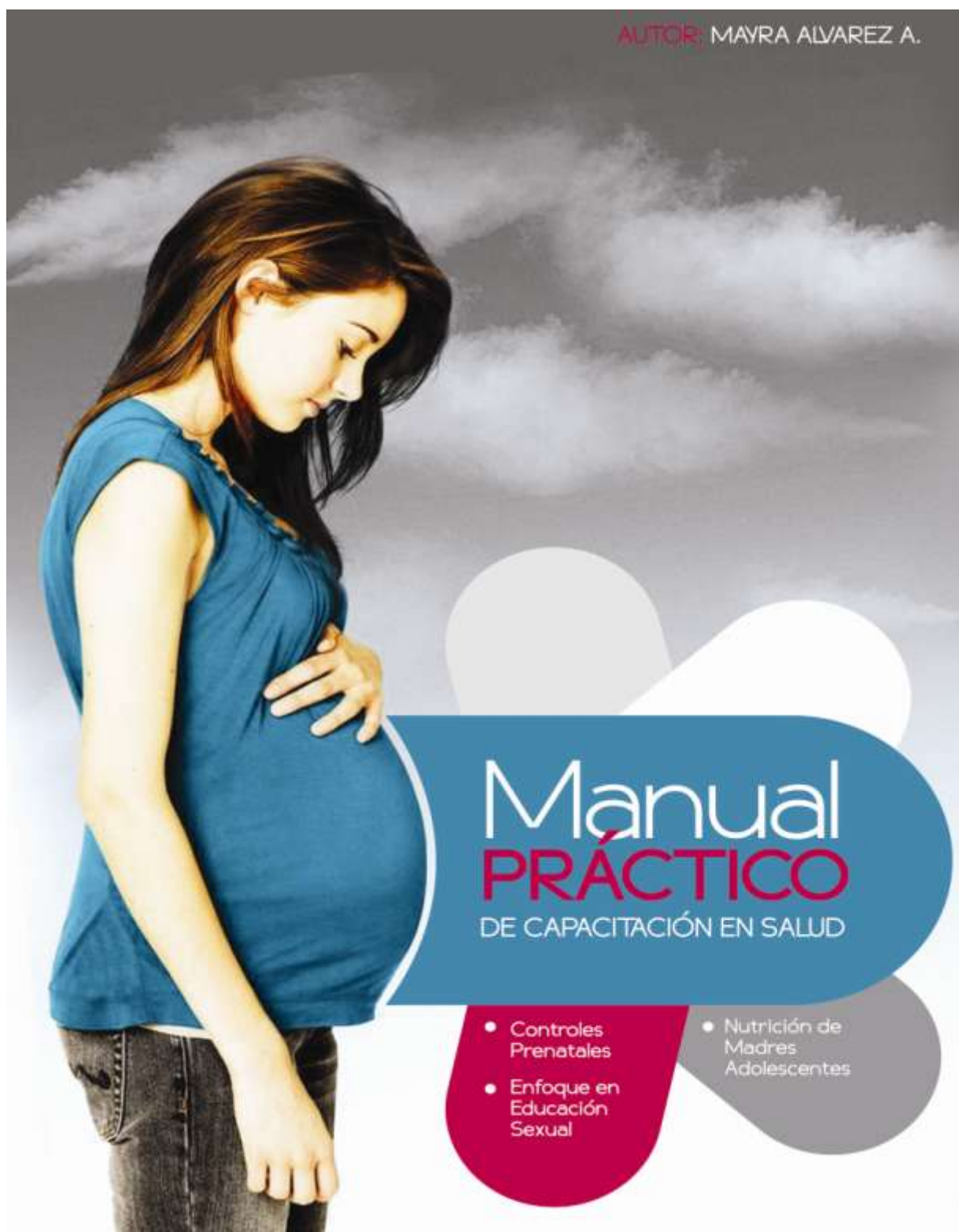
Sirven como un sistema de archivos portátil y fácil de usar. Las respuestas a las preguntas se localizan con rapidez y facilidad sin necesidad de examinar innumerables hojas de archivo.

- Los manuales ayudan a los usuarios a obrar de acuerdo con los reglamentos del gobierno y otros cuerpos reguladores.
- Los manuales ahorran tiempo y aseguran respuestas exactas.
- Los manuales sirven como instrumentos de adiestramiento, ayudándose a conocer correctamente sus funciones desde el principio. Muchos manuales se desarrollan específicamente como auxiliares de adiestramiento.
- Los manuales reducen la papelería reuniendo la información en un solo lugar.

## **Ventajas**

- Logra y mantiene un sólido plan de organización.
- Asegura que todos los interesados tengan una adecuada comprensión del plan general y sus propios papeles y relaciones pendientes.
- Facilita el estudio de los problemas.
- Sistematiza la iniciación, aprobación y publicación.
- Sirve como guía eficaz para la preparación, clasificación y compensación.
- La información sobre funciones y puestos suele servir como base para la evaluación de puestos y como medio de comprobación del progreso de cada quien.
- Sirve como guía para el adiestramiento de novatos.

## PORTADA DE MANUAL



## **Manual Práctico de Capacitación Sobre**

### **Educación en Salud con Enfoque en Educación Sexual**

La necesidad de formación de los jóvenes en la vivencia de una sexualidad placentera y responsable se considera vital entre los hábitos y estilos de vida saludables.

Los adolescentes tienen capacidades, deseos y conductas sexuales que la sociedad no las reconoce. Es decir, los padres, los educadores, los orientadores y el sector salud.

#### **Introducción**

En nuestro país, la adolescencia demuestra la necesidad de una atención integral por todos los sectores de la sociedad.

Se ha dado mucha importancia al proceso de educación con las adolescentes y acciones de prevención de embarazos en las mismas. Un aspecto que no se ha tratado es la atención a la adolescente madre en el cuidado y educación de su hijo, que si una madre adulta tiene riesgos; éstos se incrementan en la adolescente.

En este manual se presenta un programa dirigido a las madres adolescentes y sus hijos desde el nacimiento y en cada uno de los momentos del desarrollo del mismo hasta los 2 años 6 meses de vida.

#### **1.- Maternidad y paternidad responsable**

La adolescencia, etapa comprendida entre la niñez y la adultez, es un período de grandes transformaciones de carácter intelectual, físico y emocional, entre las cuales se destacan la aceleración del desarrollo corporal y el aumento de los requerimientos psicosociales, puesto que los jóvenes comienzan a independizarse de los padres, a relacionarse con sus contemporáneos y a adquirir una responsabilidad social-básica. Estos cambios les hacen susceptible de afrontar diversos problemas de salud como el embarazo precoz, el cual es relativamente frecuente.

## **2.- Controles prenatales**

El control prenatal durante el embarazo consiste en la atención que recibe la embarazada desde la primera vez que acude al médico hasta el momento del parto. Dicho control debe ser completo, integral, periódico, en un ambiente tranquilo y acogedor debiendo ser realizado por un profesional de la salud que conozca la evolución normal del embarazo y que esté en capacidad de prever complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su hijo.

**El primer control prenatal debe ser realizado lo más temprano posible, en este le preguntarán:**

- La fecha de la última menstruación para en base a ésta calcular la fecha probable de parto
- Se investigará antecedentes de enfermedades que tuvo o que se encuentre padeciendo
- Cirugías que le hayan realizado
- Si tuvo embarazos anteriores y como terminaron estos, en parto o cesárea
- Si este embarazo fue planificado o recibió tratamiento para conseguirlo
- Medicación que está tomando
- Molestias que estuviera sintiendo, algunas propias del embarazo y otras que puedan poner en riesgo su vida.

**Es importante diagnosticar o saber a tiempo si estamos cursando con alguna enfermedad como:**

- Diabetes
- Presión alta
- Problemas de tiroides
- Artritis reumatoide
- Enfermedades del corazón entre otras.

El personal enfermería tomará sus datos completos, y signos vitales incluido: tensión arterial, temperatura, peso y talla, estos datos serán registrados en un carnet de control prenatal, el cual usted debe llevar a todos sus controles subsiguientes. Gracias a este registro se puede ver número de controles realizados, detectar alteraciones en:

- El peso (desnutrición, sobrepeso u obesidad)
- Cambios en la presión arterial (hipertensión e hipotensión),
- Medicación recibida
- Infecciones que hayan sido diagnosticadas.

**Además en el primer control prenatal se debe realizar:**

- Examen de sangre: para descubrir si tiene anemia o alguna infección, saber su tipo de sangre, VDRL (Sífilis), VIH (SIDA sólo si usted lo autoriza).
- Examen de orina: para descartar una infección de vías urinarias.
- Examen de los senos.
- Examen ginecológico.
- Se pedirá a la paciente un control odontológico.
- Se indicará si es necesario o no recibir la vacuna para evitar el tétanos

**3.- Cuidados generales para tener a su hijo saludable**

Al nacimiento de un niño, la familia se prepara como si estuviera preparando una fiesta o esperando una agradable visita. Hay que tenerlo todo arreglado para que el niño se sienta bien y se adapte al nuevo hogar.

Tenemos que garantizar al recién nacido sus necesidades básicas de sueño y alimentación. El sueño es tan necesario para el niño como la alimentación ya que con el mismo se logra conservar y reponer el sistema nervioso, protegiéndolo de la fatiga y el agotamiento. El neonato duerme mucho; en los tres primeros meses de vida, los

niños duermen diariamente alrededor de 17 a 18 horas lo cual se va reduciendo progresivamente hasta el año de edad a unas 14 horas diarias. Por supuesto, no debemos de olvidar que cada niño tiene sus particularidades propias.

**Es importante:**

- La limpieza de la habitación y los muebles donde va a estar el niño.
- La ropa de su cuna se cambiará cada vez que sea necesario.
- La persona que atiende al niño siempre debe lavarse previamente las manos con agua y jabón antes de manipularlo.
- Todos los objetos destinados a asearlo estarán bien limpios.
- En estas primeras semanas, se aseará al bebé con agua hervida, comenzando por la cara y posteriormente se descenderá al resto del cuerpo, secándolo después cuidadosamente.
- Después del nacimiento el niño debe adaptarse a vivir en el ambiente extrauterino y a recibir su alimento exterior.

El control prenatal durante el embarazo consiste en la atención que recibe la embarazada desde la primera vez que acude al médico hasta el momento del parto. Dicho control debe ser completo, integral, periódico, en un ambiente tranquilo y acogedor debiendo ser realizado por un profesional de la salud que conozca la evolución normal del embarazo y que esté en capacidad de preveer complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su hijo.

**4.- Control Médico:**

- El personal de salud debe controlar si el niño está creciendo y ganando de peso de manera adecuada.
- Examinar el desarrollo psíquico y motor según la edad del niño.
- El niño deberá doblar su peso a los 5 meses y triplicarlo en un año.
- Esquema de vacunación (verificar carnet de vacunación).

- Orientaciones sobre la alimentación.

## **Inmunizaciones**

El desarrollo de la ciencia en el área de las vacunas es acelerado. Surgen nuevas vacunas y otras ya existentes se hacen más eficaces para enfrentar las enfermedades, es por ello que se hace necesario el rápido y fácil acceso; por ello es fundamental cumplir con el esquema de vacunación de su niño.

## **5.- Alimentación del bebé:**

### **5.1.- Lactancia Materna**

- Exclusiva hasta los 6 meses
- De 4 a 6 meses se incorpora una proteína animal y vegetal cada día: arroz, fideos, papas o cereal cada día.
- Después del sexto mes jugos y frutas.
- Al noveno mes aumentar las comidas cinco veces en el día. Incorporar cereales, granos, carne o pescado cocido, frutas y vegetales.

### **5.2.- Nutrición**

La nutrición en las etapas iniciales de la vida se reconoce no sólo por su papel en mejorar la sobrevivencia neonatal, potenciar el crecimiento y desarrollo mental durante la infancia, sino también como un factor condicionante de la salud del individuo a lo largo de su vida; existiendo estrecha relación entre la nutrición en etapas tempranas con enfermedades en la vida adulta.

Las necesidades individuales nutricionales varían de acuerdo con las diferencias genéticas y metabólicas. Para los recién nacidos y niños, el objetivo básico es un crecimiento satisfactorio y evitar las situaciones deficitarias.

### **5.3.- Alimentación**

#### **⇒ Durante el Primer Año de Vida:**

Al nacer, el agua corporal total constituye un 78% del peso corporal y esa cifra disminuye en los primeros meses de vida hasta acercarse a los valores del adulto (55 a 69% del peso corporal). El alimento habitual del recién nacido y de los niños tiene un alto contenido en agua; la mayor parte de los alimentos sólidos de la dieta de un niño contiene de un 50 a 70% de agua y muchas de las frutas y verduras contienen un 90%.

#### **⇒ Durante el Segundo Año de Vida:**

Hacia el final del 2do. Año de vida, los niños deben ser capaces de comer prácticamente solos.

Los hábitos alimentarios adquiridos en los primeros 2 años de vida repercuten considerablemente sobre los años posteriores. Las dificultades alimentarias que se presentan entre los 2 y 5 años de edad suelen ser el resultado de una insistencia excesiva de los padres para que el niño coma y la consiguiente ansiedad cuando el niño no se adapta a algún problema solitario.

#### **Factores que alteran la alimentación son:**

- Demasiado jaleo a la hora de comer.
- Tiempo insuficiente para comer
- Alimento que no les gustan a otros miembros de la familia.
- Alimentos mal cocinados o mal presentados.
- No utilizar una silla cómoda, con altura adecuada y con un reposapiés.
- La hora de la comida debe ser alegre y respetar el apetito del niño.



### ⇒ **Lactancia Materna.**

La lactancia materna es la forma de nutrición natural del lactante y sus ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas son conocidas. La leche materna es el alimento óptimo para el lactante y su composición, es la ideal para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los primeros 4 a 6 meses de vida, reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, y disminuye la morbilidad y la mortalidad infantil.

El primer año de vida, es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y es cuando éste es más inmaduro y vulnerable. Por ello es importante proporcionarle una alimentación suficiente y adecuada. La alimentación del niño en el primer año de vida se basa en la leche humana y se completa con otros alimentos (alimentación complementaria), con el doble objetivo de satisfacer sus necesidades nutritivas y crear unos hábitos alimentarios adecuados.

#### **Posiciones de amamantar:**

##### **a) Sentada clásica**

1. Ponerle la espalda recta y colocar una almohada bajo el niño para que quede más cerca del pezón.
2. Acercar al niño al pecho y no el pecho al niño: Así no se provocarán molestias en la espalda:
3. Colocar al niño sobre un brazo, de tal forma que se pueda sostener con la mano del mismo brazo la pierna o las nalgas del niño.
4. Procurar que la cara quede exactamente frente al seno, lo que permitirá sostener el pecho con la otra mano en forma de letra C, es decir, con el pulgar arriba de la areola y los otros 4 dedos por abajo del pecho.
5. Tocar con el pezón el labio inferior del niño, para así desencadenar el reflejo de búsqueda.

6. Al abrir la boca se debe atraer al niño rápidamente hacia el seno para que tome no sólo el pezón sino la mayor parte de la areola.
7. Para cambiar de seno o al terminar de lactar se debe introducir suavemente el dedo en la comisura labial del niño, con lo cual se rompe el vacío que se forma dentro de la boca y pueda soltar el pezón sin lastimar el seno.

**b) Acostada en decúbito lateral.**

1. El cuerpo del bebé sigue el cuerpo de la madre y están juntos abdomen con abdomen.
2. La madre ofrece el pecho del lado en que está acostada.
3. Esta posición es la más apropiada para las madres que han tenido operación cesárea.
4. El cuerpo del bebé se encuentra debajo de la axila de la mamá, con el estómago pegado a las costillas de la madre.
5. Esta sostiene el cuerpo del uno con el brazo del mismo lado y con la mano le sostiene la cabeza.

**6.- Sexualidad responsable.**

Para lograr la mejor protección de los intereses de los adolescentes y un desarrollo armónico e integral de ellos se requiere una relación armónica y franca en una atmósfera de solidaridad y respeto. Sin preparación integral y sin tener vínculos establecidos en el seno de la familia, los adolescentes pueden responder incontrolablemente a sus impulsos.

Este trabajo abarca, no sólo los aspectos biológicos de la reproducción, sino los principios que orientan la selección de la pareja y el desarrollo de las relaciones afectivas en el seno de ellos. Además los adolescentes tienen que aprender a ver la responsabilidad que la sexualidad conlleva, por ejemplo, lo relacionado con la anticoncepción y la toma de decisiones; desarrollando de mejor manera sus capacidades y dirigiendo adecuadamente sus vidas.

### 6.7.- Modelo Operativo

<b>Etapas</b>	<b>Metas</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Estrategias</b>	<b>Responsables</b>	<b>Criterios de Evaluación</b>
Socialización	Tener una reunión de trabajo para dialogar sobre el embarazo en adolescentes y su relación sobre el crecimiento y desarrollo del niño.	FODA Debate Conferencia	Computadoras  Fotocopias  Lápiz Hojas de papel	Solicitar cita con las autoridades	Lic. Guadalupe Constante Mayra Alvarez	Efectividad Eficacia
Planificación  Ejecución	Elaboración del Manual  Presentar el Manual	Investigar y procesar la investigación. Contar con el Manual. Compartir con las Madres Adolescentes y el personal de salud.	Computadoras Fotocopias Hojas de papel Manual de información	Difundir sobre los controles prenatales, inmunización, desarrollo psicomotriz Utilización de varias técnicas de exposición mediante conferencia.	Lic. Guadalupe Constante Mayra Alvarez  Lic. Guadalupe Constante Mayra Alvarez	Efectividad Eficacia Precisión Efectividad Eficacia Precisión
Evaluación	Conocer el porcentaje de Madres Adolescentes que adquirieron el Manual	Aplicación de los test	Copias	Calificación de los test	Lic. Guadalupe Constante Mayra Alvarez	Efectividad Eficacia Precisión

**Tabla 24:** Modelo Operativo

**Elaborado por:** Mayra Álvarez

## 6.8 Administración de la Propuesta

N°	Planifica	Organiza	Coordina	Dirige
1	Elaborar la propuesta	Investigadora y tutora	Investigadora y tutora	Investigadora y tutora
2	Presentación de la propuesta	Director del Hospital Básico Baños	Jefe del departamento de enfermería	Personal de enfermería encargado de atención primaria
3	Análisis de la propuesta	Jefe del departamento de enfermería	Jefe del departamento de enfermería	Personal de enfermería encargado de atención primaria
4	Aprobación de la propuesta	Jefe del departamento de enfermería	Jefe de enfermería y personal que labora en consulta externa	Jefe del departamento de enfermería

**Tabla 25:** Administración de la Propuesta

**Elaborado por:** Mayra Álvarez

Con esta administración el impacto de la propuesta es el siguiente:

- Implementar un manual en el área de atención primaria en salud.
- Mejorar la calidad de vida de los niños hijos de madres adolescentes partiendo de la capacitación en salud.
- Permitirá que las madres adolescentes y sus hijos reciban cuidados adecuados en base a estándares de atención prioritaria.
- Se proporcionará a las madres adolescentes información óptima para impedir el desencadenamiento de alteraciones en el crecimiento y desarrollo de sus niños.

### 6.9.- Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta

Preguntas básicas	Explicación
¿Qué evaluar?	La calidad de información impartida por el personal de enfermería, a través de la aceptación de la propuesta.
¿Por qué evaluar?	Porque debe existir una atención de calidad.
¿Para qué evaluar?	Para mejorar la calidad de atención facilitar el óptimo desarrollo de los niños.
¿Con qué criterios?	Con criterio de pertenencia y objetividad.
¿Indicadores	Atención de enfermería cualitativo  Manual de atención de enfermería  Cuantitativos de enfermería que aceptan la propuesta
¿Quién evalúa?	Investigadora
¿Cuándo evalúa?	Luego de ser difundido

**Tabla 26:** Plan de Monitoreo

**Elaborado por:** Mayra Alvarez

ANEXOS

## ANEXO 1



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**ACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**SEMINARIO DE GRADUACIÓN**

**FICHAS DE OBSERVACIÓN DIRIGIDAS A LAS MADRES**  
**ADOLESCENTES**

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

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



## ANEXO II



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**ACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**SEMINARIO DE GRADUACIÓN**

**FICHAS DE OBSERVACIÓN DIRIGIDAS A LOS NIÑOS HIJOS DE**  
**MADRES ADOLESCENTES**

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

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

### ANEXO III: GRÁFICOS





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 1. BIBLIOGRAFÍA

- ARAMAYA M Wilmer, Embarazo y Adolescencia I, ed. Ediciones Gamma. S.A.
- ARISMENDI J Jannet, Nutrición infantil tomo I Comer bien y sano, ed. Gamma. S.A. Bogotá Colombia.2009.
- BELTRAN LUZ, Embarazo en Adolescencia II ed. Madrid España 2009
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Alimentación del niño y niña preescolar de 2 a 5 años, Dirección nacional de nutrición. PANN (2000),
- CHANG Caroline, Constitución de la República del Ecuador. Art. 275. Pág. 212
- JURADO M Luis, **CJAS**2009. Madrid España
- DARZE Edwin, la adolescencia y su salud reproductiva: desempeño obstétrico de primigestas de edad igual y menor a 16 años. Edit. Ginecología Obstétrica 2008.
- POVEDA Juan, Enciclopedia Océano 2010. Pág. 2643, Edición 2011
- FREYREErnesto, Desarrollo psicosocial del adolescente 2009.
- GABRALArberto, Adolescencia, Bogotá- Colombia.2007- pág. 251 -253.
- GARCIA Tomás, Control y pruebas de detección del desarrollo en lactantes y niños pequeño. Edit. Pediatrics 2007. Pág.41 – 45.

- GÓMEZ Duque, Características personales y educación sexual. Madrid España. pág. 212.

## 2. LINKOGRAFÍA

- CEPAL Desnutrición infantil en América latina y el caribe. 2, Accedido el 37 de diciembre del 2012. Disponible en: [http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/8/23948/Desafios\\_Nro2\\_esp.pdf\(2006\)](http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios/8/23948/Desafios_Nro2_esp.pdf(2006))
- FERNANDEZ Embarazo en Adolescentes. Accedido el 8 de Noviembre del 2012. Disponible en: [http://www.east-net.net/rafaele/embarazoadolescentes.html\(2008\)](http://www.east-net.net/rafaele/embarazoadolescentes.html(2008))
- UNICEF. Estado Mundial de la infancia. Accedido el 26 de diciembre del 2012. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/sowc2012/pdfs/SOWC%202012%20Main%20Report%20LoRes%20PDF\\_SP\\_03132012.pdf2012](http://www.unicef.org/spanish/sowc2012/pdfs/SOWC%202012%20Main%20Report%20LoRes%20PDF_SP_03132012.pdf2012).
- AZZARETTI L., Tello F. Programa Integral de Acción Comunitaria en Barrios Vulnerables. Accedido el 4 de febrero del 2013. Disponible en: [http://www.uba.ar/imagenes\\_bv/image/informenutricion2010.pdf](http://www.uba.ar/imagenes_bv/image/informenutricion2010.pdf) (2010)
- COROMOTO M., et Hábitos alimentarios, actividad física y su relación con el estado nutricional-antropométrico de preescolares. Rev. chil. nutr. .38:.3 . Accedido el 25 de enero del 2012. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182011000300006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182011000300006) (2011)

- DE GODOY-Matos A., Paniago E., López de Souza L., Farage M., (2009) Management og obesity in adolescents: state of art. *ArqBrasEndocrinol Metab.*53:2, 252-261
- CORTEZ, Julio Embarazo en Adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Accedido el 15 de Julio de 2012. Disponible en. [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005Organización Panamericana de La Salud \(OPS\).El Embarazo Adolescente. \(2007\)](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005Organización_Panamericana_de_La_Salud_(OPS).El_Embarazo_Adolescente._(2007))
- DEL REAL S, Sánchez J, Barón M, Díaz N, Solano L, Velásquez E, et al. (2007) Estado nutricional en niños. En Valencia, Venezuela. *ArchLatinoamNutr;* 57(3): 248-54. Accedido el 13 de enero del 2013. Disponible en:<http://www.scielo.org.ve/pdf/alan/v57n3/art07.pdf>
- GONZÁLEZ Solanellas, M. et al. Estudio de prevalencia sobre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en población adolescente (2011) *Nutr. Hosp.* 26 (2), 337-344. Accedido el 26 de diciembre del 2012. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112011000200015&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200015&lng=pt&nrm=iso)
- HERRERO H., et. Modificación de conocimientos sobre nutrición y alimentación en madres con niños desnutridos menores de 6 años. *MEDISAN;* 10 (2) Accedido el 21 de diciembre del 2012. Disponible en:[http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol10\\_2\\_06/san07206.pdf\(2006\)](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_2_06/san07206.pdf(2006))
- LEAL C.R., Hábitos alimenticios y riesgos nutricionales en adolescentes del recinto “El deseo” Yaguachi, Milagros, Ecuador. Informe de investigación, presentado como requisito previo para optar al título de Licenciatura en

Enfermería. Accedido el 23 de enero del 2013. Disponible en:[http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/698/1/HABITOS%20ALIMENTICIOS%20Y%20RIESGOS%20NUTRICIONALES%2\(2010\)](http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/698/1/HABITOS%20ALIMENTICIOS%20Y%20RIESGOS%20NUTRICIONALES%2(2010)

- LEÓN A., Terry B., Quintana I., Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). *Rev Cubana HigEpidemiol* 47 : 1 Accedido el 23 de enero del 2013. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032009000100003&script=sci\\_arttext\(2009\)](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032009000100003&script=sci_arttext(2009)
- OLIVARES S., et al. Publicidad de alimentos y conductas alimentarias en adolescentes. *Rev. chil. nutr.* 30: 1, 36-42. Accedido el 25 de enero del 2013. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182003000100005&script=sci\\_abstract\(2003\)](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182003000100005&script=sci_abstract(2003)
- OMS. The WHO Child Growth Standards. Accedido el 23 de diciembre del 2012. Disponible en:[http://www.who.int/childgrowth/en/\(2007\)](http://www.who.int/childgrowth/en/(2007)
- SÁNCHEZ J., Real J., Malnutrición. Concepto, clasificación, etiopatogenia. Principales síndromes. Valoración clínica *Medicine*. 8:87., 4669-74. Accedido el 21 de octubre del 2012, Disponible en:[http://www.elsevier.es/es/revistas/medicine-62/malnutricion-concepto-clasificacion-etiotopogenia-principales-sindromes-valoracion-13039334-actualizaciones-enfermedades-nutricionales-2002.\(2002\)](http://www.elsevier.es/es/revistas/medicine-62/malnutricion-concepto-clasificacion-etiotopogenia-principales-sindromes-valoracion-13039334-actualizaciones-enfermedades-nutricionales-2002.(2002)
- OPS-OMS Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington D.C. (2003)
- GEUIMAERAES, Acosta Accedido el 25 de enero del 2013. Disponible en:[http://www.presidencia.gov.ec/modulos\(2009\)](http://www.presidencia.gov.ec/modulos(2009)

- TRONCOSO C., Astudillo A., Factores sociales que condicionan la asistencia de mujeres a la consulta nutricional. RevChilNutr 38:1,: 8-14. Accedido el 25 de septiembre del 2012. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182011000100001](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182011000100001)
- UNICEF (s.f) Formación de hábitos alimentarios y de estilos de vida saludables. Accedido el 20 de enero del 2013. Disponible en: <http://www.unicef.org/venezuela/spanish/educinic9.pdf>



### 3. CITAS BIBLIOGRÁFICAS: Bases de datos de U.T.A

- SCIELO: HERNÁNDEZ-Guzmán, Andrés; Payán, Esteban; Monroy-Vilchis, Octavio Rev. biol.trop 59(3): 1285-1294, ILUS, TAB. 2011 Sep.
- SCIELO:MACMILLAN K, Norman Rev. chil. nutr. 32(3): 232-237, ILUS. 2005 Dec.
- SCIELO:RODRÍGUEZ Martín, Amelia; Novalbos Ruiz, José P.; Villagran Pérez, Sergio; Martínez Nieto, José M.; Lechuga Campoy, José L. Rev. Esp. Salud Publica 86(5): 483-494, TAB. 2012 Oct.
- SCIELO: MACIAS M, Adriana Ivette; Gordillo S, Lucero Guadalupe; Camacho R, Esteban Jaime Rev. chil. nutr. 39(3): 40-43, ND. 2012 Sep.
- SCIELO:NAVA B, Mariné Coromoto; Pérez G, Analy; Herrera, Héctor Antonio; Hernández H, Rosa Armenia Rev. chil. nutr. 38(3): 301-312, ILUS, TAB. 2011 Sep.