



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

VI SEMINARIO DE GRADUACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE BOLÍVAR EN EL CANTÓN PELILEO, PERTENECIENTE AL ÁREA DE SALUD N° 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO DEL 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012.”

Requisito previo a optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: López Pullotasi, Lorena Marisol

Tutora: Lic. Mg. Calero Lozada, Gloria Teresa

Ambato – Ecuador

Noviembre 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE BOLÍVAR EN EL CANTÓN PELILEO, PERTENECIENTE AL ÁREA DE SALUD N° 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO DEL 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012.”, de Lorena Marisol López Pullotasi estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2013.

LA TUTORA

Lic. Mg. Gloria Calero Lozada

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

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 QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE BOLÍVAR EN EL CANTÓN PELILEO, PERTENECIENTE AL ÁREA DE SALUD N° 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO DEL 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012.”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre del 2013.

LA AUTORA

Lorena Marisol López Pullotasi

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta 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 ésta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora

Ambato, Septiembre del 2013.

LA AUTORA

Lorena Marisol López Pullotasi

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban 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 QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE BOLÍVAR EN EL CANTÓN PELILEO, PERTENECIENTE AL ÁREA DE SALUD N° 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO DEL 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012.”**, de Lorena Marisol López Pullotasi, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Noviembre del 2013.

Para constancia firman

Presidente/a

1^{er} Vocal

2^{do} Vocal

DEDICATORIA

A Dios por darme la fuerza, fe y sabiduría para iluminarme durante todo el ciclo de mi Carrera, donde me ha acompañado y me ha llevado de la mano en el transcurso de mi vida. **A mi Madre, mi esposo y mi hijo**, por haberme apoyado en todo momento. **A los docentes** por haberme transmitido sus conocimientos, por su ardua tarea de estar día a día apoyándome.

Lorena López

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser el creador de todo conocimiento humano. A la Institución Educativa que me acogió todo este ciclo de estudios. **A mi familia**, por ser los principales motivadores, especialmente a mi madre y esposo que han sido mi apoyo constante. A mi tutor, por su disponibilidad, y por enriquecer este trabajo con sus conocimientos. A todas las personas que de alguna manera fueron parte de mi formación. Gracias por ayudarme a conseguirlo.

Lorena López

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁGINAS
PÁGINAS PRELIMINARES	
PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xvi
RESUMEN.....	xviii
SUMMARY	xix
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema.....	3
1.2 Planteamiento del Problema	3
1.2.1 Contextualización.....	3

1.2.2 Análisis Crítico	6
1.2.3 Prognosis	7
1.2.4 Formulación del Problema.....	7
1.2.5 Preguntas Directrices.....	7
1.2.6 Delimitación del Problema	8
1.3 Justificación	8
1.4 Objetivos.....	9
1.4.1 Objetivo General	9
1.4.2 Objetivos Específicos	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos	10
2.2 Fundamentación Filosófica	14
2.3 Fundamentación Legal	15
2.4 Categorías Fundamentales.....	17
2.4.1 Categorías Fundamentales de la Variable Independiente.....	18
2.4.1.1 Madres Adolescentes.....	18
2.4.1.2 Embarazo en la Adolescencia	20
2.4.1.3 Sexualidad en la Adolescencia.....	24
2.4.1.4 Adolescencia	29
2.4.2 Categorías Fundamentales de la Variable Dependiente	33
2.4.2.1 Salud Infantil.....	33
2.4.2.2 Control del Niño Sano	36

2.4.2.3 Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo del Niño	49
2.4.2.4 Crecimiento y Desarrollo del Niño	52
2.5 Hipótesis	56
2.6 Señalamiento de Variables de la Hipótesis	56

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque	57
3.2 Modalidad Básica de la Investigación.....	57
3.3 Nivel o Tipo de Investigación.....	57
3.4 Población y Muestra.....	58
3.5 Operacionalización de Variables	59
3.5.1. Operacionalización de la Variable Independiente: Madres Adolescentes	59
3.5.2 Operacionalización de la Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del Niño.....	60
3.6 Técnicas e Instrumentos	61
3.7 Plan de Recolección de Información.....	61
3.8 Plan de Procesamiento de la Información	62

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de resultados.....	63
4.2 Verificación de Hipótesis	84
4.2.1 Peso	84
4.2.2 Talla.....	85

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	87
5.2 Recomendaciones	89

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1 Datos Informativos.....	90
6.1.1 Título	90
6.1.2 Institución Ejecutora	90
6.1.3 Beneficiarios	90
6.1.4 Ubicación.....	90
6.1.5 Tiempo Estimado	90
6.1.6 Equipo Técnico Responsable.....	90
6.1.7 Costos	91
6.2 Antecedentes de la Propuesta	91
6.3 Justificación	92
6.4 Objetivos de la Propuesta	93
6.4.1 Objetivo General	93
6.4.2 Objetivos Específicos	93
6.5 Análisis de factibilidad.....	93
6.6 Fundamentación Teórica-Técnica.....	94
6.7 Modelo Operativo	114
6.8 Administración de la Propuesta	117

6.9 Plan de Monitoreo y evaluación de la Propuesta	117
--	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA	118
ANEXOS	123
ANEXO 1 Ficha de observación a las madres adolescentes.....	124
ANEXO 2 Ficha de observación del niño.....	125
ANEXO 3 Formulario del programa ampliado de inmunizaciones	126
ANEXO 4 Formato: Curvas para la valoración del peso/edad en niños y niñas menores de 5 años.....	127
ANEXO 5 Formato: Curvas para la valoración de talla/edad en niños y niñas menores de 5 años.....	128
ANEXO 6 Formato: Curvas para la valoración del IMC/edad en niños y niñas menores de 5 años.....	129
ANEXO 7 Formulario de puntaje z o z score /desviaciones estándar (de).....	130
ANEXO 8 Formato: Curvas para la valoración del perímetro cefálico/edad en niños y niñas menores de 2 años.....	131
ANEXO 9 Formulario para valoración del desarrollo psicomotor normal.....	132
ANEXO 10 Formulario del Test de Aldrich y Norval	134
ANEXO 11 Formulario del Test de Barrera – Moncada.....	135
ANEXO 12 Formulario del Test de Denver	136

ÍNDICE DE TABLAS

PÁGINAS

CAPÍTULO III

Tabla N° 1: Operacionalización de la Variable Independiente: Madres Adolescentes.....	59
Tabla N° 2: Operacionalización de la Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del Niño.....	60
Tabla N° 3: Plan de Recolección de Información.....	62

CAPÍTULO IV

Tabla N° 1: Incidencia de madres adolescentes por grupo etario	63
Tabla N° 2: Edad del inicio de relaciones sexuales.....	65
Tabla N° 3: Estado civil.....	66
Tabla N° 4: Nivel educativo.....	67
Tabla N° 5: Número de gestas.....	68
Tabla N° 6: Controles prenatales.....	69
Tabla N° 7: Edad gestacional del primer control	70
Tabla N° 8: Complicaciones en el embarazo	71
Tabla N° 9: Tipo de parto	72
Tabla N° 10: Lugar del parto.....	73
Tabla N° 11: Valoración de Apgar	74
Tabla N° 12: Percentiles según índice peso/edad actual.....	75
Tabla N° 13: Percentiles según índice talla/edad actual	76
Tabla N° 14: Percentiles perímetro cefálico/edad	77
Tabla N° 15: Lactancia materna exclusiva.....	78

Tabla N° 16: Inicio de la alimentación complementaria	79
Tabla N° 17: Esquema de inmunización.....	80
Tabla N° 18: Valoración del desarrollo mediante el Test de Denver	81
Tabla N° 19: Frecuencia de controles médicos	82
Tabla N° 20: Enfermedades prevalentes de la infancia	83
Tabla N° 21: Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales del peso de los hijos de madres adolescentes.	84
Tabla N° 22: Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales de la talla de los hijos de madres adolescentes.	85

CAPÍTULO VI

Tabla N° 1: Costos.....	91
Tabla N° 2: Recomendaciones nutricionales referidas al número de raciones diarias en madres adolescentes durante la lactancia.....	97
Tabla N° 3: Fases de Alimentación Complementaria.....	98
Tabla N° 4: Ficha de Captación de datos sobre el estado nutricional para las madres adolescentes.....	102
Tabla N° 5: Ficha de Captación de datos sobre el estado nutricional de los hijos de madres adolescentes.....	103
Tabla N° 6: Ficha de entrevista sobre el estado nutricional de las madres adolescentes.....	104
Tabla N° 7: Ficha de entrevista sobre el estado nutricional de los hijos de madres adolescentes.....	106
Tabla N° 8: Ficha de seguimiento del estado nutricional para las madres adolescentes.....	108

Tabla N° 9: Ficha de seguimiento del estado nutricional para los hijos de madres adolescentes.....	109
Tabla N° 10: Ficha de evaluación del estado nutricional para las madres adolescentes.....	110
Tabla N° 11: Ficha de evaluación del estado nutricional para los hijos de madres adolescentes.....	112
Tabla N° 12: Modelo Operativo.....	114
Tabla N° 13: Plan de Monitoreo y evaluación de la Propuesta.....	117

ÍNDICE DE GRÁFICOS

PÁGINAS

CAPÍTULO II

Gráfico N° 1: Red de Inclusiones Conceptuales.....	17
---	----

CAPÍTULO IV

Gráfico N° 1: Distribución porcentual de la incidencia de madres adolescentes según grupo etario.....	63
Gráfico N° 2: Distribución porcentual según la edad del inicio de relaciones sexuales	65
Gráfico N° 3: Distribución porcentual del estado civil.....	66
Gráfico N° 4: Distribución porcentual sobre el nivel educativo	67
Gráfico N° 5: Distribución porcentual sobre el número de gestas	68
Gráfico N° 6: Distribución porcentual sobre el número de controles prenatales	69
Gráfico N° 7: Distribución porcentual sobre la edad gestacional del primer control	70
Gráfico N° 8: Distribución porcentual de las complicaciones en el embarazo	71
Gráfico N° 9: Distribución porcentual según el tipo de parto.....	72
Gráfico N° 10: Distribución porcentual según lugar del parto.....	73
Gráfico N° 11: Distribución porcentual sobre las complicaciones en la valoración de Apgar.....	74
Gráfico N° 12: Distribución porcentual de percentiles según índice peso/edad actual	75
Gráfico N° 13: Distribución porcentual de percentiles según índice talla/edad actual	76
Gráfico N° 14: Distribución porcentual según percentil perímetro cefálico/edad	77
Gráfico N° 15: Distribución porcentual sobre lactancia materna exclusiva	78

Gráfico N° 16: Distribución porcentual sobre el inicio de la alimentación complementaria	79
Gráfico N° 17: Distribución porcentual sobre el esquema de inmunización	80
Gráfico N° 18: Distribución porcentual sobre la valoración del desarrollo mediante el Test de Denver.....	81
Gráfico N° 19: Distribución porcentual sobre la frecuencia de controles médicos ..	82
Gráfico N° 20: Distribución porcentual de las enfermedades prevalentes de la infancia.....	83

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE BOLÍVAR EN EL CANTÓN PELILEO, PERTENECIENTE AL ÁREA DE SALUD N° 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA, PERÍODO DEL 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012.”

Autora: López Pulloasi, Lorena Marisol

Tutora: Lic. Mg. Calero Lozada, Gloria Teresa

Fecha: Septiembre del 2013.

RESUMEN

El trabajo realizado pretende exponer la situación de las madres adolescentes y sus hijos; encontrando un problema similar en ambos casos por lo que es necesario asesoría nutricional, en el cual el personal de salud realice un seguimiento continuo a las personas con deficiencia de nutrientes, para brindarles opciones de cambio en los hábitos alimenticios y en el aprovechamiento adecuado de los productos propios de la comunidad; además se determinó el problema real sobre un peso bajo en la etapa gestacional de las adolescentes y lo que posiblemente repercute en el crecimiento inadecuado de la mayoría de niños entre los 0 a 2 años 6 meses; lo cual permitió formular y conocer el problema, a través de la identificación de las variables y la sustentación teórica-científica.

A continuación se busca la información necesaria mediante la recopilación, aplicando las fichas de recolección de datos a 24 adolescentes y 24 niños, que permitió tener una idea clara y global sobre lo que se debe realizar, y es así como se plantea una propuesta, sugiriendo un Centro de Asesoramiento Nutricional para las madres adolescentes y sus hijos; y el funcionamiento del mismo garantizará la adquisición de aprendizajes significativos y la calidad de atención del subcentro mejorará sustentablemente con pacientes más satisfechos.

PALABRAS CLAVES: MADRES_ADOLESCENTES, ETAPA_GESTACIONAL, NUTRICIÓN, LACTANCIA, MATERNIDAD.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING CAREER

“ADOLESCENT MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF THE CHILD FROM 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS OLD WHO GO TO THE HEALTH OF BOLIVAR SUBCENTRE IN CANTON PELILEO, BELONGING TO AREA HEALTH NO.5 MINISTRY OF PUBLIC HEALTH OF THE PROVINCE OF TUNGURAHUA, TIME JUNE 23 TO 23 NOVEMBER 2012.”

Author: López Pulloasi, Lorena Marisol
Tutor: Mr. Mg. Calero Lozada, Gloria Teresa
Date: September 2013

SUMMARY

The work aims to clarify the situation of adolescent mothers and their children, finding a similar problem in both cases it is necessary nutritional advice, in which health personnel continued to track people with nutrient deficiency, to provide options for change in dietary habits and the proper use of the products within the community; besides determined the real problem underweight in adolescent gestational stage and possibly inadequate growth affects most children ages 0 - 2 years 6 months; this allowed design and meet the problem by identifying variables and the theoretical basis and scientific.

Then the necessary information is searched by collecting, applying the data collection sheets to 24 adolescents and 24 children, it gave a clear and comprehensive information on what should be done, and this is how we present a proposal, suggesting a Nutritional Counselling Centre for adolescent mothers and their children, and ensures the operation of the acquisition of meaningful learning and quality of care will improve sustainably sub center with more satisfied patients.

KEYWORDS: ADOLESCENT_MOTHERS, GESTATIONAL_STAGE,
NUTRITION, LACTATION, MATERNITY.

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Investigativo está encaminado a la búsqueda de los diferentes problemas que genera la maternidad en la adolescencia, y la relación que esta situación guarda con el crecimiento y desarrollo adecuado de los hijos de las madres adolescentes en edades comprendidas entre los 0 a 2 años 6 meses.

El incremento de las madres adolescentes en Ecuador y en la Provincia de Tungurahua ha sido notable, a pesar de los esfuerzos que realizan las diferentes instituciones por reducir estos porcentajes, aún no impera la concientización en las jóvenes sobre una sexualidad segura y en la mayoría de ellas todavía existe la desconfianza en los padres y en las instituciones de salud para asesorarles adecuadamente.

En las zonas rurales se presentan casos de madres adolescentes con nivel educativo primario y secundario y en la etapa de la adolescencia media, con tendencia a presentarse mayor número de hijos en la edad adulta por no conocer los diferentes métodos anticonceptivos o la utilización adecuada de los mismos; con la educación de las madres se puede reducir las necesidades de la población en general, en especial de los niños que sin los cuidados pertinentes pueden presentar enfermedades graves que ponen en riesgo su vida si no se tratan a tiempo.

La mayoría de adolescentes abandonan sus estudios por ocuparse de sus hijos, lo cual interfiere en la adecuada crianza de los mismos; además esta deficiencia de conocimientos dificulta en gran parte la detección pronta de problemas tanto en el crecimiento como en el desarrollo; por eso es imprescindible que las autoridades pongan atención a las necesidades que posee esta población tan vulnerable, en especial a nivel nutricional.

A pesar que la hipótesis de este trabajo investigativo se rechaza porque los valores del peso y la talla de los niños investigados no varían con el referencial de manera grupal; sin embargo en el análisis e interpretación de resultados podemos notar que a nivel individual existe un porcentaje significativo de niños con riesgo de deficiencia en el crecimiento; además la mayor parte de adolescentes durante su embarazo presentan peso bajo durante el primer y segundo trimestre de gestación, los cuales son fundamentales para el adecuado crecimiento del niño en el vientre materno.

Por esta razón se propone implementar un centro de asesoramiento nutricional a las madres adolescentes, puesto que se pone de manifiesto un desconocimiento de este tema por parte de las mismas; la principal causa es la maternidad a temprana edad, debido a las múltiples necesidades que poseen las jóvenes durante esta etapa de la vida; teniendo dificultades con sus hijos al momento de proporcionarles los alimentos correctos en las distintas fases de la infancia, especialmente durante los primeros años de su vida y recordemos que es de gran importancia tener una alimentación apropiada ya que constituye la base para los hábitos alimenticios en la edad adulta.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

“Madres Adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad que acuden al Subcentro de Salud de Bolívar en el Cantón Pelileo, perteneciente al Área de Salud N° 5 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua, período del 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012.”

1.2 Planteamiento del Problema

1.2.1 Contextualización

Macro

A partir del 2006 el porcentaje de madres adolescentes se ha incrementado de forma notable, colocando al Ecuador, junto con Venezuela, a la cabeza de toda América Latina en términos de embarazo adolescente, según datos del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1.000 nacidos vivos (CELADE, 2007). En la mayoría de adolescentes pueden existir trastornos psicológicos por el temor, la culpa o la carga emocional que enfrentan al quedar embarazadas; además su falta de madurez fisiológica incrementa la tasa de mortalidad post natal, debido a que algunos fetos no se desarrollan adecuadamente y existe una gran probabilidad que estos niños vivan en un hogar inestable, por la ausencia de una figura paterna.

Las adolescentes que viven en zonas urbanas o rurales, con nivel socioeconómico bajo, analfabetas o con educación primaria; poseen escasos conocimientos acerca de las relaciones sexuales y la utilización apropiada de métodos anticonceptivos,

por esa razón son consideradas como el grupo de mayor riesgo de embarazo adolescente en Ecuador. Aquellas adolescentes que viven en zonas rurales y no utilizan métodos anticonceptivos tienen mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado que otras adolescentes de similares características pero que viven en zonas urbanas y utilizan métodos anticonceptivos.

La adolescente y su hijo tienen riesgo de enfermedad y muerte, ya que se presentan problemas de larga duración en muchos aspectos tales como: el fracaso en la educación, la pobreza y las enfermedades físicas o mentales. Además suelen privarse de asistencia durante su embarazo, lo que resulta en un riesgo mayor de tener complicaciones maternas como: hemorragias graves, infecciones, hipertensión gestacional, abortos, anemia; y complicaciones perinatales como: restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro, placenta previa, ruptura prematura de membranas, entre otras.

Los hijos de las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de nacer con bajo peso debido principalmente a su prematurez o al retraso del crecimiento intrauterino. La mayoría de madres adolescentes poseen comportamientos inadecuados tales como fumar, uso de alcohol o abuso de drogas; alimentación pobre; o parejas sexuales múltiples. Esto puede poner al niño en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones, o dependencia química. El riesgo de muerte del niño durante el primer año de vida se incrementa en relación a la edad de la madre, cuanto menor de 20 años sea.

Meso

En **Tungurahua**, María de Lourdes Freire, directora 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 vidas, siendo la más recordada por todas las mujeres y hombres la de la adolescencia”.

Hay que señalar que en los últimos tiempos varios organismos de salud y prevención social, han decidido brindar apoyo a las adolescentes, especialmente a aquellas que han afrontado un embarazo a temprana edad; su propósito es que las estudiantes de los colegios puedan conocer los problemas que deben enfrentar en la vida y sobre todo la responsabilidad de cuidar a un ser tan pequeño. Además se conoce que el embarazo se da en adolescentes que aún no han dejado de depender de sus padres y tener trabajos que les permitan ser entes productivos para la sociedad. Los hijos de estas madres pueden presentar malformaciones congénitas, retraso en el desarrollo, problemas de conducta, funcionamiento intelectual disminuido, desnutrición, y en ocasiones suelen ser víctimas de abuso físico y negligencia en sus cuidados.

Micro

El Cantón **Pelileo** cuenta con una población total de 56.573 de las cuales 27.327 son hombres y 29.246 son mujeres. La parroquia de **Bolívar** pertenece a la zona rural y posee una población total de 2.713 (1316 hombres y 1397 mujeres) de los cuales existen 563 adolescentes entre 10 a 19 años; (301 hombres y 262 mujeres); en esta parroquia existen aproximadamente 24 casos de madres adolescentes con hijos de 0 a 2 años 6 meses de edad. A partir del año 2010 hubo un incremento considerable de madres adolescentes hasta el 2012; encontrando bajo peso en su etapa de gestación; en el parto no han presentado ninguna complicación y además existen un gran número de niños con crecimiento inadecuado.

Los embarazos en las adolescentes de este sector se debe principalmente a la incorrecta educación sexual en el hogar, la falta de confianza en los padres y el desconocimiento de una sexualidad segura, la mayoría de adolescentes gestantes no se realizan los controles prenatales; esto se debe en gran parte a que no existe atención integral especializada por el cambio constante de personal médico, lo que disminuye la concurrencia de la gente y algunos lugares todavía se encuentran muy alejados del subcentro con falta de transporte y conciencia social. Además los hijos de las madres adolescentes no son valorados adecuadamente por el personal de salud en cuanto a su desarrollo, lo que implicaría un riesgo de

problemas no detectados a tiempo y sin su corrección oportuna para mejorar su calidad de vida.

1.2.2 Análisis Crítico

La inmadurez de las madres adolescentes ha tenido gran influencia en las alteraciones del crecimiento y desarrollo del niño, debido a que en el periodo de la adolescencia se producen cambios físicos, psicológicos y emocionales muy significativos; además la mayor parte de las jóvenes no tienen noción sobre las circunstancias que deben enfrentar en la vida, por lo tanto no se encuentran preparadas para asumir la maternidad a tan temprana edad; adicional a esto todavía existen en los hogares comunicación inadecuada porque los padres no tienen tiempo suficiente para dialogar con sus hijos, de esta manera desencadenan en falta de comprensión hacia sus sucesores sin poder corregir los actos erróneos que puedan realizar; en otros casos existen todavía padres que no les brindan la información adecuada a sus descendientes sobre su sexualidad, los mismos que tienen ideas tergiversadas sobre una vida sexual segura.

Las adolescentes no tienen conocimientos necesarios sobre una nutrición adecuada para ellas y por lo tanto no poseen la capacidad de brindar los nutrientes apropiados a sus hijos, esto se debe en ocasiones a que no disponen de los recursos económicos suficientes para obtener todos los alimentos que necesitan. Hoy en día las madres prefieren dar a sus niños comidas que no les aportan los nutrientes esenciales y en horarios incorrectos. La falta de entendimiento de la madre sobre el desarrollo del niño puede hacer que ella no detecte una deficiencia en su hijo; además una gran cantidad de adolescentes no realizan los controles médicos frecuentemente y por ende no pueden recibir ayuda de los profesionales para brindar los estímulos adecuados, teniendo de esta forma dificultades en el desarrollo de su descendiente.

1.2.3 Prognosis

Si este problema no es resuelto oportunamente se incrementará el número de madres adolescentes quienes tendrían que enfrentarse a nuevos retos en su vida, sin tener la madurez necesaria para educar a su hijos; las adolescentes sufrirán alteraciones afectivas emocionales entre ellas la depresión, frustración, que podría perjudicar la relación entre su descendiente o su pareja, produciéndose inestabilidad en su hogar e incluso llegando a la separación de la familia; además presentarán desorientación sobre una sexualidad segura que originará un aumento de los nacimientos de niños, que en su mayoría poseerán deficiencia en su crecimiento y desarrollo, y mayor predisposición al contagio de enfermedades graves que les llevarían incluso a la muerte.

1.2.4 Formulación del Problema

¿De qué manera influye ser madre adolescente con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad que acuden al Subcentro de Salud de Bolívar en el Cantón Pelileo, perteneciente al Área de Salud N° 5 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua, período del 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012?

1.2.5 Preguntas Directrices

- ¿Cuál es el número de madres adolescentes de 10 a 19 años que son atendidas en el Subcentro de Salud de Bolívar?
- ¿Qué alteraciones presentan los niños de 0 a 2 años 6 meses en cuanto al crecimiento antropométrico, desarrollo según el Test de Denver y el esquema de vacunación?
- ¿Cómo afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento y desarrollo?
- ¿Qué acciones se pueden desarrollar para mejorar los conocimientos de las madres adolescentes y contrarrestar las alteraciones del crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz del niño?

1.2.6 Delimitación del Problema

Delimitación de Contenido

- **Campo:** Enfermería
- **Área:** Salud Pública
- **Aspecto:** Relación entre ser madre adolescente con el crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz del niño

Delimitación Espacial

Subcentro de Salud de Bolívar

Delimitación Temporal

Este trabajo comprenderá del 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012

Objeto de Estudio

Madres Adolescentes

1.3 Justificación

El presente trabajo de investigación es de gran **interés** social, puesto que implica a un grupo de personas muy vulnerables que necesitan comprensión de la sociedad y protección de los padres para tener un futuro favorable, pero en ocasiones por el desconocimiento de una sexualidad segura pierden la orientación y asumen responsabilidades de adultos a edades tan tempranas; y tienen que educar a las nuevas generaciones que necesitan cuidados muy especiales, produciéndose deficiencia en la misma lo cual provoca enfermedades graves que no pueden afrontarlas convenientemente debido a su corta edad.

Es de gran **importancia** resolver esta problemática porque la población sigue incrementándose al igual que las diferentes necesidades; además se concientizará a la población sobre las diferentes carencias que poseen las madres adolescentes y sus hijos. Este proyecto va a ser **novedoso** porque mediante el mismo se podrá realizar trabajos encaminados al mejoramiento de los conocimientos de las madres

adolescentes sobre los cuidados adecuados de los niños, para evitar alteraciones que interfieran en el correcto crecimiento y desarrollo durante los primeros años de su vida. Por otra parte hay pocos proyectos que abarcan este tema tan importante desde el punto de vista de la madre y el niño en conjunto y todos los problemas que afrontan en la vida.

Este trabajo investigativo también es muy **útil** ya que pone de manifiesto el aumento de madres a temprana edad y las diferentes alteraciones que pueden presentar sus hijos. Por último es **factible** porque se dispone del permiso de nuestra institución para poder acceder al establecimiento de salud y de esta forma obtener la información necesaria para la investigación.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Investigar de qué manera influye ser madre adolescente con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad que acuden al Subcentro de Salud de Bolívar en el Cantón Pelileo, perteneciente al Área de Salud N° 5 del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua, período del 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Confirmar cuál es el número madres adolescentes que son atendidas en el Subcentro de Salud de Bolívar en el periodo de estudio.
- Demostrar la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo en los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad.
- Planificar programas educativos que permitan mejorar los conocimientos de las madres adolescentes y contrarrestar las alteraciones en el crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz del niño.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Investigativos

Según el trabajo investigativo elaborado por **Ibarra Loor, Silvia Patricia y otros** sobre el tema **“Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes sobre crecimiento y desarrollo de los niños entre 0 - 5 años de edad que son atendidos en el Centro de Salud Portoviejo, Enero – Junio del 2012.”** concluyen que:

El embarazo en adolescentes se da por desconocimiento de los riesgos que pueden sufrir durante la etapa de gestación, comunicación inadecuada con los padres; la mayoría de casos se da en la zona urbana; además la mayor parte de madres adolescentes no llevan a sus hijos al control médico poniendo en peligro la vida de los infantes, no reciben una nutrición de acuerdo a la edad de cada niño; un gran porcentaje de adolescentes abandonan sus estudios llegando solo hasta la instrucción primaria y por último no hay planificación familiar adecuada teniendo que cuidar incluso hasta 3 hijos.

Recomiendan que: Exista mayor participación en educación sobre el tema por parte de los padres, el personal de salud; desarrollar campañas de educación sobre los riesgos de embarazos adolescentes y la concientización sobre el rol de ser padre sobre la importancia de controles médicos mensuales de los infantes, guiar a los adolescentes desde el hogar y en el colegio educar sobre educación sexual; aprovechar los medios de comunicación para hacer conocer sobre el crecimiento y desarrollo del niño y además brindar educación a las madres por parte del personal de salud.

La investigación realizada por: **Riera Peñafiel, Zoila Mercedes y otros**, sobre el tema: **“Conocimiento de las madres adolescentes primíparas y su actitud frente al cuidado del recién nacido en el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el período enero a junio del 2010”** llegan a la **conclusión** que:

En cuanto a la lactancia materna un 100% de madres no conocían las condiciones adecuadas, la técnica correcta, las diferentes posiciones, la duración para amamantar a su hijo recién nacido en cada pecho. Los porcentajes obtenidos en la guía de observación en cuanto a las actitudes consistentes e inconsistentes se evidenciaron: en las actitudes inconsistentes se observó que un 60% de madres adolescentes tuvieron rechazo hacia sus hijos el 70% de madres no se interesan por las necesidades de sus hijos y en un 90% no cumple con su rol de madre con responsabilidad; en cuanto a las actitudes consistentes se observó que en 40% de madres tiene aceptación hacia sus hijos, el 50% de madres besan abrazan les miman a sus hijos y solo un 10% cumplen con responsabilidad su rol maternal.

Recomendaron que: Hay que socializar los resultados de esta investigación en el servicio de Gineco-Obstetricia del HPGDR, para que conozcan la realidad de las pacientes que acuden a ese servicio y poder ejecutar acciones que beneficien a este grupo vulnerable dentro de la sociedad, que en ocasiones no están preparadas física, psicológica ni emocionalmente para brindar cuidados a sus hijos. Fomentar la participación activa del personal de enfermería que labora en el servicio de Gineco-Obstetricia para que adiestren adecuadamente a las madres adolescentes sobre los cuidados específicos en el Recién Nacido como la lactancia materna, el baño, limpieza de cavidades, identificación de signos de peligro y estimulación temprana; pues la esencia del trabajo que debe cumplir enfermería se basa en la educación a las usuarias para evitar complicaciones durante su estadía en el servicio y en su hogar.

En el trabajo investigativo efectuado por **Oñate Castro, Verónica Alexandra (2011)** en el Hospital Provincial General Latacunga, anuncia el tema “**Factores de riesgo en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Provincial General Latacunga**” alcanza las siguientes **conclusiones**:

Los factores etiológicos y epidemiológicos que influyen en el aumento de adolescentes embarazadas atendidas en el Centro Obstétrico del HPG de Latacunga son: Edad (18 años – 60%), Estado civil (casadas, 31%), Instrucción (primaria, 41%), Ocupación (estudiante, 33%), Procedencia (Latacunga, 78%), Gestas (2 gestas, 14%), Evolución del embarazo (aborto, 12%, parto inmaduro, 3%), Forma de culminación (cesárea, 31%), Etiología de cesárea (DCP, 41%, Cesárea anterior 35%, SFA, 9%), Complicaciones (parto prematuro, 13%). Con respecto a los datos del año 2010. El 75% de embarazos de las adolescentes llegan a un parto a término; y el 25% tienen complicaciones. Estas complicaciones son aborto, preeclampsia, retención de restos, parto prematuro e IVU; constituyéndose en las cinco principales de morbilidad en adolescentes embarazadas.

Y propone las recomendaciones **consecutivas**: Se recomienda al equipo de salud del Centro Obstétrico del Hospital Provincial General Latacunga: Atención diferenciada, equipo multidisciplinario y espacio físico adecuado. Política de Estado: Promoción – difusión de educación sexual, planificación familiar, estrategias para la continuación de estudios, evitar el rechazo de la familia y sociedad y capacitación del personal de salud para brindar una mejor condición de cuidado y atención médica a la adolescente embarazada.

Esta investigación se fundamenta en que el embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. Actualmente el embarazo en adolescentes en el Hospital Provincial General de Latacunga constituye una causa frecuente de consultas e intervención de salud pública.

La investigación ejecutada por **Valencia Guanoluisa, Carla Verónica (2010)** en el Centro de Salud No. 1 del cantón Ambato, plantea su tema: **“Relación entre el estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños de seis meses a un año de edad que asisten a consulta en el Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Ambato”**, llega a las siguientes conclusiones:

La alimentación repercute en los niños dando como resultado un peso adecuado o inadecuado evidenciándose al momento de pesarlos. Se utilizó metodología crítico-propositiva, cualitativa y cuantitativa, de campo, se observó, donde se desarrolla la atención de la madre y el niño; y es social pues están inmersos en el vínculo afectivo madre-hijo y los profesionales de la salud. Esto se ha devenido en un problema, influenciado en el desarrollo psicomotor del niño. Se estudió el desarrollo psicomotor del niño a los seis meses de edad a 1 año y estados nutricionales del Centro de Salud No. 1 del cantón Ambato, el desarrollo psicomotor son las capacidades y habilidades que adquiere el niño para socializar e integrarse al medio familiar y social que lo rodea; el desarrollo psicomotor, es por lo tanto el estándar a lograr por el niño para su correcto desenvolvimiento en sociedad.

Se **recomienda** a las autoridades del Centro de Salud No 1 que se enfoquen más en lo que es el estado nutricional y desarrollo psicomotor del niño ya que los beneficios que brinda a la madre y a su hijo, será el factor más importante para que los congéneres realicen controles más periódicos. Buscar estrategias para brindar información a las madres sobre el desarrollo psicomotor en todos los niños menores de 5 años, principalmente a los niños de seis meses a un año con algún tipo de riesgo en la alimentación complementaria dando como resultado un desarrollo inadecuado acorde a su edad. Concienciar a los padres que asisten a control posnatal sobre la importancia, ventajas y beneficios de la estimulación temprana y su nutrición tanto en el niño como en la madre.

Este trabajo tiene un aporte significativo en diversos sectores, donde destacan el aspecto organizacional de los profesionales en el cuidado de los niños, así como también, en el aspecto social, pues, la misma permitirá determinar y/o descubrir problemas de índole nutricional y su consecuencia sobre el desarrollo psicomotriz.

En el trabajo elaborado por **Condo Pérez, Martha Lucía (2010)** en el barrio San José del Batán de la ciudad de Riobamba provincia de Chimborazo, menciona su tema: **“La Estimulación Temprana familiar y su incidencia en el Desarrollo Motriz de los niños y niñas de 0 a 2 años de la Unidad de Atención Edén del Saber del barrio San José del Batán de la ciudad de Riobamba provincia de Chimborazo en el primer quimestre noviembre 2009 a marzo 2010.”** presenta las siguientes **conclusiones:**

La Estimulación Temprana Familiar es escasa por cuanto los padres de familia no dedican tiempo suficiente a realizar la misma. El desarrollo motriz de los niños es limitado por cuanto al no recibir Estimulación Temprana adecuada sus movimientos corporales no son acordes a la edad y carecen de la coordinación necesaria. Los padres de familia no cuentan con una guía de estimulación temprana que los oriente para la aplicación diaria de la misma en sus hogares.

Y propone las **recomendaciones** consiguientes: Que los padres de familia tomen conciencia de la importancia de la Estimulación temprana y dediquen tiempo suficiente para aplicar la misma en sus hijos. Fortalecer el desarrollo motriz de los niños en base a una estimulación Temprana familiar adecuada. Elaborar una guía de estimulación temprana familiar orientada a los padres de familia para que los mismos puedan aplicar dicha estimulación temprana en forma apropiada en sus casas.

2.2 Fundamentación Filosófica

La investigación se enmarca dentro del paradigma crítico propositivo. Crítico porque los problemas parten de situaciones reales y tienen por objeto transformar esa realidad en pro del mejoramiento de los grupos o individuos implicados en ella; por tanto los problemas de investigación comienzan de la acción. En este caso se analizará la realidad de la madre adolescente y las alteraciones del niño en el proceso de crecimiento y desarrollo en su contexto y es Propositivo porque busca plantear soluciones al problema investigado

2.3 Fundamentación Legal

De acuerdo a la **Constitución Política de la República del Ecuador en el Capítulo IV Art. 47.-** En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y las de la tercera edad. Del mismo modo, se atenderá a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia doméstica, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.

Según el **Código de la Niñez y Adolescencia en el Título III Capítulo II** encontramos los siguientes artículos que amparan a las madres adolescentes:

Art. 25.- Atención al embarazo y al parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

Según el **Código de la Niñez y Adolescencia en el Título III Capítulo II** encontramos los siguientes artículos que protegen a los niños:

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

Art. 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. 26.- Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.

Para el caso de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades, el Estado y las instituciones que las atienden deberán garantizar las condiciones, ayudas técnicas y eliminación de barreras arquitectónicas para la comunicación y transporte.

2.4 Categorías Fundamentales

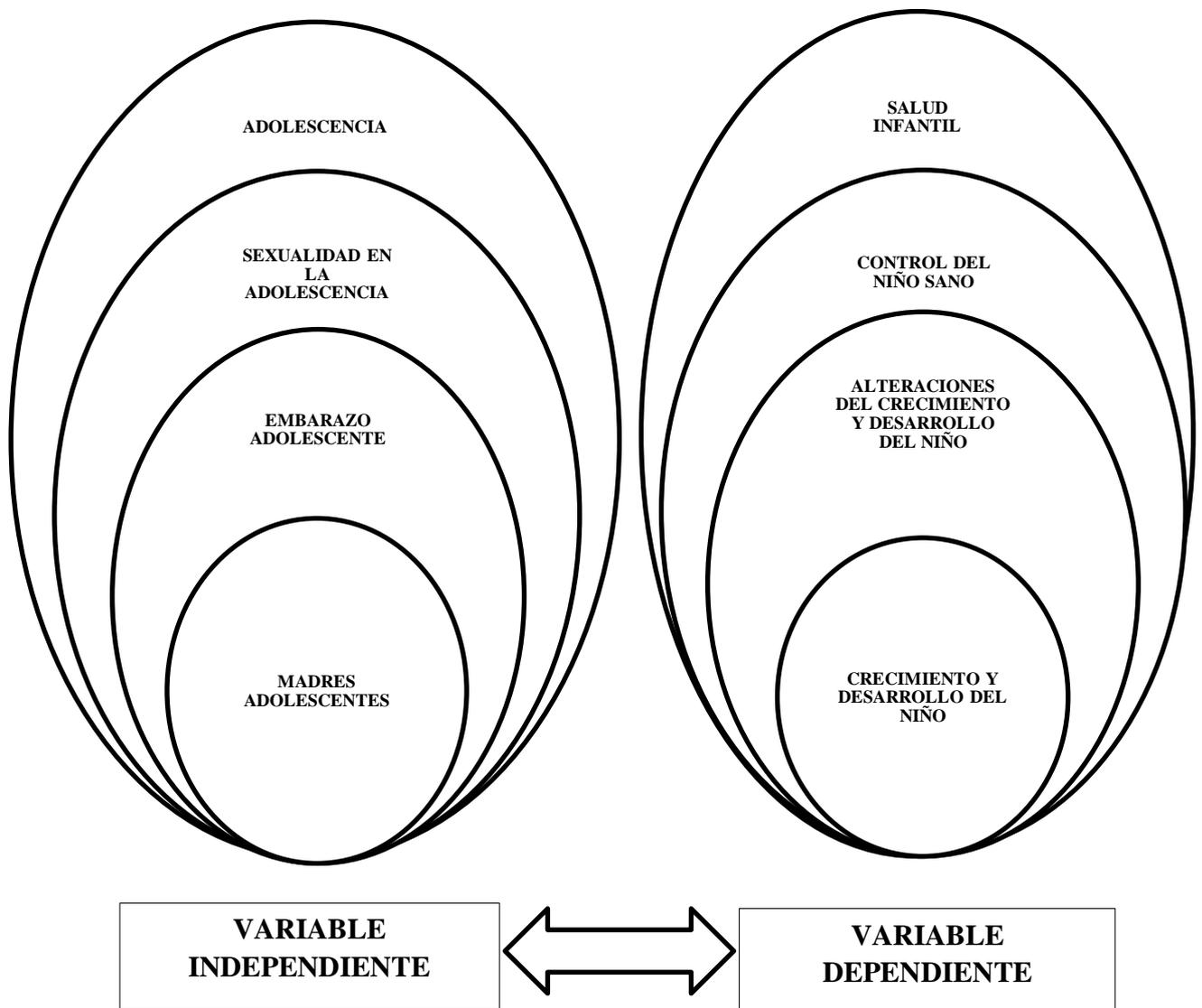


Gráfico N° 1: Red de Inclusiones Conceptuales

Fuente: Dr. Luis Herrera.

Elaborado por: Lorena López.

2.4.1 Categorías Fundamentales de la Variable Independiente

2.4.1.1 Madres Adolescentes

Concepto: Según la Ley General de Protección define a la Madre Adolescente como la mujer menor de edad embarazada o que, sin distinción de estado civil, tenga al menos un hijo o una hija.

Actitudes hacia la maternidad

“El embarazo en la adolescencia es una crisis que comprende profundos cambios somáticos y psicosociales, generalmente no es planificado por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales y no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, exhibiendo su abdomen gestante. Temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y; necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde

un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida”. págs. (11 - 23)⁽¹⁷⁾

Consecuencias de la maternidad – paternidad adolescente

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad.

1.- Consecuencias para la adolescente.

“Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de encontrar buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

2.- Consecuencias para el hijo de la madre adolescente.

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación; también se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Adquieren gran probabilidad de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

3.- Consecuencias para el padre adolescente.

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan pésimos trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un estrés inadecuado a su edad, en general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz”. págs. (11 - 23)⁽¹⁷⁾

2.4.1.2 Embarazo en la Adolescencia

Concepto: Según Rodríguez Rigual M. (2009) “El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años”.

Factores

Factores predisponentes.

1. **“Menarquia temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. **Inicio precoz de relaciones sexuales:** cuando todavía no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. **Familia disfuncional:** existen conductas incorrectas que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia íntegra y con buen diálogo padres – hijos.
4. **Mayor tolerancia** del medio a la maternidad adolescente.
5. **Bajo nivel educativo:** si en un determinado nivel educativo se pospone la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. **Migraciones recientes:** ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. **Pensamientos mágicos:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. **Fantasías de esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. **Falta o distorsión de la información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande o hay penetración completa, etc.
10. **Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre

adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía; y sin implementar medidas anticonceptivas.

11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

13. Menor temor a enfermedades venéreas.

Factores determinantes.

1. Relaciones sin anticoncepción
2. Abuso sexual
3. Violación” págs. (11 - 23) ⁽¹⁷⁾

Complicaciones

“Las complicaciones del embarazo que hacen peligrar la vida de las mujeres menores de 20 años son: hipertensión, anemia, desproporción cefalopélvica, y aborto. Estos riesgos son mayores para las jóvenes no solo por su edad, sino también porque se trata del primer parto, siempre más peligroso que los siguientes. Los factores socioeconómicos, incluidas la pobreza, la malnutrición, la falta de educación y la falta de acceso a servicios de atención prenatal o de atención obstétrica de emergencia pueden incrementar aún más el riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo adolescente.

- La **hipertensión** ocasionada por el embarazo no tratada puede causar insuficiencia cardíaca, resulta en la muerte de la madre y la criatura” ⁽¹²⁾. Las enfermedades hipertensivas pueden clasificarse en:
- **“Preeclampsia:** Se define como la presencia de proteinuria asociada con una presión arterial elevada (después de las 20 semanas de edad gestacional) medida en 2 ocasiones separadas por al menos 6 horas dentro de un período de 7 días. Dentro de la preeclampsia tenemos:

- **Preeclampsia leve:** Se caracteriza por presión arterial sistólica > 140 mmHg o una presión arterial diastólica > 90 mmHg con proteinuria.
- **Preeclampsia grave:** Se define como la presencia de proteinuria asociada con una presión arterial sistólica igual o mayor a 160 mmHg o una presión arterial diastólica igual o mayor de 110 mmHg y trastornos cerebrales o visuales.
- **Eclampsia:** Se define como el desarrollo de convulsiones o coma (no atribuibles a otra causa) en una mujer con preeclampsia.
- **Hipertensión Gestacional:** La hipertensión gestacional **leve** se define como la presión arterial sistólica igual o mayor de 140 mmHg o la presión arterial diastólica igual o mayor de 90 mmHg (sin proteinuria) medidas en 2 ocasiones separadas por al menos 6 horas durante un período no superior a 7 días después de las 20 semanas de edad gestacional. Esta entidad suele resolverse dentro de los 10 primeros días que le siguen al parto sin necesidad de tratamiento. La hipertensión gestacional **grave** se define como una presión arterial sistólica sostenida o superior a 160 mmHg o una presión arterial diastólica igual o superior a 110 mmHg medidas por lo menos 6 horas de diferencia sin proteinuria.
- **Hipertensión Crónica:** La hipertensión crónica se diagnostica si se detecta un aumento persistente de la presión arterial, con valores iguales o superiores a 140/90 mmHg, en más de 2 ocasiones separadas por más de 24 horas, antes de la concepción, antes de las 20 semanas de edad gestacional o 12 semanas después del parto.” págs. (683 - 686) ¹¹
- “La **anemia** es común en el 20% de madres adolescentes gestantes, a causa de la pérdida de sangre durante la menstruación anterior al embarazo, es una anemia por deficiencia de hierro (nivel de hemoglobina inferior a 12,8 gr/100ml de sangre). Algunas adolescentes embarazadas tienen problemas de anemia por una falta de asimilación del hierro y pueden bajar su nivel de hemoglobina a 10 en promedio. Una mujer con deficiencia de hierro se sentirá más cansada y tendrá una mayor necesidad de alimentos.” pág. (19) ¹⁴

- “La **desproporción cefalopélvica** puede retrasar o prevenir el parto vaginal. En algunos casos, si no puede practicarse la cesárea, el útero de la mujer se desgarrar y mueren tanto la madre como el niño.
- En comparación con los bebés de madres adultas, los hijos de madres adolescentes tienen más probabilidades de tener un nacimiento prematuro o bajo peso al nacer y de padecer otros problemas de salud serios e incluso la muerte. Para el lactante que sobrevive, el riesgo de mortalidad persiste durante toda la primera infancia.”⁽¹²⁾

Prevención

Las probabilidades de embarazo adolescente es mayor, debido a que se les niega la anticoncepción a los jóvenes y no se les ofrece información sobre la sexualidad y sus consecuencias.

Prevención primaria. “Medidas destinadas para evitar el embarazo en la adolescencia.

- Información sobre fisiología reproductiva gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo limitada al ámbito escolar.
- Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal sobre los problemas en cada etapa de la adolescencia.
- Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan como foro de discusión.
- Captación por personal entrenado, de los jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educación.

Prevención secundaria. Medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada.

- Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado en este tipo de atención.
- Asistencia al padre del niño, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol.

- Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción.

Prevención terciaria. Acciones que atenderán al control de la evolución del niño y sus jóvenes padres.

- Vigilancia del vínculo madre – hijo, prestando atención a signos de alarma.
- Promoción de la reinserción laboral de la madre y el padre si corresponde
- Seguimiento médico integral del joven padre.
- Asesoramiento adecuado a ambos progenitores para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto.
- Creación de pequeños hogares maternales para las jóvenes sin apoyo familiar.” págs. (344 - 345) ⁶

2.4.1.3 Sexualidad en la Adolescencia

Concepto: “La sexualidad humana no supone exclusivamente la explicitación de los instintos biológicos, sino que es el resultado de la interacción cognitiva entre el individuo y el medio ambiente. Todas las personas tenemos una amplia variedad de comportamientos sexuales, de los cuales la cultura selecciona aquellos que considera normales, tratando de imponerlos a través de la educación, la moral, la religión y leyes vigentes” pág. (426) ⁸

“La sexualidad es un constructo multidimensional que comprende aspectos éticos, psicológicos, biológicos y culturales. La expresión franca depende del ambiente biopsicosocial en el que existe el individuo.” pág. (1.413) ¹³

Comportamiento sexual adolescente

Concepto. “Son los actos sexuales reales en los que participa un individuo. La identidad sexual se define como la sensación innata de un individuo de ser hombre o mujer y se desarrolla en la primera infancia, hace referencia a la expresión externa de la sensación de masculinidad o femineidad. La orientación sexual es un patrón individual de excitación física y emocional hacia otros.” pág. (1.414) ¹³

Clasificación del comportamiento sexual compartido.

“Se clasifica en tres etapas:

1. Nivel bajo de experiencia sexual (besos y caricias)
2. Nivel medio de experiencia sexual (intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él)
3. Nivel alto de experiencia sexual (experiencia de coito con una o más personas a lo largo de la biografía)” pág. (289) ⁴

Conducta sexual. En la actualidad los adolescentes empiezan a tener citas a temprana edad (alrededor de los 14 años) e inician las relaciones sexuales de forma precoz sin la utilización de métodos anticonceptivos, lo cual aumenta las probabilidades de incurrir en un embarazo no deseado.

Relaciones sexuales prematrimoniales. “La incidencia de relaciones sexuales prematrimoniales en las mujeres se ha incrementado de manera espectacular en los últimos tiempos. En la mayoría de culturas se esperaba que las mujeres llegaran vírgenes al matrimonio, mientras que aceptaba que los hombres no lo fueran.” pág. (282) ⁴. Hoy en día la situación de las mujeres ha cambiado por la liberación femenina; sin embargo algunas confunden este aspecto con la iniciación de una actividad sexual apresurada y en ocasiones equívoca, sin medir los riesgos a los cuales se exponen.

Motivos para mantener relaciones sexuales. “Los cambios hormonales que se producen durante la adolescencia puede tener efectos indirectos en la experimentación sexual (especialmente en los hombres); sin embargo la mayor parte de jóvenes atribuyen como la principal causa para tener su primera relación sexual a la curiosidad o sentirse preparados para el sexo. Muchos motivos psicológicos están implicados en la actividad sexual, incluyendo el amor, deseo de placer, la conformidad con las normas de la pareja, buscar el reconocimiento de la misma y el deseo de dominar a alguien (Browning et al. 2000; O’Donnell et al.2003)

Los adolescentes pueden considerar las relaciones sexuales como una señal de madurez, una manera de castigar a los padres o, para las chicas, un modo de premiar a un novio por su fidelidad (McBride et al. 2003; O'Donnell et al.2003). Algunos adolescentes acceden a tener relaciones por la presión de los compañeros, sobre todo de amigos íntimos (O'Donnell et al.2003). Los jóvenes cuyos amigos han mantenido relaciones son más propensos a tenerlas ellos también” pág. (282) ⁴

Pautas de orientación.

“Los padres deben evitar un tratamiento discriminatorio en función del sexo de sus hijos; no deben proyectar sus propias frustraciones en la sexualidad de los mismos, ya que pueden favorecer a una actitud poco sana y negativa de los adolescentes. La comunicación y el diálogo son imprescindibles en la educación especialmente en este tema de gran importancia, en definitiva, lograr la felicidad de nuestros hijos implica el respeto por su desarrollo sexual completo.” pág. (436) ⁸

Inicio precoz de relaciones sexuales

“Actualmente la edad media aproximada de la primera relación coital es de 16 años para los chicos y 17 años para las chicas. Este resulta ser un dato bastante constante en nuestro medio. Entre los factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales podemos citar:

Factores biológicos. Se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual. Con el adelanto de la menarquia que se está produciendo, se han adelantado las relaciones sexuales.

Factores familiares. El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes. Además del modelo familiar la comunicación que se establezca entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo.

Factores ambientales. Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes.

Otra de las cuestiones que se ha relacionado, de manera casi constante, con el inicio de las relaciones sexuales ha sido el ámbito o medio de hábitat de los jóvenes, habiéndose postulado que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente.” págs. (819 - 820) ⁽¹⁹⁾

Planificación familiar

Concepto: “Es el conjunto de prácticas -que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores- orientadas básicamente al control de la reproducción que puede derivarse de las relaciones sexuales. Este control o planificación puede tener como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso, decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias - sociales, económicas y personales- en las que se desea tenerlos.

Elección del método anticonceptivo. Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro ni es totalmente seguro. Cada método tiene sus indicaciones y deberá buscarse aquel que sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual.

Factores que deben considerarse en la elección del método anticonceptivo.

- Estado de salud general
- Frecuencia de las relaciones sexuales
- Número de parejas sexuales
- Si se desea tener hijos (deben descartarse los métodos irreversibles)
- Eficacia de cada método en la prevención del embarazo
- Efectos secundarios
- Facilidad y comodidad de uso del método elegido” pág. (9) ⁽¹⁾

Tipos de métodos contraceptivos.

1. “Métodos hormonales

- **Anticonceptivos orales.** La mayoría de ellos alteran la secreción hipofisaria de las hormonas gonadotróficas que regulan el ciclo ovárico, de tal modo que suprimen la ovulación.
- **Minipíldora.** Contienen progestágenos que se administran de manera continuada a baja dosis. No actúan por inhibición de la ovulación sino modificando las características del moco cervical y dificultando el ascenso de los espermatozoides.
- **Dispositivo intrauterino (DIU).** Es un pequeño adminículo de material plástico flexible, de diferente forma y tamaño, que lleva enrollado un filamento de cobre en su eje central. El DIU se inserta en el interior del útero, modificando las características del endometrio e impidiendo la implantación del óvulo fecundado.

2. Métodos de barrera mecánica

- **Diafragma.** Es un casquete de goma provisto de un anillo metálico flexible que se coloca en el fondo de la vagina, de tal modo que cubra totalmente el orificio externo del cuello uterino e impida el acceso de espermatozoides.
- **Condón.** Es el principal método anticonceptivo de barrera, utilizado especialmente por la población juvenil. También se emplea por la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, en especial del SIDA.
- **Compresa anticonceptiva cervical.** Son compresas de colágeno natural o material sintético en las que se incorpora un agente espermicida y es colocada en el cuello uterino.
- **Capuchón cervical.** Dispositivo de caucho blando que se ajusta firmemente sobre el cuello uterino e impide el paso de los espermatozoides.

3. Métodos de barrera química

- **Espermicidas.** Todos estos preparados contiene un vehículo inerte que actúa de 2 maneras: 1.- Impide físicamente el paso de los espermatozoides hacia el

cuello uterino, y 2.- Libera sustancias espermicidas o espermiostáticas que destruye o inmoviliza los espermatozoides.

4. Métodos naturales

- **Método del calendario (Ogino y Knaus), de la fluidez del moco cervical y de la temperatura basal.** Abstinencia del coito durante el periodo fértil del ciclo menstrual.

5. Esterilización quirúrgica femenina y/o masculina: Es un método de anticoncepción permanente.

- **Ligadura.** Corresponde a la interrupción de la luz de las trompas de Falopio, mediante ligadura con grapas o clips, sección o cauterización, de tal modo que se impida la migración del óvulo hacia el útero.
- **Vasectomía.** La vasectomía parcial bilateral es un procedimiento quirúrgico sencillo y constituye el método más fácil y seguro de esterilización quirúrgica. Produce esterilidad al interrumpir la continuidad de los conductos deferentes e impedir que se eliminen los espermatozoides en el semen de la eyaculación.” págs. (559 - 581) ⁷

2.4.1.4 Adolescencia

Concepto: La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años.

Etapas: “Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

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

plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2.- Adolescencia media (14 a 16 años). Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con los mismos. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

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

Es importante enfatizar que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes." págs. (11 - 23) ⁽¹⁷⁾

Cambios físicos.

“Los primeros cambios externos que van a modificar el cuerpo del niño son los que se originan por la maduración sexual, conocida también como el período de la pubertad. La hipófisis genera una serie de hormonas que estimulan el desarrollo de los órganos sexuales y ciertas partes del cuerpo. La edad en la que la glándula hipofisaria segrega este tipo de hormonas depende de factores biológicos y ambientales. A modo indicativo, en la niña suelen comenzar entre los 8 y 12 años, y en el niño entre los 10 y 13 o 14 años.

El primer signo externo del inicio de la pubertad será el aumento de la estatura. En la niña, además se observará que: Se ensanchan y redondean los contornos de la

pelvis, aumenta el volumen de las mamas, crece el pelo en el pubis. Se producen cambios en los tejidos de los órganos genitales, lo que posibilitará el crecimiento y maduración de los tejidos externos e internos. Aparece la pilosidad axilar y la menarquia a los 12 años aproximadamente. Hasta la menarquia, el crecimiento de la niña es espectacular; después hacia los 13 o 14 años, el ritmo de crecimiento disminuirá.

En los niños, el primer signo de cambio puberal, es el aumento de su órganos sexuales, aparece el vello axilar, después el pubiano y el bigote. Posteriormente cambiará el tono de la voz, que será más grave. Hacia los 14 años aparecen las eyaculaciones con presencia de espermatozoides, aumenta la circunferencia torácica y aparece pelo en el abdomen, tórax y extremidades. Estos cambios aparecen en la etapa puberal y continúan en la adolescencia.” págs. (338 – 339) ⁸

Factores que favorecen los cambios físicos. “Factores que condicionarán que el potencial genético se desarrolle plenamente o no.

- Una nutrición deficiente durante la infancia retrasa el crecimiento y, si esta perturbación se prolonga, el adulto que la haya sufrido será de menor talla que la que le deparaba su potencial genético.
- Las enfermedades sufridas durante los primeros años de vida pueden alterar negativamente el crecimiento del niño.” págs. (338 – 339) ⁸

Cambios psicológicos.

La adolescencia, marcada por la cultura y por la historia. “La primera consideración se refiere al carácter singular que adquiere la concepción social sobre los adolescentes en relación con el momento, la sociedad y la actualidad cultural a la que se haga referencia. La mayor parte de las descripciones de la adolescencia valen sólo para los adolescentes de nuestro tiempo y de nuestra sociedad y, en ocasiones, para ciertos determinados grupos dentro de ella

La espera de la edad adulta. La segunda consideración es de tipo psicosocial y hace referencia a la adolescencia como un tiempo de transición y de espera entre la infancia y la vida adulta. El adolescente suele ser un individuo biológicamente

adulto a quien sociológicamente no se le considera como tal, este factor va acompañado de un retraso en el acceso al mundo del trabajo. Ese aplazamiento de la madurez social, que caracteriza a la adolescencia, está extendiéndose en nuestros días y puede constatarse en muchas observaciones cotidianas.

La identidad personal. El tercer aspecto hace referencia a la visión de la adolescencia como el período de adquisición y consolidación de una identidad personal y social, esto implica asumir por parte del adolescente conciencia moral autónoma, de reciprocidad, en la adopción de ciertos valores socialmente compartidos y en la elaboración de un concepto de sí mismo al que acompaña una autoestima básica. Además adquieren independencia en la que se produce una separación sobre todo ideológica y afectiva, respecto a la familia y en la que se establecen nuevos lazos de grupo, amistad y relación sexual.” págs. (333 – 334) ⁸

2.4.2 Categorías Fundamentales de la Variable Dependiente

2.4.2.1 Salud Infantil

Definición: “El desarrollo óptimo del niño está íntimamente ligado al concepto de salud, que va más allá de la ausencia de enfermedad; tras el aumento de la supervivencia infantil a partir de la era antibiótica y la mejoría socio sanitaria, la atención a la infancia se ha ido perfilando como una especialidad específica; y comprende desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia.

Una vez superados los problemas de mortalidad por infecciones, malnutrición y malas condiciones higiénico-ambientales, el concepto de salud es algo más que no estar enfermo. El objetivo de un desarrollo óptimo en la edad infantil considera no sólo los aspectos preventivos y de tratamiento de enfermedades, sino también aspectos emocionales, ambientales y educativos. El niño debe caminar hacia la adolescencia y la edad adulta en un entorno que incluya también aspectos humanos y culturales.”⁽¹¹⁾

Etapas de la infancia.

1. “Recién nacido. Desde el nacimiento hasta 28 días después.

Principales características

- Tiene una cabeza desproporcionada en relación con su cuerpo y duerme la mayor parte del tiempo.
- Aumenta peso de 150 gr a 210 gr por semana durante primeros 6 meses
- Aumenta talla de 2,5 cm al mes durante primeros 6 meses
- El perímetro cefálico se incrementa 2 cm por mes durante primeros 3 meses.
- Aparecen los primeros actos reflejos: succión, contracción pupilar.
- Existe falta de fuerza de los músculos que sostienen la cabeza.
- Realiza movimientos espontáneos e indiferenciados: agita y retuerce su cuerpo, mueve los brazos y piernas (pedalea)
- Las manos se mantienen sobre todo empuñadas
- Comienzan a sonreír.

2. Lactante menor. Desde los 29 días al año de edad

Principales características

- Aumenta peso de 90 gr a 150 gr por semana durante últimos 6 meses.
- Aumenta talla de 1,25 cm al mes durante últimos 6 meses
- Examina los objetos cuando mantiene estable la cabeza mientras está sentado.
- Sostienen los objetos y los sueltan de forma voluntaria.
- Realiza movimientos espontáneos, desde retorcimientos amplios hasta movimientos circulares más pequeños.
- Se produce la erupción de los dientes.
- Al principio, el niño se lo lleva todo a la boca, con el paso del tiempo, los inspecciona y luego se los lleva a la boca.
- Intenta sujetar la cuchara mientras come.
- Aparecen las primeras rabieta.
- Imitan muchas sílabas e inflexiones del lenguaje nativo.

3. Lactante mayor. Desde 1 año hasta los 3 años de edad.

Principales características

- Aumenta peso de 1.8 a 2.7kg. y talla de 10 a 12.5 cm.
- La mayoría de niños caminan independientes en el primer cumpleaños.
- Aumenta la exploración mientras dominan las maniobras de alcance.
- Se completa la dentición primaria (20 piezas dentales)
- Inicia el control de los esfínteres vesical y anal durante el día, tal vez haya control de uno de los esfínteres.
- Aumento de la dependencia cuando los padres se marchan.
- El niño señala las principales partes del cuerpo y usa 4 o 6 palabras de forma espontánea y correcta.
- Al final de esta etapa los niños comienzan a combinar las palabras para construir frases simples.
- Expresa de manera verbal la necesidad de ir al baño, de alimentarse o beber.

4. Edad preescolar. De tres a seis años

Principales características

- Puede lograrse el control de esfínteres vesical y anal
- Capacidad para dibujar un círculo si se lo solicita
- Tiene un vocabulario de casi 900 palabras al inicio y 2100 palabras al final de la etapa.
- Le gusta jugar solo y con otros niños
- Comen y beben sin derramar
- Sube escaleras, poniendo un pie en cada escalón
- Más independencia y con seguridad en sí mismo.
- Inicia la erupción de dientes permanentes
- Puede obedecer órdenes
- La mano dominante es utilizada más frecuentemente.
- Puede contar hasta 10 objetos, nombra uno o más colores

5. Edad escolar. De seis a doce años

Principales características

- Aumenta talla y peso con lentitud; al inicio tienen peso promedio de 16 a 23.6 kg y talla de 106 a 123.5 cm y al final de esta etapa poseen peso promedio de 24.3 a 58 kg y talla 127.5 a 162.3 cm; en la última etapa comienza la aparición de cambios puberales en las niñas.
- La visión alcanza su madurez
- Mayor socialización, juega con grupos de su propio género
- Lee con mayor facilidad y agilidad
- Desempeña sus actividades por si solo
- Elabora dibujos y pinturas, forma y maneja símbolos
- Inicia juegos deportivos
- Respeta a sus padres y demuestra afecto” págs. (23-58)²

2.4.2.2 Control del Niño Sano

Concepto: Según los doctores Gago, Micaela y Jinich, Pablo “La prevención y promoción de la salud es uno de los principales objetivos de la medicina familiar y de la atención médica primaria. La atención y el cuidado de la salud del niño es una parte esencial. La posibilidad de atender y conocer a toda la familia, tanto a los adultos como a los niños, le otorga al médico de familia una herramienta diagnóstica invaluable y una visión singular para el manejo de los niños en la práctica ambulatoria”

Objetivos de la consulta del niño sano

- “Establecer o incrementar la relación médico niño (o enfermera niño), para proveer soporte emocional al niño y a la familia.
- Buscar y en su caso identificar problemas manifiestos o potenciales de salud.
- Aplicar medidas específicas o guías para prevenir o aminorar los problemas de salud.
- Solidificar la relación entre niño y médico es un aspecto importante en la atención del infante y su familia, para conocer el ambiente familiar en el que el niño se desarrolla.

La búsqueda y detección de posibles padecimientos (tamización): Es la identificación de padecimientos entre niños asintomáticos y en aquellos con altas probabilidades de tener alguna anormalidad. Los beneficios de esta búsqueda no solo son la detección de enfermedades o problemas sino la habilidad para intervenir lo más tempranamente posible en aras de proveer un tratamiento pronto y efectivo.

Medidas específicas preventivas: Incluyen la inmunización activa en contra de una gran variedad de enfermedades de la infancia y una guía anticipada que incluye consejos acerca de riesgos predecibles que alteran la salud. Las recomendaciones se basan de acuerdo a la edad específica de los problemas de salud y en el conocimiento de que las medidas serán seguramente efectivas. ”⁽²⁰⁾

Nutrición infantil

Concepto. “Es el mantenimiento de una dieta adecuada y equilibrada, constituida por nutrientes esenciales y por las calorías necesarias para favorecer el crecimiento y cubrir las necesidades fisiológicas en las diversas fases del desarrollo. Las necesidades nutricionales varían considerablemente con la edad, el nivel de actividad y las enfermedades del medio, y están directamente relacionadas con la velocidad de crecimiento.”⁽²⁵⁾

Lactancia materna.

La leche materna: “La leche de la madre es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida y se adapta en cada momento a sus necesidades. Proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo adaptándose perfectamente a su función digestiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría y otras entidades de prestigio recomiendan alimentación exclusiva con leche materna hasta los 6 meses y después complementarla progresivamente con otros alimentos hasta los 2 años o más.

Tipos de leche

- **El calostro.** (leche de los primeros días) contiene gran cantidad de proteínas, vitaminas e inmunoglobulinas (defensas) que pasan a la sangre a través del intestino del recién nacido/a.
- **La leche madura.** varía su composición a lo largo de la toma, la del principio es más “aguada” (rica en lactosa) para calmar la sed y la cantidad de grasa va aumentando a medida que sale la leche, concentrándose al final de la toma; cosa que provoca la saciedad del bebé.” pág. (3)⁽¹⁶⁾

Ventajas y beneficios: La leche materna tiene múltiples ventajas nutricionales, anti infecciosas e inmunológicas, higiénicas, psicológicas, económicas, etc.

- “Desde el punto de vista **nutricional** la leche materna contiene todos los nutrientes en estructura, tipo y concentración ideal, para cubrir con exactitud a las necesidades nutricionales del recién nacido y del lactante menor.
- Desde el punto de vista **anti infeccioso e inmunológico** la leche materna es insustituible pues contiene factores de resistencia al huésped inductores y moduladores del sistema inmunitario y agentes antiinflamatorios. El calostro es una auténtica vacuna, indispensable para desarrollar en el niño el sistema defensivo contra numerosas infecciones, no sólo intestinales sino respiratorias y generales.
- En relación con la adaptación **psicosocial**, el contacto epidérmico precoz y repetido entre la madre y su hijo, le confiere posición de ventaja difícilmente superable aún por la mejor preparación industrial.
- La lactancia materna representa ventajas para la salud de la madre, tales como mejor y más rápida involución uterina postparto y menor frecuencia de cáncer mamario en las mujeres que lactan.
- La declinación de la alimentación natural en el mundo entero, ha sido calificado como “el cambio más significativo de la conducta humana que se registra en la historia” y ha merecido ser comparado en términos simplemente **económicos** con la crisis energética.” pág. (169) ¹²

“**Posturas:** La postura que adopte la madre dependerá de sus preferencias y de las circunstancias en las que se alimenta al bebé

- **Biológica o natural.** Es una postura instintiva para madre y recién nacido/a, en la que el bebé puede utilizar sus reflejos neonatales primitivos para agarrarse al pecho por sí mismo/a. Colocarse cómodamente recostada boca arriba (en la cama, sofá o sillón) y colocar al bebé sobre el pecho, en contacto piel con piel. Dejar que busque el pezón y se enganche por sí mismo/a, de forma espontánea.
- **Sentada.** Sentada en una silla con los pies algo elevados (sobre un taburete) y un cojín bajo el bebé o en una silla muy baja. Coger al bebé “barriga con barriga”, con un bracito por encima y el otro por abajo. Poner la mano de la madre en la espalda (no en su glúteo), de manera que su cabeza repose en su

antebrazo (no en el codo). Así estará frente al pecho, colocarle de forma que su nariz roce el pezón y cuando abra bien la boca empujarlo al pecho.

- **Acostada.** Los dos de lado uno frente a otro “barriga con barriga”. Colocar su nariz rozando el pezón y cuando abra bien la boca engánchalo. Esta postura es muy cómoda los primeros días especialmente después de una cesárea (colocar un cojín bajo los pies del bebé para que no golpee la herida) y es la postura más adecuada para las tomas nocturnas.” págs. (11 - 12) ⁽¹⁶⁾

Alimentación complementaria.

Definición: Se llama “alimentación complementaria” a la incorporación de otros alimentos y bebidas que complementan a la leche materna. Estos nuevos alimentos deberán complementar los nutrientes de la leche materna. La OMS, la AEPED y UNICEF recomiendan amamantar de forma exclusiva hasta los seis primeros meses de vida, y junto con otros alimentos hasta los dos años o más. La Alimentación Complementaria (AC) debería iniciarse de forma responsable pero sin agobios: de forma sencilla, divertida, en el momento adecuado para cada bebé, de manera gradual, con comprensión y respetando sus gustos.

Importancia de la alimentación complementaria

“El objetivo de la alimentación complementaria es cubrir las necesidades nutricionales y de calorías que tiene el niño, ya que este es más activo y de más edad y la leche materna no es suficiente para aportar dichas necesidades nutricionales. La introducción de otros comestibles a la alimentación del bebé, se debe convertir en un gran evento familiar, porque además de evitar el retraso en el crecimiento, deficiencia de nutrientes y la aparición de enfermedades, se convierte en la alimentación definitiva para el resto de la existencia.

La alimentación complementaria oportuna, adecuada y segura es indispensable para el lactante por las siguientes razones:

- Complementa la energía y los nutrientes de la leche materna
- Promueve la formación de conductas alimentarias deseables
- Estimula el desarrollo de diferentes áreas: personal, social y motora.

Riesgos de un inicio temprano de la alimentación complementaria (antes de los 4 meses)

- Disminución de la ingestión de leche materna e incluso su reemplazo.
- “Alimentación forzada” debido a que el lactante, por su inmadurez neuromuscular, es incapaz de demostrar saciedad, llevando a la obesidad.
- Alergias alimentarias y diabetes mellitus insulina – dependiente (Tipo 1).
- Inmadurez neuromuscular: problemas de deglución, aspiración con tos y ahogamiento.
- Deshidratación, riesgo de caries dental y hábitos alimentarios indeseables.

Riesgos de un inicio tardío de la alimentación complementario (Después de los 6 meses)

- Insuficiente energía para apoyar un óptimo crecimiento y desarrollo.
- Dificultad para la aceptación de otros alimentos.
- Aumenta riesgo de malnutrición y deficiencia de micronutrientes.

Lactante de 6 a 9 meses

- Inicie con cereales, verduras y luego frutas.
- Ofrezca el nuevo alimento en pequeñas porciones.
- Al principio no importa tanto la cantidad que coma, sino el hecho de que está aprendiendo a comer. Suministre los alimentos con taza, pocillo o cuchara.

Lactante de 9 a 11 meses

- Brinde alimentos como trozos de pan, fruta y queso. Evite licuar alimentos sólidos, para estimular la masticación y el desarrollo mandibular.
- A los 9 meses comience a brindarle la yema del huevo, sólo al final del primer año se puede ofrecer el huevo completo, esto debido a la presencia de riesgo de reacciones alérgicas que tiene la clara de huevo en algunos niños, pues ésta contiene ovo albúmina (proteína con todos los aminoácidos esenciales).

Niño de 1 a 2 años

- La alimentación del niño debe ser variada, incluyendo diariamente los diferentes grupos de alimentos: cereales, frutas, verduras, leche y productos lácteos, tubérculos y plátanos, carnes, grasas y azúcares.
- A esta edad, el niño consume la misma alimentación de la familia, por lo que se debe tener cuidado con el exceso de sal y azúcar.
- Se recomienda que el niño consuma de 5 a 6 comidas por día, ofreciendo entre las comidas principales refrigerios como: yogurt con fruta, torta con leche, jugo natural con galletas, trozos de queso, ensalada de frutas, entre otros.”⁽²¹⁾

Normas y programas nutricionales.

Sistema de vigilancia alimentaria nutricional (SISVAN)

Objetivo. “Vigilancia del estado nutricional de las embarazadas, madres en período de lactancia y los menores de 5 años que acuden a las unidades operativas del MSP, a través de indicadores antropométricos (peso, talla, edad). Esta valoración se la realiza una vez por mes, sin tomar en cuenta que el usuario/a acuda a la unidad operativa 2 o más veces en el mismo mes por control o morbilidad.

Los datos son convertidos después en indicadores del estado nutricional. En el caso de los niños la relación peso/edad se utilizan como un indicador, ya que dada la variabilidad del peso en términos de salud pública es más fácil de registrarlo. Por otra parte, el peso es recuperable de modo más factible que la talla. Otros indicadores utilizados son talla/edad, desnutrición crónica y el peso/talla, desnutrición actual o aguda.

Estrategias. Capacitación permanente por niveles según las necesidades y funciones de los recursos humanos involucrados en el SIVAN. Diseño de metodologías analítico-participativas que posibiliten el uso adecuado de la información en los diferentes niveles del sistema. Participación comunitaria activa y permanente en el desarrollo de actividades de vigilancia nutricional, diagnóstico, toma de decisiones y evaluación de acciones y programas del MSP.

Identificación de problemas que requieran de investigación y seguimiento, con el fin de determinar sus causas y acciones a tomarse.

Programa integrado de micronutrientes (PIM)

Objetivo. Contribuir a la reducción y prevención de los problemas nutricionales causados por deficiencias de micronutrientes (Fe, Zn, vitamina A, ácido fólico) en la población ecuatoriana de mayor riesgo social y biológico. Para el cumplimiento de sus objetivos el PIM tiene los siguientes componentes de suplementación a través de: tabletas de hierro y ácido fólico para embarazadas; jarabe de hierro para menores de 2 años; y cápsulas de vitamina A para niños de 6 a 36 meses.

Programa de educación alimentaria nutricional (PEAN)

Objetivo. Orientar a la población a la adopción de hábitos alimentarios saludables. Las estrategias utilizadas para el logro del objetivo, se traducen en la organización y ejecución de charlas grupales en pre y pos consulta, utilizando material educativo diseñado para el abordaje de hábitos alimentarios por ciclo de vida; demostraciones y degustaciones de producto de alimentación complementaria y recetas caseras que potencializan el valor biológico de los alimentos; a cargo principalmente del personal de enfermería.” págs. (2 - 6) ⁽²⁷⁾

Programa de inmunizaciones (PAI).

Objetivo del PAI. “Contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad infantil de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Misión del PAI. Asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa, usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de aplicar una gerencia y vigilancia epidemiológica efectivas y eficientes en todos los niveles, que involucre a los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud.

Visión del PAI. Mantiene el control, la eliminación y la erradicación de las enfermedades inmuno-prevenibles, a través de una Vigilancia Epidemiológica efectiva, oportuna, con vacunación de calidad, gratuita, equitativa y universal.

Logrando introducir vacunas de probado costo beneficio y costo efectividad. Con talento humano altamente calificado y desarrollado en todas las esferas.

Características del PAI.

- Pilar fundamental en la APS, de alto impacto
- Probado costo efectividad y costo beneficio
- Accesible a toda la población
- Protegido por la ley de vacunas
- Cumple con los principios de equidad
- Trasciende más allá de la población materna infantil
- Movilizador de voluntades
- Cuenta con el empoderamiento de los usuarios.”⁽²³⁾

“Inmunidad: Este término se ha utilizado para referirse a que los individuos que habían sufrido ciertas enfermedades transmisibles estaban exentos de volver a padecerlas.

La inmunidad puede dividirse en:

- a) Activa natural: producida por la infección.
- b) Activa artificial: producida por la vacunación.
- c) Pasiva natural: paso transplacentario de anticuerpos de la madre al niño.
- d) Pasiva artificial: producida tras la administración de gammaglobulinas (vida media corta: 17 a 24 días)

Antígeno: Un antígeno es toda sustancia capaz de interactuar con el receptor de células T o B. Para lograr esta meta las vacunas actuales utilizan varios tipos, hablándose a veces de una molécula, otras de una bacteria, un virus o una célula.

Tipos de antígenos.

1. **Toxoides.** exotoxinas bacterianas, conservan su antigenicidad perdiendo la toxicidad (ej. difteria, tétanos)
2. **Subunidades.** polisacáridos de neumococo y Haemophilus influenzae B.

3. **Antígenos obtenidos por ingeniería genética.** ej. antígeno recombinante de la Hepatitis B.
4. **Microorganismos muertos.** ej. polio inactivada.
5. **Microorganismos vivos atenuados.** ej. polio oral, fiebre amarilla, triple vírica (sarampión, rubéola, parotiditis), varicela.

Consideraciones generales

Las ventajas de la inmunización superan con mucho el riesgo de las reacciones asociadas a las vacunas y más aún los problemas que ocasionaría la infección natural. Además debemos tener en cuenta que hay eventos que pudieran suceder cuando se vacuna, pero que estos son solamente eventos asociados y no existe una relación causal con la vacuna colocada.

Contraindicaciones absolutas generales para todas las vacunas

1. Reacción anafiláctica a dosis previas de la vacuna.
2. Reacción anafiláctica previa a alguno de los componentes de la vacuna.

Precauciones generales para todas las vacunas

1. Enfermedad aguda, moderada o grave con o sin fiebre.
2. Alergia al látex.” págs. (36 - 38) ⁽²⁸⁾

Enfermedades prevalentes en la infancia.

Infecciones respiratorias agudas.

“Las infecciones del aparato respiratorio continúan siendo en todas las edades, el motivo principal de morbilidad por enfermedad aguda: concretamente, los niños hasta los 2 años de edad padecen de 6 a 8 procesos respiratorios agudos anualmente. Una neumonía es un proceso inflamatorio del parénquima pulmonar de etiología diversa, que se traduce radiológicamente por una condensación pulmonar, y clínicamente por la aparición de signos y síntomas comunes en lo fundamental a las diversas etiologías.” pág. (707) ¹⁰

“Indicadores de severidad para IRA: Se seleccionaron los 2 fundamentales:

- a) Frecuencia respiratoria: Casi siempre representa (salvo ante componente broncoobstructivo) compromiso parenquimatoso o alveolar inicial y el de la distensibilidad pulmonar. En los niños se considera frecuencia respiratoria alta a los siguientes datos: 60 para menores de 2 meses, mayor de 50 para niños de 2 a 12 meses y mayor de 40 para niños mayores de 1 año.
- b) Retracciones subcostales: Expresa un mayor compromiso parenquimatoso, existe la necesidad de hospitalizar y administrar oxígeno, siempre y cuando fuera un dato persistente en la evaluación del niño.

Otros indicadores para niños con signos de peligro, y posibilidad de enfermedad muy grave con posible compromiso sistémico y riesgo de muerte fueron:

- Dificultad para beber líquidos.
- Somnolencia o dificultad para despertar (sistema nervioso comprometido)
- Estridor laríngeo: signo de peligro si el niño lo presenta cuando está en reposo.
- Convulsión compleja: posible indicador de compromiso neurológico.
- Desnutrición grave: determinar si el niño presenta kwashiorkor o marasmo.
- Fiebre o hipotermia: en menores de 2 meses indican signo de peligro.

Clasificación y niveles de atención en IRA: Se plantean diferentes niveles de atención según severidad así:

- **Enfermedad muy grave.** Signos de IRA y compromiso grave del estado general manifestados por cualquiera de los signos de peligro. En este nivel de severidad es imposible, como enfoque inicial, descartar una infección diseminada que esté comprometiendo incluso el sistema nervioso central.
- **Neumonía grave.** Signos de IRA, más retracciones subcostales claras y sin signos de enfermedad muy grave, deben ser atendidas en el hospital por el médico. Presentan retracciones subcostales claras, saturaciones de oxígeno inferiores a 90%, y necesitan administración de oxígeno como parte básica del manejo.

- **Neumonía.** Signos de IRA, más frecuencia respiratoria alta sin otros indicadores de severidad, pueden ser atendidos en el centro de salud. En menores de 2 meses si tiene aumento de la F.R., se considera como neumonía grave por el mayor riesgo que significa en este grupo etario.
- **IRA sin neumonía.** Signos de IRA que no presentan indicadores de severidad. Será un grupo de pacientes que deben ser atendidos en la comunidad, por la madre, el voluntario en salud, el promotor en salud y el apoyo de la auxiliar de enfermería. Las recomendaciones para asistencia domiciliaria son 6 mensajes principales mediante la palabra FALTAN así:
 - F:** manejo de la fiebre.
 - A:** alimentación fraccionada.
 - L:** líquidos frecuentes y fraccionados.
 - T:** manejo de la tos, con adecuada hidratación y suavizantes de la región faríngea.
 - A:** vigilar los signos de alarma.
 - N:** desobstrucción de la nariz.” págs. (134 - 135) ¹

Enfermedades diarreicas agudas.

“Un niño o niña padece diarrea cuando hace 2 o 3 deposiciones líquidas al día. Cuantas más deposiciones líquidas, más peligrosa es la diarrea. Esta enfermedad es la segunda causa más habitual de muerte en los niños y niñas de corta edad; quienes son más vulnerables que los adultos a morir por causa de la diarrea, debido a que su organismo se deshidrata y queda desnutrido con más rapidez.

Causas: La diarrea se origina por la ingestión de gérmenes, en especial los procedentes de las heces. Esto ocurre con más frecuencia cuando las heces no se desechan de forma correcta, las prácticas de higiene son precarias, cuando hay escasez de agua potable salubre o cuando los bebés no se alimentan con leche materna.” pág. (89) ⁵

Tipos de diarreas: Las diarreas se pueden clasificar según su duración o la forma de deposición, en:

- **Diarrea Aguda:** La enfermedad que dura menos de 14 días en los niños mayores de 2 meses, o menos de 7 días en los menores de 2 meses.
- **Diarrea Persistente:** La enfermedad diarreica que, habiendo empezado como aguda, se prolonga por 14 días o más.
- **Diarrea Prolongada:** La que tiene una duración de 7 días o más en el niño menor de 2 meses.
- **Diarrea Acuosa:** La enfermedad diarreica en la cual las deposiciones son líquidas o semilíquidas, acompañadas o no de moco.
- **Diarrea Disentérica:** Cuando las deposiciones están acompañadas de sangre macroscópicamente visible.

Tratamiento: El tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, en sus lineamientos generales ha sido establecido por la estrategia de Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sus bases fundamentales son:

- Evaluación correcta del paciente.
- Terapia correcta de hidratación (oral o intravenosa).
- Continuación de la alimentación durante la enfermedad.
- Empleo de antibióticos sólo cuando estén indicados.
- Recomendación correcta para el manejo efectivo del niño en el hogar.
- Administración de suplementos de zinc a los niños con diarrea.” págs. (12 - 13)⁹

Desnutrición infantil.

“La desnutrición infantil es una enfermedad causada por ingestión insuficiente de proteínas, las cuales son necesarias para la salud corporal y el desarrollo normal de los músculos y las calorías, quienes son las encargadas de dar energía para que nuestro cuerpo pueda funcionar de forma normal.

Factores de riesgo: Factores individuales y ambientales

1. Bajo peso al nacer.
2. Privación al seno materno
3. Hijo de madre adolescente
4. Hábitos alimentarios inadecuados
5. Higiene y saneamiento deficientes.

Causas

- Deficiente absorción de los nutrientes de los alimentos
- Falta de una vitamina en los alimentos, como el hierro.
- Familias de bajos recursos económicos.

Signos y síntomas: Fatiga, mareo, pérdida de peso, disminución de la respuesta inmune.

Clasificación

Por su duración. Se clasifica en:

1. **Aguda.** Se presenta debido a la restricción de alimentos que se manifiesta por la pérdida de peso y en ocasiones detención del crecimiento. Cuando el niño es atendido adecuadamente y oportunamente, este se recupera, repone sus pérdidas y vuelve a crecer normal.
2. **Crónica.** Cuando la privación de alimentos se prolonga, la pérdida de peso se acentúa, como consecuencia el organismo disminuye los requerimientos y deja de crecer; es decir mantiene una estatura baja para su edad.

Por su intensidad. Se clasifica en:

1. **Leve.** Es cuando la cantidad y variedad de nutrimentos que el niño recibe son menores a sus requerimientos. Al inicio se caracteriza por la pérdida de peso.
2. **Moderada.** Cuando la falta de nutrimentos se prolonga y acentúa, la desnutrición se agudiza y fácilmente se asocia a procesos infecciosos, se

manifiesta con mayor déficit de peso, detención del crecimiento, anorexia y mayor facilidad para contraer infecciones.

3. Severa. Cuando la carencia acentuada de alimentos continua asociada a padecimientos infecciosos frecuentes, la anorexia se intensifica y la descompensación fisiológica del organismo llega a tal grado, que pone al niño en grave peligro de muerte se manifiesta en dos formas:

- **Marasmo (desnutrición seca).** Presenta las siguientes manifestaciones: delgadez excesiva, cara de viejito, llanto exagerado, pelo ralo.
- **Kwashiorkor (desnutrición con edema modificando el peso del niño).** Tiene las siguientes características: hinchazón sobre todo en pies, piernas, manos y cara, triste, pelo ralo, lesiones en la piel.

Tratamiento

1. El tratamiento adecuado en estos casos es mantener hidratado al niño, suministrando alimentos licuados, triturados, principalmente a base de lácteos;
2. La prevención de la deficiencia de hierro requiere seguir una dieta adecuada que incluya alimentos ricos en este mineral (verduras de hoja verde, legumbres y carnes rojas). Su tratamiento puede incluir un incremento de la ingestión de hierro a través del consumo de alimentos fortificados y la prescripción de suplementos.”⁽⁸⁾

2.4.2.3 Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo del Niño

Alteraciones del crecimiento

“Hasta los 5 o 6 años de edad, las diferencias en el crecimiento dependen de la nutrición, del modo de alimentarse, del medio ambiente y de la atención sanitaria, más que de posibles factores genéticos o étnicos. El aumento regular de peso y talla es el indicador más fiable de que el niño goza de un buen estado general de salud y se desarrolla adecuadamente.

Retraso del crecimiento intrauterino (RCIU): Se refiere al tamaño inferior a lo normal de un bebé durante la gestación en el útero. Los bebés afectados por este trastorno, generalmente, tienen un peso bajo al nacer, además de mayores

probabilidades de desarrollar ciertos problemas de salud, tanto durante el periodo de gestación como después del nacimiento.

Talla baja: La glándula pituitaria produce la hormona del crecimiento, que estimula el de los huesos y otros tejidos. Los niños que padecen una deficiencia en la producción de esta hormona pueden tener muy baja estatura.

- **Retraso de talla constitucional.** Este término se aplica a niños que son pequeños porque tienen una maduración más lenta de la habitual. En general, son niños con una talla normal al nacer, pero que desaceleran su velocidad de crecimiento después de los 6 meses; su curva de crecimiento se estabiliza alrededor de los 2 o 3 años. Posteriormente crecen a velocidad normal.

- **Retraso de talla familiar.** Estos niños son pequeños porque su carga genética así lo determina. Su talla de nacimiento es normal o baja y luego desaceleran su crecimiento en los primeros años de vida, para continuar posteriormente a velocidad normal baja.

- **Privación psicosocial.** Se manifiesta en niños internados en hogares institucionales u orfanatos, que presentaban un grave retardo en el crecimiento a pesar de tener un aporte nutricional adecuado y ninguna causa orgánica.

- **Retrasos de talla de causa endocrina.** Son poco frecuentes, ya que representan entre un 5 y un 10 % de todos los casos de retraso de crecimiento.

Acromegalia o Gigantismo: Es un trastorno poco común causado por un exceso en la producción de la hormona del crecimiento, debido a un tumor benigno en la glándula pituitaria (adenoma pituitario). El paciente generalmente tiene las manos y los pies muy grandes, labios gruesos, engrosamiento de los rasgos faciales, agrandamiento de la mandíbula y la frente, y dientes muy espaciados.” págs. (17 - 18) ⁽⁹⁾

Trastornos del desarrollo

Trastornos del desarrollo adaptativo: “Son una categoría de los problemas de salud mental que incluye las dificultades de los niños para alcanzar las funciones tempranas del desarrollo, como por ejemplo, las habilidades del lenguaje, de la comunicación, de la socialización y las motoras.

- **Trastorno de Rett.** Se diagnostica principalmente en niñas. Su desarrollo transcurre de manera aparentemente normal hasta los 6-18 meses, momento en el que se produce un cambio en su comportamiento y alguna regresión, o incluso pérdida de habilidades, especialmente las motoras gruesas, tales como caminar y moverse. A esto le sigue una pérdida en habilidades como el lenguaje, el razonamiento y el uso de las manos.
- **Trastorno desintegrativo de la infancia.** Se trata de una clara regresión en múltiples áreas de funcionamiento (habilidad para moverse, control de los esfínteres anal y urinario, habilidades sociales y de lenguaje) tras un periodo de al menos dos años de desarrollo aparentemente normal.
- **Trastorno profundo del desarrollo no especificado.** Este trastorno solo puede diagnosticarse cuando existe una dificultad severa y generalizada en el desarrollo de habilidades de comunicación verbal y no verbal en las interacciones sociales, o cuando existen comportamientos, intereses o actividades estereotipadas, pero no se cumple suficientemente el criterio para diagnosticar un trastorno generalizado del desarrollo específico, esquizofrenia o trastorno de personalidad esquizofrénica.

Trastornos del Desarrollo Personal-Social: Son los que impiden que el niño desarrolle capacidades y características que le permitan establecer interacciones sociales significativas.

- **Autismo infantil.** Es un trastorno severo y crónico del desarrollo que aparece desde los primeros años de vida y se da con más frecuencia en niños que en niñas. El diagnóstico de esta condición se basa en 3 aspectos fundamentales que se deben producir en los tres primeros años de vida: alteración en la habilidad para la interacción social y la comunicación; y la presencia de comportamientos, intereses o actividades restringidas o repetitivas.
- **Trastorno de Asperger:** Es un trastorno del desarrollo caracterizado por una ausencia de habilidades sociales, dificultad con las relaciones sociales, baja coordinación y concentración, y un rango de intereses restringido, pero con inteligencia normal y habilidades de lenguaje normales en las áreas de vocabulario y gramática.” págs. (19 - 21) ⁽⁹⁾

2.4.2.4 Crecimiento y Desarrollo del Niño

“El crecimiento y el desarrollo se refieren al proceso de transformación del óvulo fecundado en un individuo adulto. El crecimiento es un proceso complejo, producto de la continua interacción de la herencia y el ambiente desde la concepción a la edad adulta.” pág. (845)³. Se define crecimiento como el aumento de tamaño del organismo. Desarrollo, en cambio, es la aparición de nuevas características o la adquisición de nuevas habilidades.

Crecimiento: El crecimiento implica fundamentalmente un incremento de las dimensiones corporales originado por el aumento del número y tamaño celular; es decir, un proceso de hiperplasia e hipertrofia celular.

Valoración del crecimiento

Medidas antropométricas. Es la medición de las dimensiones físicas del ser humano en diferentes edades y estados fisiológicos.

Peso. “No es una medida tan específica de crecimiento como la talla ya que refleja la composición corporal (agua, grasa, músculo, hueso, vísceras), es decir, una mezcla de tejidos. Sin embargo el peso, sobre todo en niños pequeños, refleja el estado de salud y nutricional. Se deben utilizar balanzas de precisión tanto electrónicas como manuales, equilibradas y calibradas periódicamente. Deben pesarse desnudos o con ropa interior” pág. (858)³. “La valoración del peso es uno de los índices de crecimiento más utilizado actualmente, un recién nacido a término y sano pesa entre 2500 y 4000 gramos.”⁽²⁶⁾

Talla (longitud o talla). “La talla o longitud son medidas utilizadas para evaluar el crecimiento longitudinal en niños y niñas menores de cinco años, ya que un alto porcentaje de la talla adulta se alcanza en este período de vida. (INE, Guatemala).

Longitud.- Mide el tamaño de niños y niñas desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones) y se mide acostado, boca arriba (en cúbito supino). Esta medida se toma en niños y niñas de cero a veinticuatro meses. (INE, Guatemala). La longitud media de un recién nacido es de unos 50 cm.

Talla.- Mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones); en posición vertical (parado). La talla se toma en niños y niñas mayores a veinticuatro meses. (INE, Guatemala). En general, la talla es menor que la longitud en alrededor de 0,7 cm. Esta diferencia fue tomada en cuenta al desarrollar los nuevos patrones de crecimiento de la OMS.” págs. (27, 30) ⁽²²⁾

Perímetro cefálico. “Se relaciona con el volumen intracraneal y permite una estimación de la tasa de crecimiento del cerebro. Tiene un rango estrecho para cada edad, con una desviación estándar que permanece pequeña y casi constantes durante el período de crecimiento.” pág. (857) ³. “Para la medición se utiliza una cinta métrica extensible (no metálica). La cinta ha de circundar las prominencias frontal y occipital buscando el perímetro máximo. El perímetro cefálico medio es de unos 34 cm.” ⁽²⁶⁾

Interpretación de los indicadores de crecimiento

“A continuación, se presenta la forma de interpretar los indicadores de crecimiento para niños o niñas menores a cinco años:

Indicador peso para la edad (P/E). Refleja el peso corporal en relación con la edad del niño o niña en un momento determinado. Este indicador se usa para evaluar si hay bajo peso y bajo peso severo; pero no se usa para clasificar a un niño o niña con sobrepeso u obesidad. Nota: Si el niño o niña presenta edema en ambos pies, la retención de líquido aumenta su peso, enmascarando lo que en realidad podría ser muy bajo peso.

Indicador longitud o talla para la edad (L/E o T/E). Refleja el crecimiento longitudinal alcanzado por la niña o niño, según su edad en una visita determinada. Este indicador permite reconocer a niños o niñas con retardo en el crecimiento (longitud o talla baja) debido a un insuficiente aporte de nutrientes por periodos prolongados o enfermedades recurrentes. También puede identificarse a los niños o niñas que son altos para su edad; sin embargo, en raras ocasiones son un problema, a menos que este aumento sea excesivo y pueda estar reflejando desórdenes endocrinos no comunes.

Indicador índice de masa corporal para la edad (IMC/E). El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de una persona. A pesar de que no hace distinción entre los componentes grasos y no grasos de la masa corporal total, este es un método para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad. Se calcula según la expresión matemática: $\text{Peso en kg} \div \text{talla o longitud en metros al cuadrado (kg/m}^2\text{)}$.

Indicador perímetro cefálico para la edad (PC/E). El indicador PC/E se evalúa en niños y niñas de cero a dos años. Aporta información valiosa en relación con el crecimiento del cerebro, especialmente durante los primeros tres años de vida, cuando alcanza el 80% de su tamaño definitivo; a los seis años, llega al 93%; de siete a dieciocho años aumenta solo cuatro centímetros y, después de los dieciocho años, prácticamente ya no aumenta más. (ROJAS, 2000).” págs. (48 - 58) ⁽²²⁾

Tendencia de crecimiento en el tiempo

- **“Línea de crecimiento ascendente.** Bueno. El niño o la niña están creciendo bien.
- **Línea de crecimiento plana o estancamiento.** Señal de peligro. El niño o la niña deben comer por lo menos cinco veces al día y acudir a la unidad de salud.
- **Línea de crecimiento descendente.** Mucho peligro. El niño o la niña pueden estar enfermos y necesitan cuidados especiales.” pág. (63) ⁽²²⁾

Desarrollo: “El desarrollo es un proceso fisiológico que a partir de una célula pluripotencial e indiferenciada, hace posible la diferenciación, maduración, organización y función de tejidos, órganos y aparatos que forman en su conjunto el organismo humano.

Evolución de la motricidad amplia.

En su evolución el acto motor voluntario discurre con:

- Progresiva diferenciación de global a individual (desde actos amplios e indiferenciados a precisos y refinados)
- En proyección céfalo – caudal
- De axial a distal

Esta transformación es posible por:

- Evolución del tono muscular (disminución de hipertonía flexora de extremidades, aumento del tono del tronco) lo que facilita los movimientos
- Desaparición de las reacciones arcaicas (permite llevar las manos hacia la línea media)
- El desarrollo de reacciones de equilibrio, cambios automáticos del tronco y extremidades, que el niño utiliza para balancearse y evitar la caída

Evolución de la motricidad fina.

Para que la mano inicie el proceso que ha de llevarle a alcanzar su preeminente función como órgano motriz, sensorial y de comunicación, debe antes:

- Liberarse de la acción de la sinergia tónico flexora de la mano (reflejo de prehensión palmar)
- De la reacción tónico – cervical asimétrica
- Superar la etapa de hipertonía flexora de las extremidades
- Establecer una coordinación con el sentido de la vista

Evolución de la percepción sensorial. Los sentidos son imprescindibles para la recepción de formación y adquisición de experiencia perceptiva, desarrollo de múltiples áreas tanto de función motriz como cognitiva.” págs. (845 - 868) ³

Desarrollo Psicomotor (ICETA A., 2002)

Test de Aldrich y Norval: Es un instrumento que permite la valoración del desarrollo psicomotor de niños de 0 a 12 meses de edad

Test de Barrera – Moncada: Es un instrumento que valora el desarrollo psicomotor y se utiliza para niños de 12 a 60 meses

Test de Denver: Es una herramienta de tamizaje para el niño aparentemente normal entre las edades de 0 meses a 60 meses. Permite al médico identificar a aquellos niños que tienen retraso en el desarrollo. Para los niños nacidos antes de las 38 semanas de gestación, la edad debe ser corregida por la prematuridad, hasta la edad de 2 años

La prueba se valora a niños que presenten fallos o prevenciones en un pretest. Si el niño no tiene retrasos o advertencias se considera que tiene un desarrollo normal. Si por el contrario tiene un retraso y dos prevenciones, se reevaluará el pretest un mes más tarde. Si el niño presenta dos o más retrasos o tres o más prevenciones en la primera evaluación, debe aplicársele el DDST-II tan pronto como sea posible. La prueba Denver II está diseñada para probar al niño en cuatro sectores: Personal – social, el motor fino adaptativo, el lenguaje, el motor grueso”.

2.5 Hipótesis

“Ser madre adolescente incide con la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Subcentro de Salud de Bolívar durante el período del 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012”

2.6 Señalamiento de Variables de la Hipótesis

Variable Independiente

- Madre adolescente

Variable Dependiente

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

Término de Relación

- Incidencia

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque

Al tratarse de una investigación enmarcada dentro del paradigma crítico propositivo, el enfoque es predominante 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 empleó 2 investigaciones: La investigación de **campo** por cuanto permite al investigador recopilar la información en el sitio de los hechos; es decir, en el Subcentro de Salud de Bolívar sobre las madres adolescentes y sus hijos, aplicando técnicas para el efecto, mediante la observación de la situación en la que se encuentran, sus condiciones de vida e identificar las alteraciones que pueden estar presentando los hijos de las madres adolescentes en cuanto a su crecimiento y desarrollo psicomotor. La investigación **bibliográfica** la misma que permite sustentar bibliográficamente la fundamentación teórica mediante la utilización de libros, folletos, y N'tics.

3.3 Nivel o Tipo de Investigación

Al principio es de tipo **Exploratorio**, por cuanto permite familiarizarse con el problema, ver cuál es su comportamiento en su contexto, y recopilar la información inicial para asociar las variables, en esta investigación se recopiló la información mediante la observación y la utilización de fichas de recolección de datos.

La investigación es de tipo **Descriptivo**, ya que nos proporciona conocer cómo se encuentra la situación actual del problema, es decir describirlo, utilizando técnicas de recolección de la información; mediante instrumentos debidamente estructurados en el presente caso con fichas de recolección de datos, que van dirigidas a las madres adolescentes y sus hijos de 0 a 2 años 6 meses de edad.

Finalmente de tipo **Correlacional o de Asociación de Variables**, determina como asocia la variable independiente como es madres adolescentes frente a la variable dependiente que es el desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad, para conocer los diferentes problemas que enfrentan los mismos.

3.4 Población y Muestra

El Universo de esta investigación que se realizará en el Subcentro de Salud de Bolívar, perteneciente al área N° 5 del Ministerio de Salud Pública, de la Provincia de Tungurahua, Cantón Pelileo; se encuentra constituido por 24 madres adolescentes y 24 niños de 0 a 2 años 6 meses de edad que acuden a este lugar actualmente; quienes se emplearán para el estudio. En vista de que los casos de la población son muy reducidos se ha escogido el método de Muestreo No Probabilístico ya que la selección de las unidades de análisis dependen de las características, criterios personales, etc., del investigador, procurando que la muestra obtenida sea lo más representativa posible; y dentro de este Muestreo tenemos el Muestreo Intencional puesto que el investigador selecciona los casos característicos de la población limitando la muestra a estos casos.

3.5 Operacionalización de Variables

3.5.1. Operacionalización de la Variable Independiente: Madres Adolescentes

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas	Instrumentos
Madre adolescente es la mujer que tenga al menos un hijo o una hija entre los 10 y 19 años.	Madre	<ul style="list-style-type: none"> • Maternidad • Nivel Socioeconómico, Educativo. 	<p>¿Afectó la maternidad en la adolescencia?</p> <p>¿Qué nivel educativo poseen las madres adolescentes?</p> <p>¿Cuál es el nivel socioeconómico que tienen las madres adolescentes?</p>	Observación	Fichas de recolección de datos
	Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios Físicos, Psicológicos y Sociales 	<p>¿Cuáles son los cambios que se presentaron en el embarazo y maternidad?</p>		
	Etapas	<ul style="list-style-type: none"> • 10 a 13 años • 14 a 16 años • 17 a 19 años 	<p>¿A qué edad tuvo su primer hijo la adolescente?</p>		

Tabla N° 1: Operacionalización de la Variable Independiente: Madres Adolescentes

Fuente: VI Seminario de Graduación de Enfermería

Elaborado por: Lorena López

3.5.2 Operacionalización de la Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del Niño

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnicas	Instrumentos
Proceso continuo que incluye cambios físicos significativos, emocionales, de lenguaje y el desarrollo psicomotriz del niño	<p>Proceso continuo</p> <p>Cambios físicos</p> <p>Desarrollo psicomotriz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Controles Médicos ☐ Esquema de Vacunación ☐ Peso ☐ Talla ☐ Perímetro Cefálico ☐ Desarrollo de los 12 primeros meses. ☐ Desarrollo desde los 13 hasta 60 meses. 	<p>¿Con qué frecuencia acuden a los controles médicos?</p> <p>¿Cumple con el esquema de vacunación de acuerdo con la edad del niño?</p> <p>¿En qué rango se encuentra el peso, talla y perímetro cefálico del niño?</p> <p>¿De acuerdo al Test de Aldrich y Norval el niño presenta alguna alteración?</p> <p>¿De acuerdo al Test de Barrera Moncada el niño presenta alguna alteración?</p> <p>Si se detectó alguna alteración en los tests anteriores ¿se aplicó el Test de Denver?</p>	Observación	Fichas de recolección de datos.

Tabla N° 2: Operacionalización de la Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del Niño

Fuente: VI Seminario de Graduación de Enfermería

Elaborado por: Lorena López

3.6 Técnicas e Instrumentos

La observación permitirá identificar el aspecto y salud general del infante, al igual que las condiciones en las que se desenvuelven el niño y la madre. Como instrumentos se utilizarán registros específicos como la ficha médica, el carné de salud de los infantes a fin de obtener información sobre el crecimiento antropométrico y evolución de su crecimiento y desarrollo. Las fichas de recolección de datos permitirán recoger información sobre la situación de las madres adolescentes actualmente, como fue su embarazo y que consecuencias se dieron con el mismo; además nos permitirá conocer las condiciones de salud del niño; a través de su crecimiento y desarrollo.

3.7 Plan de Recolección de Información

La siguiente investigación se desarrollará con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos y comprobar la hipótesis planteada; se obtendrá la información de las madres adolescentes que asisten al Subcentro de Salud de Bolívar; los aspectos que se tomarán en cuenta para la investigación son las madres adolescentes y el crecimiento y desarrollo de sus hijos, durante el período de junio a noviembre del 2012 en el Subcentro de Salud antes mencionado, a donde se deberá acudir las veces que sean necesarias, para aplicar las fichas de recolección de datos previamente elaboradas.

El proceso de recolección tendrá las siguientes etapas:

- Prueba piloto de aplicación de los instrumentos
- Aplicación de los instrumentos
- Limpieza de la información

Preguntas Básicas	Explicación
1 ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de investigación
2 ¿De qué personas u objetos?	Madres adolescentes y niños de 0 a 2 años 6 meses de edad
3 ¿Sobre qué aspectos?	Operacionalización de variables
4 ¿Quién? ¿Quiénes?	Investigadora: Lorena López
5 ¿Cuándo?	Junio – Noviembre 2012
6 ¿Dónde?	Subcentro de Salud de Bolívar
7 ¿Cuántas veces?	Las veces que sea necesario
8 ¿Qué técnicas de recolección?	Observación
9 ¿Con qué?	Fichas de recolección de datos

Tabla N° 3: Plan de Recolección de Información

Fuente: Dr. Luis Herrera

Elaborado por: Lorena López

3.8 Plan de Procesamiento de la Información

Una vez aplicadas las fichas de recolección de datos a las madres adolescentes y los niño de 0 a 2 años 6 meses de edad del Subcentro de Salud de Bolívar se procesará la información mediante la tabulación de datos, la cual incluye la utilización de cuadros y gráficos que evidenciarán partes esenciales de lo que se pretende investigar; luego se realizará el análisis e interpretación de resultados a través de lo cual se obtendrá las conclusiones y recomendaciones del trabajo investigativo.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de resultados

TABLA N° 1

INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES SEGÚN GRUPO ETARIO

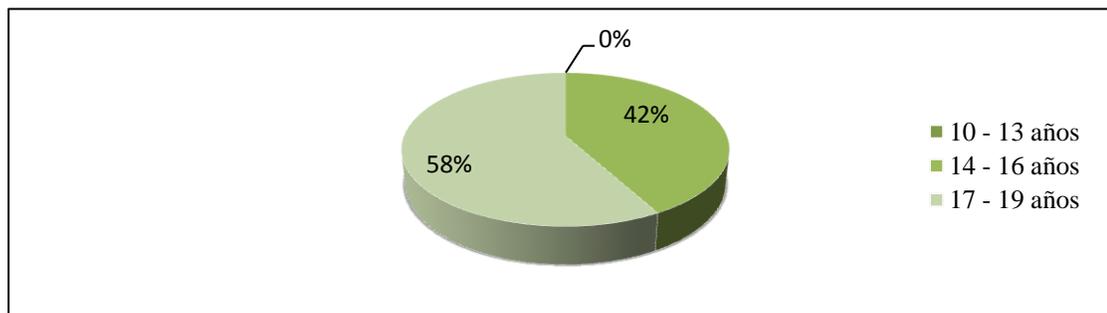
Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
10 - 13 años	0	0%
14 - 16 años	10	42%
17 - 19 años	14	58,00%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES SEGÚN GRUPO ETARIO



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 1, se puede observar que de los 24 casos; 14 lo que representa el 58% fueron madres adolescentes entre los 17 a 19 años; mientras que 10 correspondiente al 42% fueron madres entre los 14 a 16 años y ninguna fue madre entre los 10 a 13 años.

Mediante la información recopilada se concluye que la mayoría de adolescentes fueron madres entre los 17 a 19 años; quienes tienen menores riesgos durante la gestación por poseer considerable maduración fisiológica y psicológica, con respecto a las otras etapas de la adolescencia; sin embargo existe un porcentaje significativo de adolescentes que tuvieron su primer hijo entre los 14 a 16 años lo cual significa la aparición de complicaciones graves tanto para la madre y el niño.

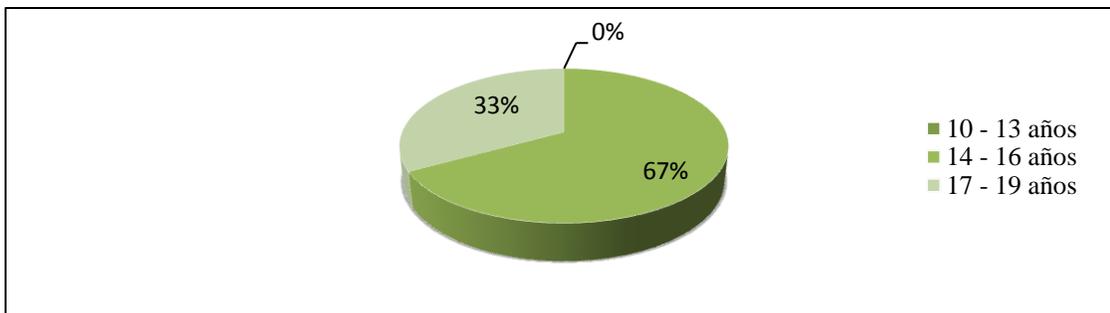
TABLA N° 2
EDAD DEL INICIO DE RELACIONES SEXUALES

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje
10 - 13 años	0	0%
14 - 16 años	16	67%
17 - 19 años	8	33,00%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA EDAD DEL INICIO DE
RELACIONES SEXUALES



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

De 24 madres adolescentes que constituye el 100%; el 67% que corresponde a 16 adolescentes iniciaron las relaciones sexuales entre 14 a 16 años; en tanto que el 33% que concierne a 8 madres tuvieron relaciones sexuales entre 17 a 19 años de edad y ninguna con el 0% tuvo relaciones sexuales entre los 10 a 13 años.

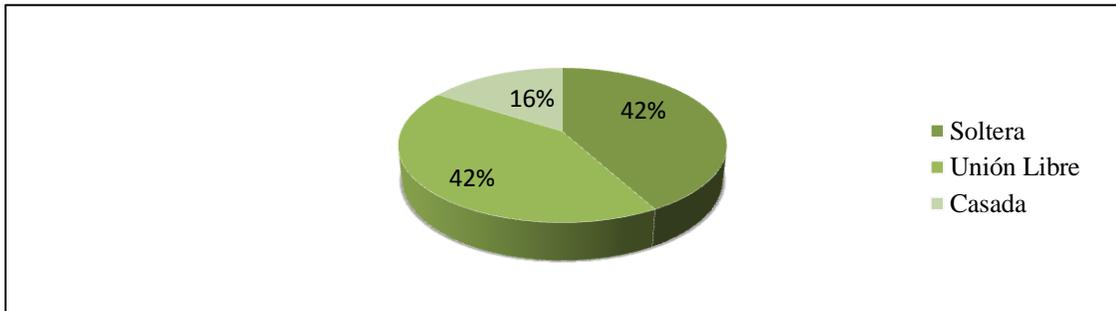
En conclusión las madres adolescentes iniciaron su vida sexual activa en la adolescencia media y tardía, lo cual representa un riesgo de tener mayor número de hijos en la edad adulta.

TABLA N° 3
ESTADO CIVIL

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	10	42%
Unión Libre	10	42%
Casada	4	16,00%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar
Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ESTADO CIVIL



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar
Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

Del total de 24 adolescentes con respecto al estado civil, 10 que corresponden al 42% están solteras; con el mismo porcentaje se encuentran en unión libre, mientras que un 16% representado por 4 adolescentes están casadas.

Con la investigación realizada se llega a la conclusión que la mayor parte de madres adolescentes tuvieron que enfrentar solas su maternidad; sin embargo otras mujeres se unieron a sus parejas por la responsabilidad que les genera tener un hijo, sin obtener una estabilidad en sus relaciones.

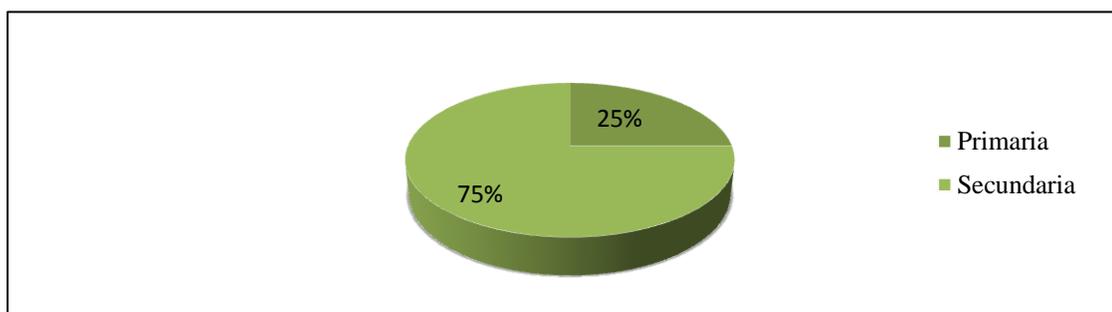
TABLA N° 4
NIVEL EDUCATIVO

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	6	25%
Secundaria	18	75%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 4
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE EL NIVEL EDUCATIVO



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

De las 24 personas investigadas; 18 que corresponden al 75% tienen un nivel de educación secundaria; mientras 6 que equivale al 25% poseen un nivel de educación primaria; y no existen madres adolescentes con nivel educativo de tercer nivel.

Con la información obtenida se concluye que la mayoría de madres adolescentes llegaron hasta el nivel de educación secundaria; sin embargo varias de ellas tuvieron que abandonar sus estudios para responsabilizarse por su hijo sin concluir las metas propuestas.

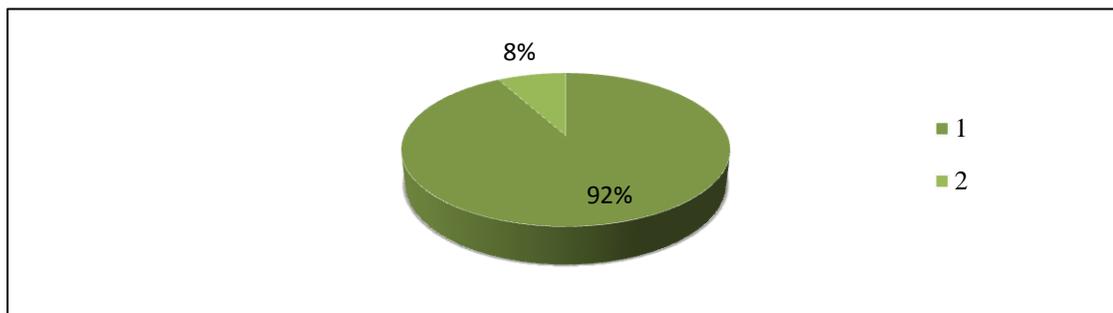
TABLA N° 5
NÚMERO DE GESTAS

Número	Frecuencia	Porcentaje
1	22	92%
2	2	8%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE EL NÚMERO DE GESTAS



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

De la totalidad de adolescentes el 92% fueron por primera vez madres, correspondiente a 22 mujeres; en tanto que 2 de ellas pertenecientes al 8% han tenido 2 hijos.

Con esta información se llega a la conclusión que la mayoría de madres adolescentes tuvieron la experiencia de tener un hijo por primera vez, cuya situación se hace difícil en esta etapa por encontrarse en el auge de su desarrollo; y la gran parte de adolescentes poseen falta de conocimientos sobre un adecuado crecimiento y desarrollo de sus hijos.

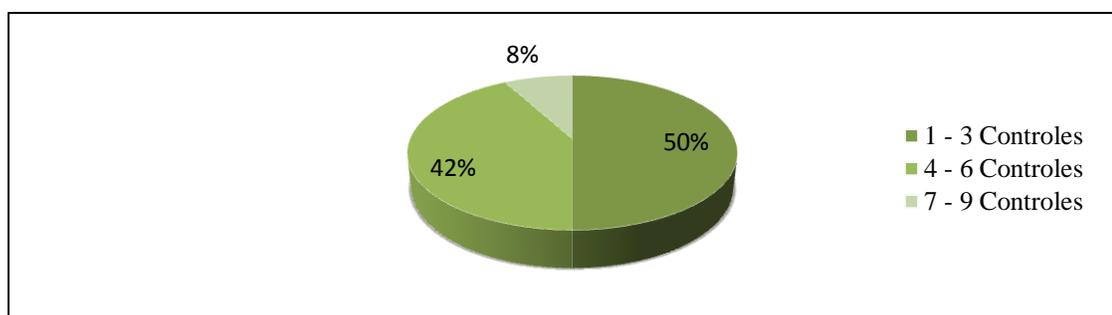
TABLA N° 6
CONTROLES PRENATALES

Número	Frecuencia	Porcentaje
1 - 3 Controles	12	50%
4 - 6 Controles	10	42%
7 - 9 Controles	2	8%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 6
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

De las 24 madres adolescentes; 12 que equivalen al 50% se han realizado entre 1 a 3 controles prenatales; en tanto que 10 correspondiente al 42% han cumplido entre 4 a 6 controles prenatales; y con el 8% que pertenece a 2 adolescentes se han realizado entre 7 a 9 controles durante su gestación.

Se llega a la conclusión que la mayor parte de madres adolescentes en su etapa de gestación se han realizado entre 1 a 3 controles, lo que representa un riesgo de tener complicaciones graves que pueden afectar su vida y la de su hijo, incluso las que pueden ser controladas a tiempo pero por no detectarlas oportunamente se vuelven perjudiciales.

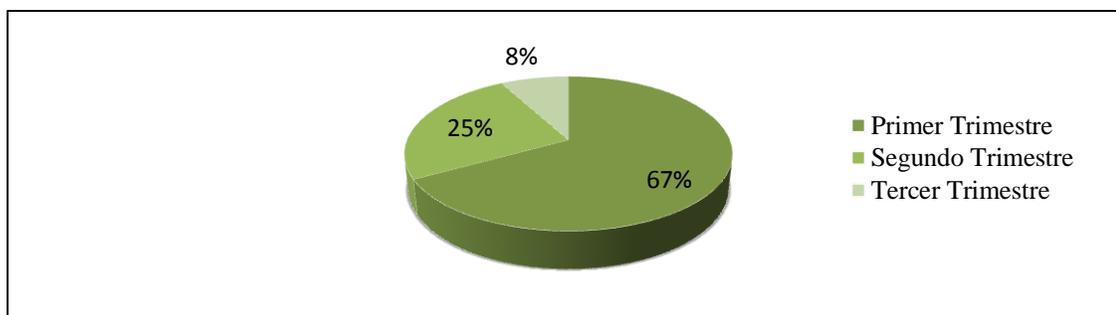
TABLA N° 7
EDAD GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL

Control	Frecuencia	Porcentaje
Primer Trimestre	16	67%
Segundo Trimestre	6	25%
Tercer Trimestre	2	8%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 7
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LA EDAD GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

De las 24 adolescentes investigadas 16 que conciernen al 67% se efectuaron el primer control en el primer trimestre de gestación; en tanto que 6 equivalente al 25% se hizo el primer control en el segundo trimestre de embarazo; y con un 8% correspondiente a 2 personas lo realizaron en el tercer trimestre de gestación.

Se concluye que la mayoría de adolescentes se realizaron el primer control al inicio de su embarazo lo que es positivo por lo cual se incentiva para el control continuo durante esta etapa; y poder identificar cualquier problema que se presente.

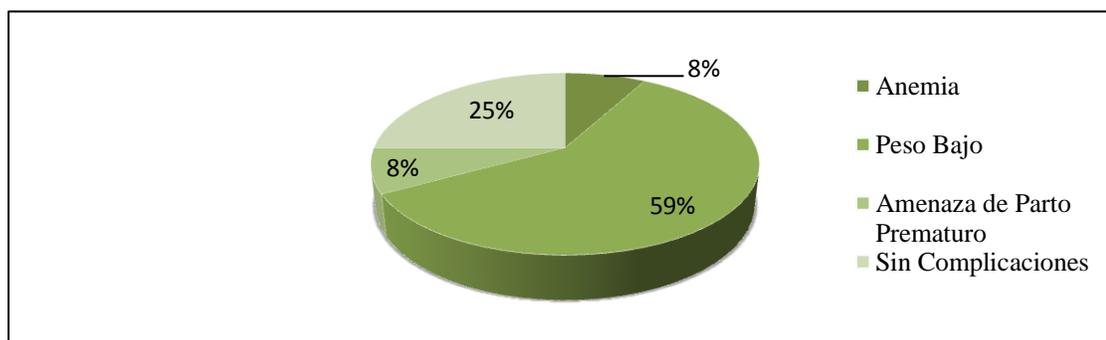
**TABLA N° 8
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO**

Patologías	Frecuencia	Porcentaje
Anemia	2	8%
Peso Bajo	14	59%
Amenaza de Parto Prematuro	2	8%
Sin Complicaciones	6	25%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

**GRÁFICO N° 8
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS COMPLICACIONES EN EL
EMBARAZO**



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

En la tabla y gráfico se observa la siguiente información con respecto a las complicaciones de las adolescentes durante el embarazo: 14 presentaron peso bajo equivalente al 59%, mientras que 6 no tuvieron complicaciones correspondiente al 25%; en tanto que 2 igual al 8% padecieron de estas complicaciones: anemia y amenaza de parto prematuro.

Mediante la información recopilada se concluye que la mayoría de adolescentes tuvieron bajo peso durante su embarazo, debido a que no tienen conocimientos necesarios sobre el consumo de una alimentación adecuada; y también por no poseer los recursos económicos para obtener productos nutritivos.

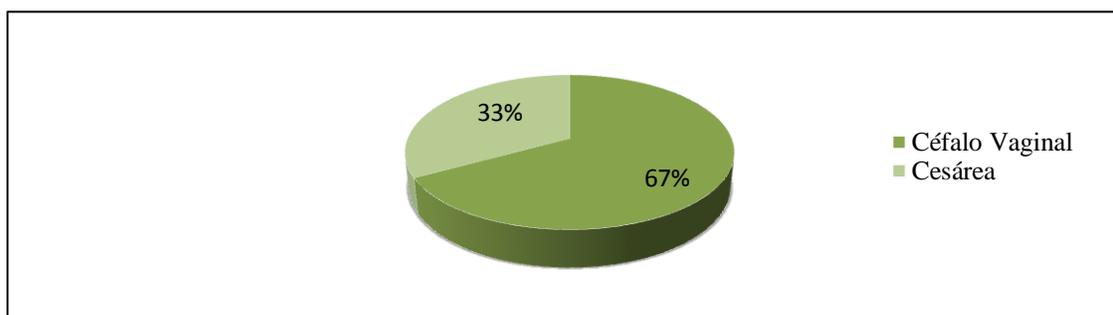
TABLA N° 9
TIPO DE PARTO

Parto	Frecuencia	Porcentaje
Céfalo Vaginal	16	67%
Cesárea	8	33%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 9
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL TIPO DE PARTO



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

Del total de adolescentes 16 que pertenecen al 67% tuvieron parto por vía céfalo vaginal; mientras que 8 igual al 33% les realizaron cesárea.

En conclusión las adolescentes tuvieron parto por vía céfalo vaginal debido principalmente a que la población investigada se encuentra en la adolescencia tardía; y no existe mayor complicación en el parto para que se realice mediante cesárea.

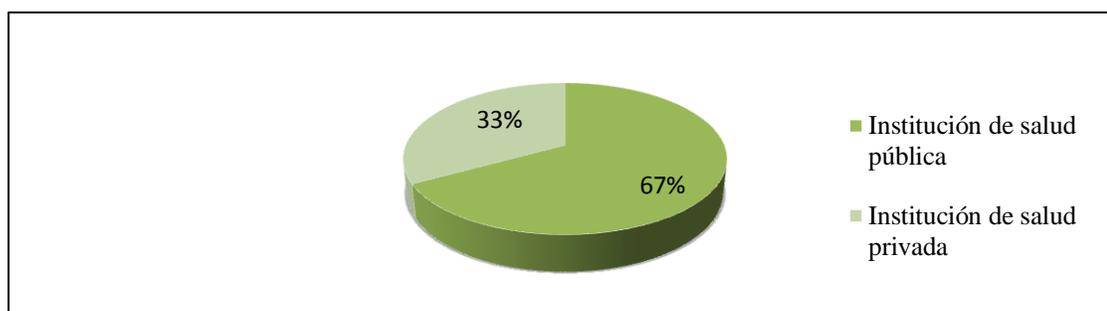
TABLA N° 10
LUGAR DEL PARTO

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Institución de salud pública	16	67%
Institución de salud privada	8	33%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 10
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LUGAR DEL PARTO



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

Del total de las adolescentes 16 que corresponden al 67% ha sido atendido el parto en instituciones públicas, mientras que un 33% representado por 8 adolescentes se han atendido en instituciones privadas; y no existen partos en el domicilio.

Con la investigación realizada se llega a la conclusión que la atención del parto de las adolescentes ha sido en instituciones públicas, por lo tanto existe mayor conciencia para evitar cualquier complicación, que ponga en riesgo la vida de la madre y del niño cuando se atendía en el domicilio.

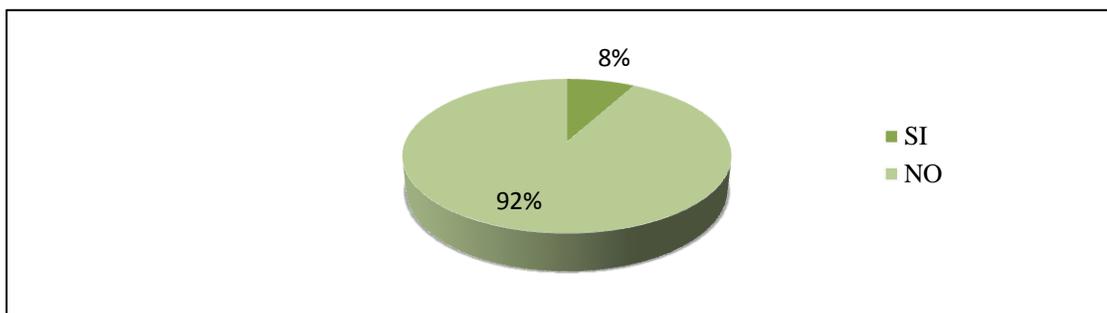
TABLA N° 11
VALORACIÓN DE APGAR

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	8%
NO	22	92%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 11
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LAS COMPLICACIONES EN LA
VALORACIÓN DE APGAR



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

De los niños investigados 22 igual al 92% no tuvieron complicaciones al nacimiento con respecto a la valoración del Test de Apgar y el 8% representando a 2 niños tuvo complicaciones.

Con la información obtenida se concluye que la mayoría de los hijos de las madres adolescentes con respecto al Test de Apgar no presentaron complicaciones durante el nacimiento, lo cual es positivo para que no existan trastornos en el crecimiento y desarrollo durante su vida.

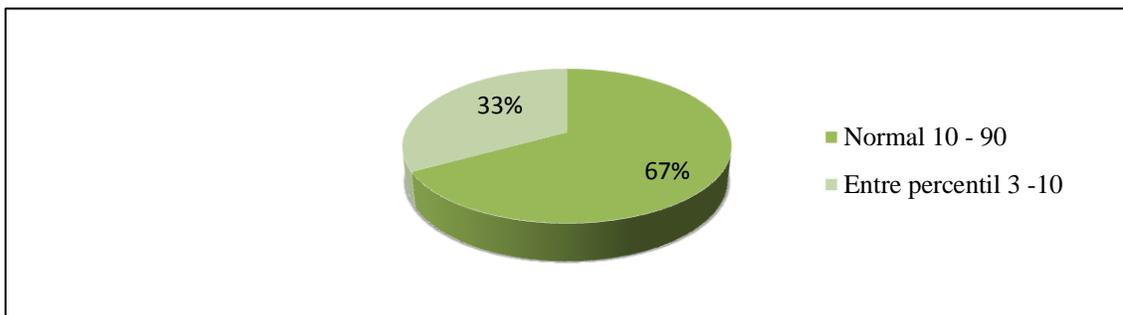
TABLA N° 12
PERCENTILES SEGÚN ÍNDICE PESO/EDAD ACTUAL

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Normal 10 – 90	16	67%
Entre percentil 3 - 10	8	33%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 12
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERCENTILES SEGÚN ÍNDICE
PESO/EDAD ACTUAL



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

De las personas investigadas 16 que conciernen al 67% se encuentran entre el percentil 10 - 90 del índice peso/edad que es normal, en tanto que 8 equivalente al 33% están entre el percentil 3 – 10.

Con esta información se llega a la conclusión que la mayoría de los niños se encuentran entre el percentil 10 – 90 del índice peso/edad lo cual manifiesta que no existe ningún problema con respecto al peso y está de acuerdo a la edad en la que se hallan.

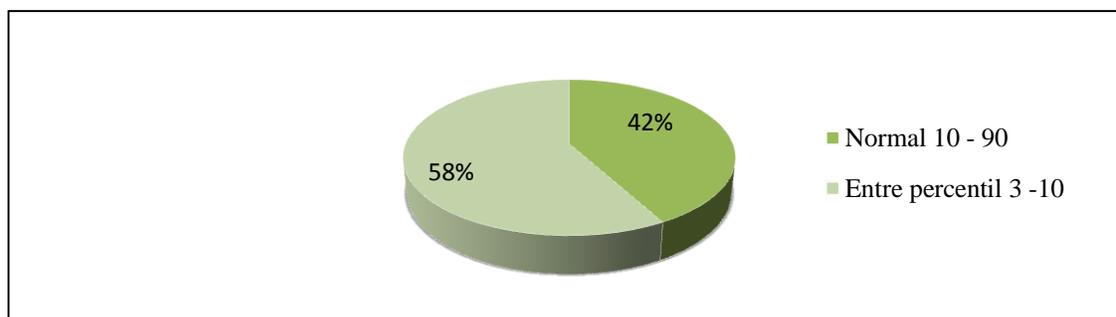
TABLA N° 13
PERCENTILES SEGÚN ÍNDICE TALLA/EDAD ACTUAL

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Normal 10 – 90	10	42%
Entre percentil 3 -10	14	58%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 13
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERCENTILES SEGÚN ÍNDICE
TALLA/EDAD ACTUAL



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

Los niños en cuanto al índice talla/edad se presentan de la siguiente manera: 14 equivalente al 58% se ubican entre el percentil 3 – 10, mientras que 10 representado por el 42% están entre el percentil 10 – 90.

Se llega a la conclusión que la mayor parte de niños se encuentran entre el percentil 3 – 10 según índice talla/edad actual, lo que demuestra un retraso mínimo en la talla de acuerdo a la edad en la que están.

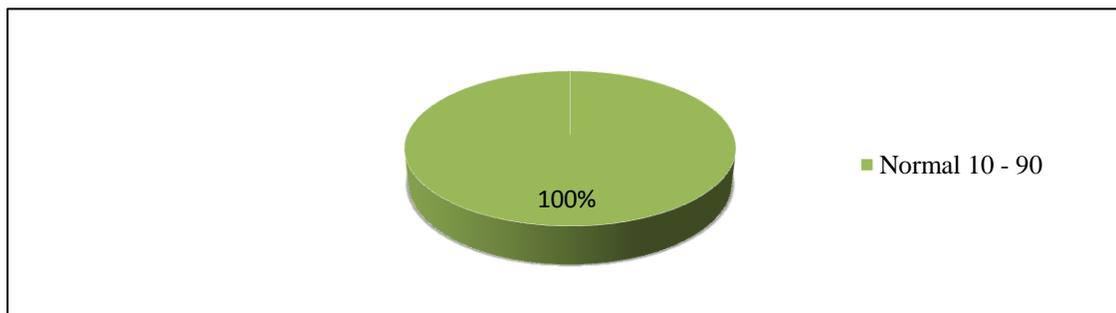
TABLA N° 14
PERCENTILES PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
Normal 10 – 90	24	100%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 14
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN PERCENTIL PERÍMETRO
CEFÁLICO/EDAD



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

De los niños investigados 24 que corresponden al 100% se hallan en el percentil 10 – 90 del índice perímetro cefálico/edad.

Se concluye que la mayoría de niños están entre el percentil 10 – 90 del índice perímetro cefálico/edad, lo cual nos muestra que el perímetro cefálico es normal de acuerdo a la edad.

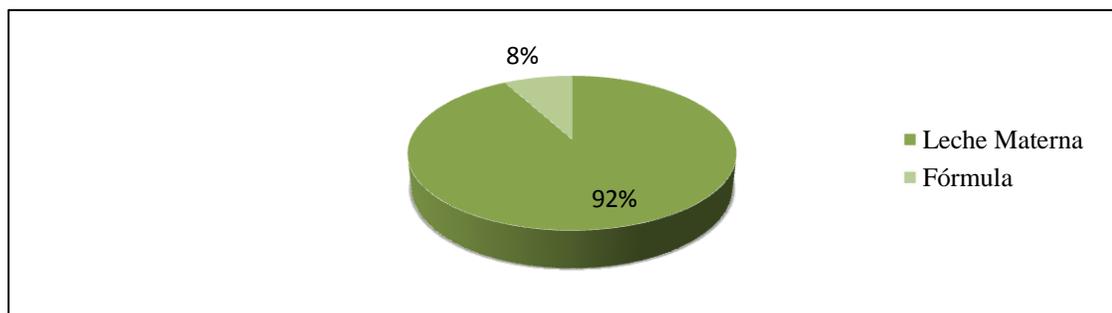
TABLA N° 15
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Nutrición hasta 6 meses	Frecuencia	Porcentaje
Leche Materna	22	92%
Fórmula	2	8%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 15
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

De los niños investigados 22 que corresponden al 92% se alimentan mediante leche materna en menores de 6 meses; y 2 que equivalen al 8% tiene una alimentación a través de la fórmula.

Mediante la información recopilada se concluye que la mayoría de niños reciben una alimentación mediante la leche materna, lo cual es positivo ya que es el mejor alimento que se les puede brindar a los menores de 6 meses hasta los 2 años; evitando cualquier problema en el niño con otros suplementos.

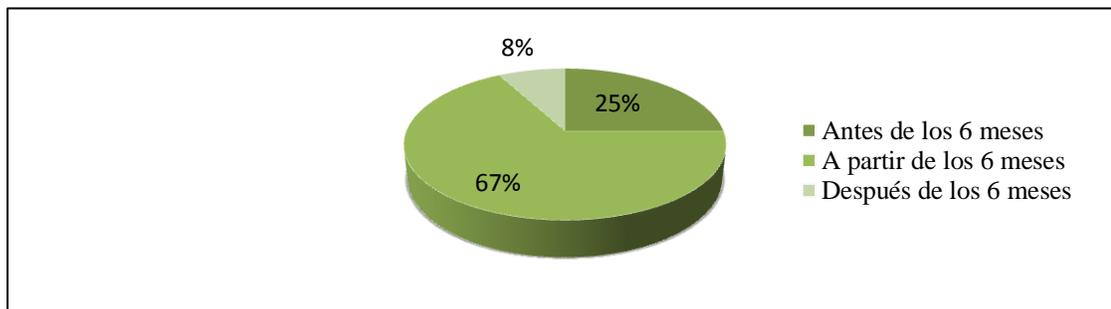
TABLA N° 16
INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Nutrición Complementaria	Frecuencia	Porcentaje
Antes de los 6 meses	6	25%
A partir de los 6 meses	16	67%
Después de los 6 meses	2	8%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 16
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE EL INICIO DE LA
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

De las niños investigados 16 que corresponden al 67% iniciaron la alimentación complementaria a partir de los 6 meses, en tanto que 6 comenzaron antes de los 6 meses con la alimentación complementaria equivalente al 25% y 2 que pertenecen al 8% empezaron la alimentación complementaria después de los 6 meses.

En conclusión los hijos de las madres adolescentes iniciaron la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad lo cual significa que el organismo de los niños estaba preparado para admitir otros alimentos y no correr peligro de adquirir enfermedades.

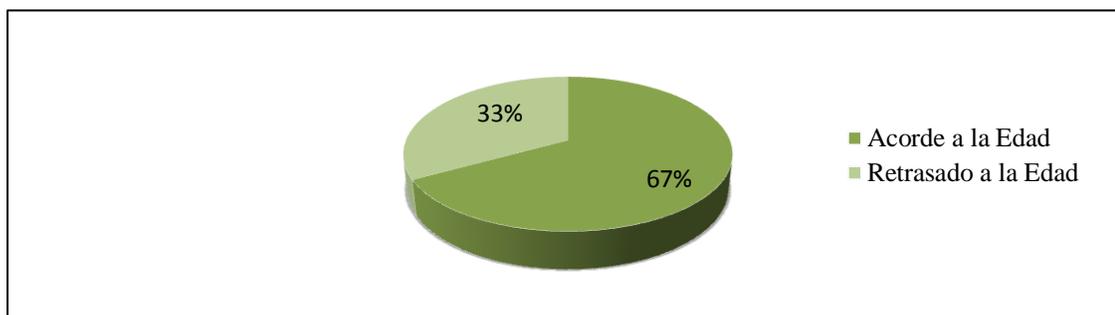
TABLA N° 17
ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN

Esquema de inmunización	Frecuencia	Porcentaje
Acorde a la Edad	16	67%
Retrasado a la Edad	8	33%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 17
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE EL ESQUEMA DE
INMUNIZACIÓN



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

En cuanto al cumplimiento del esquema de vacunación de los hijos de las madres adolescentes 16 equivalente al 67% está de acuerdo a la edad; y 8 se encuentran retrasados en las vacunas con respecto a la edad, correspondiente al 33%

Con la investigación realizada se llega a la conclusión que la mayor parte de madres adolescentes cumplen adecuadamente con el esquema de vacunación de sus hijos y están de acuerdo con la edad en la que se ubican.

TABLA N° 18

VALORACIÓN DEL DESARROLLO MEDIANTE EL TEST DE DENVER

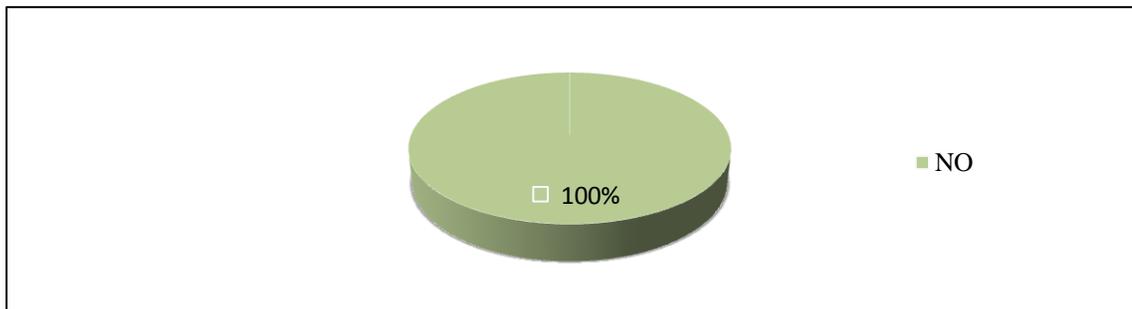
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
SI	0	0%
NO	24	100%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 18

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LA VALORACIÓN DEL
DESARROLLO MEDIANTE EL TEST DE DENVER**



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

No se realiza la valoración del desarrollo mediante el Test de Denver se observa en los 24 niños investigados y resultan el 100% de estos.

Con la información obtenida se concluye que el desarrollo de la mayoría de niños no es valorado mediante el Test de Denver, por lo que no se puede detectar a tiempo cualquier trastorno en el desarrollo.

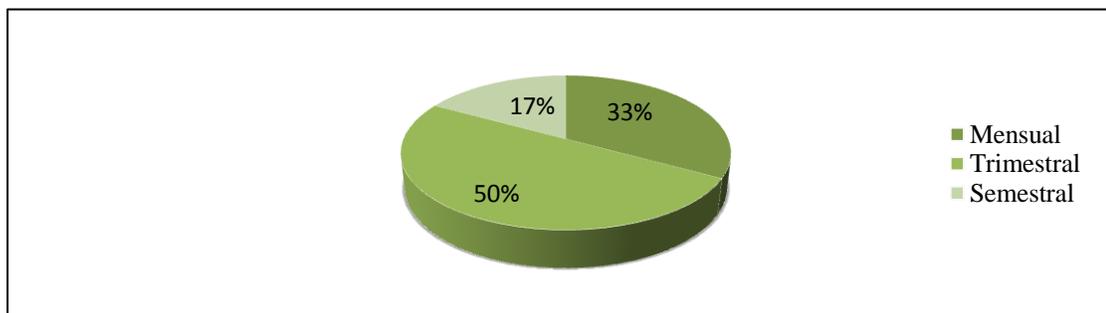
TABLA N° 19
FRECUENCIA DE CONTROLES MÉDICOS

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Mensual	8	33%
Trimestral	12	50%
Semestral	4	17%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 19
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LA FRECUENCIA DE
CONTROLES MÉDICOS



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

Del total de niños 12 que corresponden al 50% son llevados por sus madres a los controles médicos trimestralmente, mientras que un 33% representado por 8 niños son trasladados a los controles médicos de una forma mensual; y 4 niños son dirigidos semestralmente a los controles médicos con un porcentaje del 17%

Con esto se llega a la conclusión que la mayoría de madres adolescentes llevan a sus hijos al médico cada tres meses incluso al inicio de sus primeros controles lo cual implica un seguimiento inadecuado del crecimiento y desarrollo de los niños, sin poder corregir alguna alteración a tiempo.

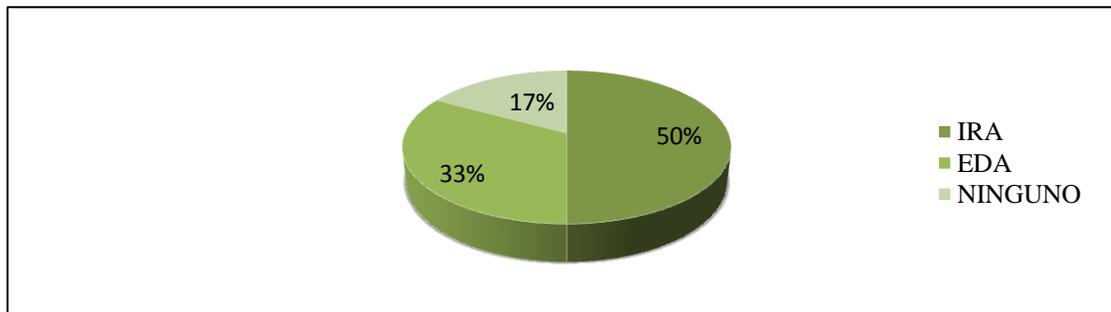
TABLA N° 20
ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
IRA	12	50%
EDA	8	33%
NINGUNO	4	17%
TOTAL	24	100%

Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

GRÁFICO N° 20
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES
DE LA INFANCIA



Fuente: Historias clínicas del Subcentro de Salud de Bolívar

Elaborado por: Lorena López

Análisis e Interpretación

En la tabla y gráfico con respecto a la pregunta 10, se puede observar que de los 24 casos; 12 lo que representa el 50% de niños presentaron IRA durante alguna etapa; mientras que 8 correspondiente al 33% tuvieron EDA y con 4 niños igual al 17% no tuvieron ninguna enfermedad prevalente en la infancia.

Se concluye que la mayoría de los hijos de las madres adolescentes tuvieron con mayor frecuencia Infecciones Respiratorias Agudas (IRA); sin embargo ninguno de los niños presentó complicaciones después de padecer dicha afección.

4.2 Verificación de Hipótesis

4.2.1 Peso

Hipótesis

Hipótesis nula Ho: los valores del peso en niño/as, hijos/as de madres adolescentes del Subcentro de Salud de Bolívar no difieren de los valores referenciales.

Hipótesis alternativa H1: los valores del peso en niños/as, hijos/as de madres adolescentes del Subcentro de Salud de Bolívar difiere de los valores referenciales.

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Peso Investigado	Peso Referencial
Media	8,258333333	8,908333333
Varianza	2,552101449	3,752101449
Observaciones	24	24
Varianza agrupada	3,152101449	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	46	
Estadístico t	-1,268247125	
P(T<=t) una cola	0,105545511	
Valor crítico de t (una cola)	1,678660414	
P(T<=t) dos colas	0,211091023	
Valor crítico de t (dos colas)	2,012895567	

Tabla N° 21: Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales del peso de los hijos de madres adolescentes.

Fuente: Fórmula Microsoft Office Excel 2010

Significancia

NS= 0.05

GL= 46

Resultado

La H_0 se acepta es decir los valores promedio del peso, analizados de manera general tanto en niños como en niñas desde 0 hasta 2 años 6 meses de edad se encuentran dentro de los valores normales referenciales

4.2.2 Talla

Hipótesis

Hipótesis nula H_0 : los valores de la talla en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del subcentro de salud de Bolívar no difieren de los valores referenciales

Hipótesis alternativa H_1 : los valores de la talla en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del subcentro de salud de Bolívar difiere de los valores referenciales

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales		
	Talla investigada	Talla Referencial
Media	73,39583333	69,33333333
Varianza	77,71693841	68,57971014
Observaciones	24	24
Varianza agrupada	73,14832428	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	46	
Estadístico t	1,645439074	
P(T<=t) una cola	0,053348183	
Valor crítico de t (una cola)	1,678660414	
P(T<=t) dos colas	0,106696366	
Valor crítico de t (dos colas)	2,012895567	

Tabla N° 22: Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales de la talla de los hijos de madres adolescentes.

Fuente: Fórmula Microsoft Office Excel 2010

Significancia

NS= 0.05

GL= 46

Resultado

La H_0 se acepta es decir los valores promedio de la talla, analizados de manera general tanto en niños como en niñas desde 0 hasta 2 años 6 meses de edad se encuentran dentro de los valores normales referenciales

De este proceso se obtuvo un t calculado a un promedio de 46 grados de libertad en el subcentro de salud de Bolívar menor al t crítico , lo cual indica en términos generales que no existe diferencia significativa entre el valor promedio poblacional y el valor promedio referencial dado en las tablas de crecimiento establecidas por la OMS y OPS, por otra parte de acuerdo a los resultados del test de Aldrich Norval y Barrera Moncada podemos apreciar que no existe alteraciones en el desarrollo de los niños del subcentro de salud de Bolívar por lo anterior descrito podemos decir que la hipótesis se rechaza; sin embargo debemos tomar muy en cuenta que a nivel individual encontramos un porcentaje significativo de niños y niñas con deficiencia en su crecimiento, especialmente en la talla para lo cual es necesario esta investigación ya que en edades posteriores podría verse afectado su crecimiento y desarrollo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Con los resultados conseguidos se destaca que la mayoría de jóvenes fueron madres en la adolescencia media y tardía; la primera etapa con posible aparición de complicaciones maternas y perinatales graves; y la segunda con menores riesgos durante la gestación, con respecto a la etapa anterior, según la tabla y gráfico N° 1. Las madres adolescentes en su etapa gestacional se han realizado entre 1 a 3 controles, lo que representa un riesgo de complicaciones no controladas oportunamente, como lo indica la tabla y gráfico N° 6; asimismo casi la totalidad de adolescentes tuvieron peso bajo durante su embarazo, debido a que no tienen los conocimientos necesarios sobre el consumo de una alimentación adecuada, como se demuestra en la tabla y gráfico N° 8.
- La mayor parte de los hijos de las madres adolescentes se encuentran entre el percentil 10 – 90 del índice peso/edad, por lo tanto se deduce que están dentro de los parámetros normales de acuerdo a la edad en la que se hallan, según la tabla y gráfico N° 12; sin embargo una proporción significativa de niños se encuentran entre el percentil 3 – 10 según índice talla/edad actual, lo que demuestra un retraso mínimo en la talla de acuerdo a la edad en la que están, como se indica en la tabla y gráfico N° 13.

- En cuanto al desarrollo gran porcentaje de niños no es valorado mediante el Test de Denver ni con ningún otro instrumento, por lo que no se puede detectar pertinentemente cualquier trastorno que presente, como lo señala la tabla y gráfico N° 18; en tanto que la mayoría de madres adolescentes llevan a sus hijos al médico cada 3 meses incluso al inicio de sus primeros controles, lo cual implica un seguimiento inadecuado del crecimiento y desarrollo de los niños, sin poder corregir alguna alteración a tiempo, de acuerdo a la tabla y gráfico N° 19.

5.2 Recomendaciones

- Sería necesario concienciar a las adolescentes sobre las consecuencias que conllevan un embarazo a temprana edad; para que de esta manera disminuya el porcentaje en esta etapa de la vida. Es necesario incentivar a las madres adolescentes para que se realicen controles continuos e inicien con planificación familiar y así evitar futuros embarazos no deseados y el incremento de la población infantil, quienes no podrán tener los cuidados necesarios por las condiciones de vida que presentan sus padres; y la inestabilidad en la mayoría de los hogares.
- Es recomendable realizar un seguimiento continuo de los hijos de las madres adolescentes que presentan un pequeño retraso en el índice talla/edad actual durante los primeros años de su vida; y de esta forma corregir los hábitos alimenticios desde el inicio de su alimentación complementaria, mediante una valoración constante y brindando a las madres alternativas de los alimentos nutritivos que pueden consumir los niños.
- Se recomienda al personal de salud realizar la valoración del desarrollo con cualquier tipo de test, ya que es vital detectar y corregir a tiempo las alteraciones que puedan presentar los niños; además de esta manera se puede enviar a instituciones especializadas que puedan colaborar con los hijos de las madres adolescentes. Es necesario también insistir con las madres para que acudan con mayor continuidad al Subcentro de Salud de Bolívar; pero no solo para el cumplimiento del calendario de inmunizaciones, sino hacer hincapié en la importancia de realizar el control integral de sus hijos.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1 Datos Informativos

6.1.1 Título

Capacitación Nutricional para madres adolescentes de los niños entre 0 a 2 años 6 meses de edad.

6.1.2 Institución Ejecutora

Universidad Técnica de Ambato

6.1.3 Beneficiarios

Madres adolescentes de los niños entre 0 a 2 años 6 meses de edad.

6.1.4 Ubicación

Subcentro de Salud de Bolívar ubicado en la parroquia de Bolívar, cantón Pelileo.

6.1.5 Tiempo Estimado

Fecha de Inicio: Agosto del 2013

Fecha de Finalización: Diciembre del 2013

6.1.6 Equipo Técnico Responsable

Lorena López

Personal de Salud

6.1.7 Costos

Gastos	Valor
Material de escritorio	100
Material didáctico	400
Transporte	100
Aperitivo	100
Total	700

Tabla N° 1: Costos

Elaborado por: Lorena López

6.2 Antecedentes de la Propuesta

En base al estudio alcanzado se descubrió que de los 24 niños hijos de madres adolescentes, en el índice peso/edad 8 que equivalen al 33% están entre el percentil 3 – 10, demostrado en la tabla y gráfico N° 12; y en cuanto al índice talla/edad 14 representado por el 58% se ubican con similar percentil, según la tabla y gráfico N° 13; esta situación constituye una pequeña inestabilidad en ambos casos y el riesgo de presentar alteraciones en el crecimiento posteriormente.

De la totalidad de adolescentes 14 que representa el 58% fueron madres entre los 17 a 19 años; mientras que 10 correspondiente al 42% fueron madres entre los 14 a 16 años, esta última etapa con riesgo de presentar complicaciones tanto en el embarazo como después del mismo, de acuerdo a la tabla y gráfico N° 1. Además hay que recalcar que en el estado civil, 10 que corresponden al 42% están solteras; con el mismo porcentaje se encuentran en unión libre, formando hogares inestables y en ocasiones solo con la responsabilidad materna y con los recursos económicos limitados, como lo indica la tabla y gráfico N° 3.

De las 24 personas investigadas; 14 adolescentes presentaron peso bajo como complicación durante el embarazo equivalente al 59%, que se evidencia en la tabla y

gráfico N° 8; y en cuanto a la instrucción educativa 18 que corresponden al 75% llegaron hasta la secundaria, como se presenta en la tabla y gráfico N° 4; la mayoría abandonando sus estudios por esta razón poseen poco conocimiento sobre una nutrición saludable para ella y su hijo. Los niños reciben lactancia materna exclusiva durante sus primeros 6 meses de vida; y a partir de los mismos empiezan la alimentación complementaria sin poner en riesgo la salud del niño; pero una proporción representativa de madres adolescentes desconocen los alimentos que deben brindarles a partir de esta edad y cuales están prohibidos en ciertas etapas.

La mayoría de adolescentes son por primera vez madres esa situación dificulta aún más la crianza de su hijo porque desconocen el normal crecimiento y desarrollo del niño; la importancia de los controles médicos que debe llevar su hijo en especial los primeros años de vida; sin embargo el personal de salud limitado en el subcentro no es acorde para el número de pacientes que llega cada día y el médico no puede asesorarles a todas las personas sobre una alimentación por la falta de tiempo.

6.3 Justificación

Solo educando a la comunidad se progresa, cuando existe una deficiente educación en la población sobre diferentes aspectos en especial por una nutrición sana; según el estudio obtenido en la investigación se ha notado un considerable problema que perjudica a las adolescentes en su etapa de embarazo y luego a sus hijos durante su crecimiento, es preocupante esta condición porque la mayoría de estas personas desconocen cómo llevar una vida saludable con una alimentación adecuada y medidas de higiene que son fundamentales en la población, ya que la mayoría de bacterias son un impedimento para que el organismo pueda desarrollarse adecuadamente.

Es necesario este centro de asesoramiento nutricional porque el personal de salud no posee el tiempo necesario para enseñar a las personas en especial a las adolescentes sobre los alimentos que deben consumir durante la lactancia y luego el inicio de la alimentación adecuada a sus hijos con productos nutritivos y que estén al alcance de sus posibilidades; y dejen de consumir comida que no es apropiada, para evitar que se

produzcan alteraciones gastrointestinales a tan tempranas edades que perjudiquen la salud de sus hijos, manifestándose con un crecimiento y desarrollo inadecuado.

6.4 Objetivos de la Propuesta

6.4.1 Objetivo General

- Formar un Centro de Asesoramiento Nutricional para madres adolescentes de los niños entre 0 a 2 años 6 meses de edad.

6.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar el estado nutricional de la madre adolescente y el niño
- Establecer los seguimientos y evaluaciones continuas de las personas con estado nutricional deficiente.

6.5 Análisis de factibilidad

El presente trabajo tiene un aspecto meramente social por estar involucrados seres humanos que tienen diferentes necesidades; y que el personal de salud debe tratar en lo posible de llenar las expectativas que esperan.

Es de tipo organizacional ya que se necesita de todo el personal que labora para cumplir con todas las actividades que se van a realizar.

Es de tipo ambiental por cuanto se quiere fomentar la utilización de los recursos propios de la comunidad, con el consumo de los productos recolectados por ellos ya que la mayoría de personas se dedican a la agricultura.

Es de tipo económico en tanto que se pretende disminuir los gastos de la familia comprando otros productos y aprovechando los que poseen.

Es de tipo legal porque en la Ley Orgánica de Consumo, Nutrición y Salud Alimentaria existe el siguiente artículo:

Artículo 1.- Objeto

La presente ley tiene por objeto favorecer una elección alimentaria libre, bien informada, razonada, ética y solidaria por parte de las familias consumidoras y por este medio lograr la redistribución de la riqueza y el estímulo para un modelo económico justo y solidario, un sistema agrario y alimentario basado en la agricultura familiar campesina de orientación agroecológica, la pesca y recolección artesanal, que a su vez garantice la provisión permanente de alimentos sanos y apropiados cultural y territorialmente

6.6 Fundamentación Teórica-Técnica

Centro de Asesoramiento Nutricional

Definición: “El asesoramiento nutricional es un proceso interactivo de ayuda, concentrado en la necesidad de modificación de la dieta; en la cual se discuten con el paciente las prácticas de nutrición, el estilo de vida identificado y las necesidades priorizadas establecidas por el mismo. Este asesoramiento se documenta para darle continuidad en el seguimiento. Ofrece al paciente la oportunidad de realizar mejoras a su salud, adquiriendo conocimiento, destrezas y confianza para que alcance las metas de salud personal establecidas por el.”⁽⁴⁾

Características

“Con la autorización del paciente procederá a realizar preguntas abiertas, afirmará, validará, escuchará, identificará riesgos médicos-nutricionales, etapas de cambio, metas del paciente, plan de cuidados referidos, entregará material educativo, prescribirá paquete de alimentos; y citas de seguimientos. El paciente toma sus decisiones para resolver la situación de salud nutricional que el determine como su primera meta. El nutricionista u oficial certificador le preparará un plan de cuidado y la prescripción de alimentos suplementarios. A los pacientes de alto riesgo el nutricionista les dará seguimiento a través de un plan de cuidado de alto riesgo.”⁽⁵⁾

Alimentación

“La alimentación es el conjunto de acciones mediante las cuales se proporcionan alimentos al organismo. Abarca la selección de alimentos, su cocinado y su ingestión. Depende de las necesidades individuales, disponibilidad de alimentos, cultura, religión, situación socioeconómica, aspectos psicológicos, etc. Los alimentos aportan sustancias que denominamos nutrientes, que necesitamos para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades.

Nutrición

Es la ciencia que comprende todos aquellos procesos mediante los cuales el organismo incorpora, transforma y utiliza, las sustancias químicas (nutrientes) contenidas en los alimentos. El cuerpo humano necesita los nutrientes para llevar a cabo distintas funciones:

- Cubrir las necesidades energéticas
- Formar y mantener las estructuras corporales
- Regular los procesos metabólicos
- Prevenir enfermedades relacionadas con la nutrición

Dietética

Es la ciencia que se ocupa de evaluar la idoneidad de las dietas, formular recomendaciones para mejorarlas, modificarlas con fines terapéuticos, etc.

Dieta variada y equilibrada

Una dieta equilibrada, es aquella que incluye alimentos de todos los grupos, aportando de esta forma la energía y los nutrientes en las cantidades y proporciones que el organismo necesita, para preservar y mejorar tanto el estado nutricional como la salud. Una forma fácil de lograrla es seguir las pautas marcadas en las guías alimentarias. Una representación gráfica de las guías alimentarias es la llamada

"pirámide de la alimentación". El objetivo de su diseño es que la población aumente el consumo de los alimentos situados en la base de la pirámide, y disminuya el consumo de los alimentos situados en su cima.”⁽⁷⁾

Dieta equilibrada y variada en la madre adolescente durante la lactancia

“Durante el período de la lactancia no se requiere de una dieta especial. Tanto la cantidad de líquido como de alimentos que ingieran, están regulados por su propio apetito. La mejor manera de evaluar una buena alimentación es a través de los cambios en el peso corporal.

Es necesario combinar y variar los alimentos a fin de cubrir no sólo las necesidades energéticas y proteicas diarias, sino también las de vitaminas y minerales así lo transmitiremos a la madre adolescente los alimentos que debe ingerir y le indicamos la importancia de conocer cuáles alimentos aportan mayor cantidad de nutrientes y reconocerlos por sus características:

- Cereales y tubérculos: Este grupo proporciona hidratos de carbono.
- Frutas y verduras: Aporta vitaminas y minerales.
- Leguminosas y alimentos de origen animal: Provee proteínas.
- Grasas y azúcares: Se considera este grupo como accesorio, ya que se utilizan principalmente para dar sabor a las comidas, aunque también aportan energía.

Así tenemos que una dieta idónea (equilibrada y variada) debe combinar estos grupos de alimentos siguiendo 3 principios básicos:

- Consumir frutas y verduras
- Combinar cereales y tubérculos con leguminosas, así se complementan sus proteínas mejorando su calidad.
- Consumir una pequeña cantidad de productos de origen animal y grasa saturada, las cuales consumidas en exceso son dañinas a la salud.”⁽¹⁸⁾

**Recomendaciones nutricionales referidas al número de raciones diarias en
madres adolescentes durante la lactancia**

ALIMENTOS	RACIONES EN MADRES ADOLESCENTES LACTANTES	PRINCIPALES ALIMENTOS
Carbohidratos	4 – 5	Pan, pasta, arroz, cereales, cereales integrales, papas.
Verduras y Hortalizas	2 – 4	Incluir ensaladas variadas
Frutas	2 – 3	Gran variedad según estaciones.
Lácteos	4 – 6	Leche, yogur, quesos
Alimentos proteicos	2	Carnes, aves, pescados, huevos, legumbres y frutos secos.
Grasas de adición	3 – 6	Preferentemente aceite de oliva y/o semillas.
Agua: de red, mineral, infusiones, bebidas	4 – 8 vasos	Agua: de red, mineral, infusiones, bebidas con poco azúcar y sin alcohol.

Tabla N° 2: Recomendaciones nutricionales referidas al número de raciones diarias en madres adolescentes durante la lactancia

Fuente: Lactancia materna ⁽¹⁸⁾

Elaborado por: Lorena López

Alimentación Complementaria

“El paso de una alimentación basada sólo en leche (materna o artificial) a una dieta variada, es un momento único en la maduración del bebé. Durante esa fase se asientan las bases para unos hábitos alimenticios saludables en la vida adulta. Alrededor de los 6 meses los requerimientos nutricionales varían, y la lactancia exclusiva no llega a cubrirlos, por lo que es necesaria la introducción paulatina de otros alimentos. Existen ciertos periodos en la maduración del bebé que deben respetarse para un desarrollo normal y una actitud saludable hacia la comida: entre los 4 y 6 meses está listo para alimentos semisólidos en cuchara; alrededor de los 8 meses puede comer trozo blando cortado pequeño, y entre los 9 y los 12 meses es conveniente que empiece a intentar manejar la cuchara, tenedor y sujetar el vaso.” ⁽²⁾

Fases de Alimentación Complementaria

Edad	Alimentos permitidos	Alimentos no permitidos
0-6 meses	Leche materna exclusiva	
6 meses	Puré amarillo o verde. El primero se elabora con zanahoria, papa y zapallo (sin sal) y con media cucharadita de aceite vegetal. El de verduras -o puré verde- se prepara con acelga o espinaca hervidas y papa, todo bien molido.	Está prohibido el pan y las papillas de trigo, avena, cebada o centeno, que contiene gluten; además de la miel, la sal, las frutillas (que pueden desencadenar alergia) el melón, la sandía.
7 meses	A esta edad el bebé ya tolera casi todas las frutas que debe comer a diario, molidas o ralladas, según de qué tipo se traten continuar con las papillas de cereales y vegetales.	
8 meses	Es el pescado (blanco y sin espinas) y la carne de vaca, en ambos casos cocidos y en puré. También pueden empezar a comer cereales con gluten.	Tener presente antecedentes familiares de dermatitis atópica (alérgica) o de asma bronquial (padres o familiares), en cuyo caso es preferible iniciar su consumo a partir de los 2 años de edad.
9 meses	Ya pueden comer yema de huevo cocido (nunca crudo), mezclada con la comida; al principio se añade una cucharadita y se va aumentando poco a poco la cantidad.	
10 meses	Los purés de verduras o papa, al igual que el arroz, se condimentan siempre con unas gotas de aceite de oliva o girasol. También es bueno el aceite de maíz.	
11 meses	Ahora pueden comer un huevo cocido entero o mezclado con el puré. Pero no más de uno o dos por semana. Más tarde, también en tortilla.	Ningún niño o niña menores de un año pueden comer clara de huevo, leche de vaca, yogurt, miel de abeja, gelatina o avena.
12 meses	Se introducen las legumbres, empezando con lentejas. Los quesos están permitidos si son frescos	
Mayor 1 año	Alimentación familiar completa	

Tabla N° 3: Fases de Alimentación Complementaria

Fuente: Esquema de alimentación ⁽¹⁰⁾

Elaborado por: Lorena López

Alimentación en niños de 1 a 3 años

En esta etapa es cuando se establecen de forma definitiva los hábitos alimentarios. El niño o la niña se incorporarán poco a poco a la dieta familiar. Es importante que el momento de las comidas sea compartido en un ambiente positivo, sirviendo la familia de modelo a seguir. Este periodo se caracteriza por ser una etapa de transición entre la fase de crecimiento muy rápido, propia del lactante, y el periodo de crecimiento estable posterior, por lo que las necesidades de energía serán muy variables y es recomendable respetar, en la medida de lo posible, la sensación de saciedad o de hambre expresada por los propios niños o niñas.

Distribución de las comidas: “En función de las actividades que desarrolla el niño a lo largo del día se recomienda que realice 4 o 5 tomas diarias. A partir de los 2 años ha de tener horarios regulares de comidas, manteniéndolos de un día para otro, y no saltarse ninguna toma. Debe hacer cuatro comidas al día -desayuno, comida, merienda y cena-, y en algunos casos puede tomar un suplemento lácteo en forma de leche con galletas antes de acostarse; conviene evitar que pique entre horas.

La manera de repartir los aportes calóricos de estas cuatro comidas básicas reviste mucha importancia, pues estos hábitos alimentarios adquiridos en los primeros años serán la guía para la época adulta. Las 1.300 kcal de la ración diaria deben distribuirse del siguiente modo:

- **Desayuno:** 25% del aporte calórico diario (325 kcal).
- **Comida:** 30-40% del aporte calórico diario (390 kcal).
- **Merienda:** 15-20% del aporte calórico diario (195 kcal).
- **Cena:** 25-30% del aporte calórico diario (390 kcal).

Durante esta época también debe producirse un cambio estratégico en su alimentación y pasar del concepto de plato único a una comida compuesta por un primer plato, un segundo plato y finalmente un postre.”⁽²⁴⁾

Recomendaciones generales

- “Ofrecer repetidas veces los nuevos alimentos antes de concluir que no les gustan. Está demostrado que un niño o niña necesita entre 10-12 exposiciones a un alimento determinado para observar un aumento de su aceptación.
- No forzar a que coma, o a que coma más cantidad.
- No confundir capricho con anorexia. El niño o niña con anorexia rechaza cualquier tipo de alimento, mientras que el caprichoso sólo el que no le gusta.
- No premiar ni recompensar con alimentos. Tampoco felicitarle porque coma bien.
- Procurar un ambiente positivo durante las comidas, tanto físico como afectivo, evitando discusiones y situaciones que generen tensión.
- Preparar platos apetecibles, y ofrecer raciones pequeñas permitiendo que se repitan. Cuidar la presentación, colores, temperatura, olor y distribución.
- Dejarle elegir y participar en la preparación de las comidas.
- Utilizar cubiertos y vajillas adecuados a las capacidades manipuladoras del menor: los platos, vasos y tazas deben ser de material irrompible y con una buena base, y los cubiertos anchos, romos y de mango corto, para facilitar su manejo.
- Lavarse las manos antes de comer, no sólo como norma de higiene, sino que también actúa como una señal que asocia con la hora de comer.
- Establecer un horario regular de comidas, sin ser rígidos, preferentemente en familia o con otros niños y niñas; y sin distracciones (ej.: TV).”⁽²⁾

Características de los diversos alimentos en esta etapa

Cereales: “4-6 raciones/día. Por su alto contenido en almidón, proporcionan a la dieta energía en forma de hidratos de carbono, contienen pocas proteínas y aportan también minerales y vitaminas, en particular tiamina y ácidos grasos esenciales. Se recomienda que la mitad de los que se consuman sean integrales.

Frutas: 3 raciones/día. El aporte de frutas tiene su fundamento en la administración de vitaminas y fibras vegetales. Es mejor un zumo natural recién exprimido.

Verduras: 2 raciones/día; **Legumbres:** 2-3 raciones/semana. Aportan minerales, vitaminas y fibra. Deben ser variados para evitar carencias nutritivas. Se recomienda una ración cruda y otra cocida para mejorar el aporte de vitaminas.

Carnes: 3-4 raciones/semana. Aportan fundamentalmente proteínas, sales minerales, fósforo y potasio, y constituyen una fuente importante de vitaminas del grupo B. Se recomiendan carnes con poca grasa (aves, conejo) y evitar la utilización de vísceras.

Pescado: 3-4 raciones/semana. El aporte de proteínas es similar al de la carne, pero sus grasas son más saludables; contienen minerales, cloro, sodio, potasio y fósforo.

Huevo: 3-4 raciones/semana. Contiene todos los aminoácidos esenciales, es un excelente alimento proteico. Nunca se debe dar crudo para evitar la presencia de agentes infecciosos.

Leche: 2-4 raciones/día Se recomienda un aporte de 500-600 ml diarios de leche o cantidad equivalente de sus derivados (yogurt, queso magro).

Grasas: 6 raciones/día. Se recomienda el uso de aceite de oliva tipo virgen para aliños y oliva normal para guisos y fritos. En su defecto utilizar aceite de maíz o girasol. Se debe evitar la grasa animal y la procedente de palma y coco, así como las margarinas y productos con grasas vegetales hidrogenadas.

Fibra alimentaria: Los requerimientos mínimos se alcanzan si se consumen las cantidades diarias recomendadas de fruta, verdura, legumbres y cereales integrales.

Agua: Las necesidades de agua en este periodo de vida es de 1,3 litros al día o, lo que es lo mismo, 1 ml por cada caloría ingerida. Esta recomendación aumenta en presencia de fiebre, diarreas, vómitos, temperaturas elevadas y clima seco. Se aconseja que la ingesta de líquidos se realice principalmente en forma de agua.”⁽²⁾

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA
ÁREA DE SALUD N° 5
SUBCENTRO DE SALUD DE BOLÍVAR

**FICHA DE CAPTACIÓN DE DATOS SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL PARA LAS
MADRES ADOLESCENTES**

Cantón:..... Grupo:.....
Parroquia:..... Fecha:.....

Número	Número de HCL	Fecha de nacimiento	Edad		Peso (kg)	Talla (cm)	IMC	Observaciones
			Años	Meses				
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								

Tabla N° 4: Ficha de Captación de datos sobre el estado nutricional para las madres adolescentes.

Fuente: Ficha de captación ⁽¹³⁾

Elaborado por: Lorena López

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA
ÁREA DE SALUD N° 5
SUBCENTRO DE SALUD DE BOLÍVAR

FICHA DE CAPTACIÓN DE DATOS SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL PARA LOS
HIJOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES

Cantón:..... Grupo:.....
 Parroquia:..... Fecha:.....

Número	Número de HCL	Fecha de nacimiento	Sexo	Edad (meses)	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC	Observaciones
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								

Tabla N° 5: Ficha de Captación de datos sobre el estado nutricional de los hijos de madres adolescentes.

Fuente: Ficha de captación ⁽¹³⁾

Elaborado por: Lorena López

**FICHA DE ENTREVISTA SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MADRES
ADOLESCENTES**

<p>N° Historia Clínica.....</p> <p>Entrevistado.....</p> <p>Entrevistador.....</p> <p>Lugar y Fecha.....</p> <p>Objeto de Estudio: Estado Nutricional</p>	
PREGUNTAS	INTERPRETACIÓN
<p>¿Cree usted que lleva una alimentación adecuada para la etapa en la cual se encuentra?</p> <p>¿Qué alimentos cree usted que son de los que no debes abusar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cereales • Lácteos • Grasas • Frutas y verduras <p>¿Desayuna diariamente?</p> <p>¿Qué prefiere desayunar?</p> <p>¿Cuántas veces come en el día?</p> <p>¿Cuántas veces al día toma alimentos ricos en carbohidratos (pan, patatas, pasta, arroz, cereales)?</p> <p>¿Qué cantidad de verduras consume a lo largo del día?</p>	

<p>¿Cuántos pedazos de fruta toma normalmente al día?</p> <p>¿Cuántos productos lácteos toma al día?</p> <p>¿Qué prefiere usted tomar cuando tiene sed?</p> <p>Para almorzar, ¿qué escoge?</p> <p>¿Qué prefiere usted comer en una merienda?</p> <p>Para cenar, ¿qué elige?</p>	
---	--

Tabla N° 6: Ficha de entrevista sobre el estado nutricional de las madres adolescentes

Fuente: Dr. Luis Herrera

Elaborado por: Lorena López

**FICHA DE ENTREVISTA SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS HIJOS DE
MADRES ADOLESCENTES**

<p>N° Historia Clínica.....</p> <p>Entrevistado.....</p> <p>Entrevistador.....</p> <p>Lugar y Fecha.....</p> <p>Objeto de Estudio: Estado Nutricional</p>	
PREGUNTAS	INTERPRETACIÓN
<p>¿Cree usted que su hijo tiene una alimentación adecuada para la etapa en la cual se encuentra?</p> <p>¿Le brinda el desayuno diariamente a su hijo?</p> <p>¿Qué alimentos le da en el desayuno?</p> <p>¿Cuántas veces come su hijo en el día?</p> <p>¿Cuántas veces al día su hijo toma alimentos ricos en carbohidratos (pan, patatas, pasta, arroz, cereales)?</p> <p>¿Qué cantidad de verduras consume a lo largo del día el niño?</p> <p>¿Cuántos pedazos de fruta toma normalmente al día su hijo?</p> <p>¿Cuántos productos lácteos toma durante el día el niño?</p>	

<p>¿Qué prefiere darle a su hijo cuando tiene sed?</p> <p>Para almorzar, ¿qué escoge para brindarle a su hijo?</p> <p>¿Qué prefiere brindarle al niño en una merienda?</p> <p>Para cenar, ¿qué elige para su hijo?</p>	
--	--

Tabla N° 7: Ficha de entrevista sobre el estado nutricional de los hijos de madres adolescentes

Fuente: Dr. Luis Herrera

Elaborado por: Lorena López

**FICHA DE SEGUIMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL PARA LAS MADRES
ADOLESCENTES**

Datos de la Madre Adolescente	
Nombres y Apellidos	
Edad	
Número de HCL	
Fecha	
Asuntos a tratar	
Progresos	
Dificultades que se han encontrado	
Debemos seguir insistiendo	
Próxima reunión	

Tabla N° 8: Ficha de seguimiento del estado nutricional para las madres adolescentes

Fuente: Ficha de seguimiento ⁽¹⁵⁾

Elaborado por: Lorena López

**FICHA DE SEGUIMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL PARA LOS HIJOS DE
MADRES ADOLESCENTES**

Datos del hijo de la Madre Adolescente	
Nombres y Apellidos	
Edad	
Número de HCL	
Fecha	
Asuntos a tratar	
Progresos	
Dificultades que se han encontrado	
Debemos seguir insistiendo	
Próxima reunión	

Tabla N° 9: Ficha de seguimiento del estado nutricional para los hijos de madres adolescentes

Fuente: Ficha de seguimiento ⁽¹⁵⁾

Elaborado por: Lorena López

**FICHA DE EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL PARA LAS MADRES
ADOLESCENTES**

Nombres:	Apellidos:	
Edad:	Número HCL:	
Peso en Kg.:	Talla en cm:	
IMC:	Fecha:	
ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS		PUNTUACIÓN
1. Percentiles según Índice Peso / Edad		
Menor percentil 3		0
Entre percentil 3 - 10		1
Normal 10 - 90		2
2. Percentiles según Índice Talla / Edad		
Menor percentil 3		0
Entre percentil 3 - 10		1
Normal 10 - 90		2
3. Índice de masa corporal		
IMC < 19		0
19 ≤ IMC < 21		1
21 ≤ IMC < 23		2
4. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)		
Pérdida de peso > a 3 kg		0
Pérdida de peso entre 1 y 3 kg		1
No ha habido pérdida de peso		2
PARÁMETROS DIETÉTICOS		
5. ¿Desayuna diariamente?		
No		0
Si		1
6. ¿Cuántas comidas completas realiza al día? (equivalente a dos platos y un postre)		
1 comida		0
2 comidas		1
3 comidas		2
7. ¿El paciente consume?		
¿Productos lácteos al menos una vez al día?	Sí	No
¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana?	Sí	No
¿Carne, pescado o aves diariamente?	Sí	No
0-1 Sí		0
2 Sí		0,5
3 Sí		1
8. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?		
No		0
Si		1

9. ¿Ha perdido el apetito?	Sí	No
¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, o de alimentación en los últimos tres meses?	Sí	No
Anorexia severa (2 sí)	0	
Anorexia moderada (1 sí)	1	
Sin anorexia (0 sí)	2	
10. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma usted al día? (agua, zumo, café, té, leche, etc.)		
Menos de 3 vasos	0	
De 3 a 5 vasos	0,5	
Más de 5 vasos	1	
11. ¿Qué prefiere usted tomar cuando tiene sed?		
Gaseosa	0	
Café	0,5	
Agua	1	
12. ¿Cuántas veces al día toma alimentos ricos en carbohidratos (pan, patatas, pasta, arroz, cereales)?		
1 vez al día	0	
3 veces	1	
De 4 a 6 veces	2	
13. Ingiere bebidas alcohólicas		
Si	0	
No	1	
VALORACIÓN SUBJETIVA		
14. ¿El paciente se considera a sí mismo bien nutrido? (problemas nutricionales)		
Malnutrición severa	0	
No lo sabe o malnutrición moderada	1	
Sin problemas de nutrición	2	
15. En comparación con las personas de su edad: ¿cómo encuentra su estado nutricional?		
Peor	0	
No lo sabe	0,5	
Igual	1	
Mejor	2	
TOTAL (máximo 24 puntos)		
ESTRATIFICACIÓN:		
> 18 puntos: Estado nutricional satisfactorio		
De 12 a 17,5 puntos: Riesgo de malnutrición		
< 12 puntos: Mal estado nutricional		

Tabla N° 10: Ficha de evaluación del estado nutricional para las madres adolescentes

Fuente: Ficha de evaluación ⁽¹⁴⁾

Elaborado por: Lorena López

**FICHA DE EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL PARA LOS HIJOS DE
MADRES ADOLESCENTES**

Nombres:	Apellidos:	
Edad:	Número HCL:	
Peso en Kg.:	Talla en cm:	
IMC:	Fecha:	
ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS		PUNTUACIÓN
1. Percentiles según Índice Peso / Edad		
Menor percentil 3		0
Entre percentil 3 - 10		1
Normal 10 - 90		2
2. Percentiles según Índice Talla / Edad		
Menor percentil 3		0
Entre percentil 3 - 10		1
Normal 10 - 90		2
3. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)		
Pérdida de peso > a 3 kg		0
Pérdida de peso entre 1 y 3 kg		1
No ha habido pérdida de peso		2
PARÁMETROS DIETÉTICOS		
4. ¿Le brinda el desayuno diariamente a su hijo?		
No		0
Si		1
5. ¿Qué alimentos le da en el desayuno?		
Ninguno		0
Solo leche materna		1
Papilla o leche con cereales, y fruta		2
6. ¿Cuántas comidas completas tiene su hijo al día?		
1 comida		0
2 comidas		1
3 comidas		2
7. ¿El niño consume?		
¿Productos lácteos al menos dos veces al día?	Sí	No
¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana?	Sí	No
¿Carne, pescado o aves 3 o 4 veces por semana?	Sí	No
0-1 Sí		0
2 Sí		0,5
3 Sí		1
8. ¿Su hijo consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?		
No		0
Si		1

9. ¿El niño ha perdido el apetito?	Sí	No
¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, o de alimentación en los últimos tres meses?	Sí	No
Anorexia fisiológica severa (2 sí)	0	
Anorexia fisiológica moderada (1 sí)	1	
Sin anorexia fisiológica (0 sí)	2	
10. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos le brinda al niño al día? (agua, jugos, café, té, leche, etc.)		
No le da agua	0	
De 1 a 3 vasos	0,5	
Más de 3 vasos	1	
11. ¿Qué prefiere usted darle a su hijo cuando tiene sed?		
Gaseosa	0	
Leche materna	0,5	
Agua	1	
12. ¿Cuántas veces al día el niño consume alimentos ricos en carbohidratos (pan, patatas, pasta, arroz, cereales)?		
1 vez al día	0	
3 veces	1	
De 4 a 6 veces	2	
VALORACIÓN SUBJETIVA		
13. ¿Considera que su hijo está bien nutrido? (problemas nutricionales)		
Malnutrición severa	0	
No lo sabe o malnutrición moderada	1	
Sin problemas de nutrición	2	
14. En comparación con los otros niños de la edad de su hijo: ¿cómo encuentra su estado nutricional?		
Peor	0	
No lo sabe	0,5	
Igual	1	
Mejor	2	
TOTAL (máximo 23 puntos)		
ESTRATIFICACIÓN:		
> 18 puntos: Estado nutricional satisfactorio		
De 12 a 17,5 puntos: Riesgo de malnutrición		
< 12 puntos: Mal estado nutricional		

Tabla N° 11: Ficha de evaluación del estado nutricional para los hijos de madres adolescentes

Fuente: Ficha de evaluación ⁽¹⁴⁾

Elaborado por: Lorena López

6.7 Modelo Operativo

FASES	ETAPAS	METAS	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	PRESUPUESTO	RESPONSABLES
<i>Planificación</i>	Organización con el personal de salud	Sensibilizar al personal de salud sobre la necesidad de un centro de asesoramiento nutricional	Socialización entre el personal de salud y la investigadora	Humanas: personal de salud (4) y la investigadora. Institucionales: Subcentro de salud de Bolívar	Agosto 2013: 3ª y 4ª semana los días miércoles.	Escritorio \$150 Internet \$100 Copias \$50 Impresiones \$70 Materiales de escritorio \$100 Material didáctico \$400	Lorena López Personal de Salud
	Adecuación del lugar para el centro de asesoramiento nutricional	Conseguir un lugar apropiado para la atención de las y los pacientes	Limpieza del lugar Colocación de los muebles.	Humanas: personal de enfermería (2) y la investigadora. Materiales: escritorio Institucionales: Subcentro de salud de Bolívar	Septiembre 2013: 1ª y 2ª semana los días miércoles, jueves y viernes.	Materiales de limpieza \$20 Transporte \$200 Aperitivo \$100	
	Recopilación e interpretación de los datos relevantes de los pacientes	Escoger la población más vulnerable	Entrevista a los pacientes escogidos.	Humanas: 24 madres adolescentes y 24 niños Materiales: Copias, impresiones y material de escritorio	Septiembre 2013: 3ª y 4ª semana, los días martes y sábado.		

	Revisión de los hallazgos en la ficha de captación	Conteo y análisis de todas las necesidades	Detectar el problema más frecuente	Humanas: 24 madres adolescentes y 24 niños Materiales: material didáctico	Octubre 2013: 1ª semana de martes a viernes.		
	Clarificación y sintetización de los datos	Continuar con el seguimiento dietario de las y los pacientes con deficiencias nutricionales	Crear un plan de seguimiento nutricional incluido en la historia clínica	Humanas: 24 madres adolescentes y 24 niños Materiales: Historias Clínicas y material de escritorio	Octubre 2013: 2ª semana de martes a sábado.		
	Identificación de riesgos dietarios	Adquirir los suplementos alimenticios necesarios para la población en riesgo	Realizar los trámites respectivos para la adquisición de suplementos a través del MSP	Humanas: personal de salud (4) y la investigadora. Materiales: Impresiones	Octubre 2013: 3ª semana hasta obtener el pedido.		
<i>Ejecución</i>	Obtención de los suplementos alimenticios necesarios	Entregar los suplementos alimenticios a la población con deficiencias nutricionales	En la institución, personal de Enfermería comparten conocimientos	Humanas: 24 madres adolescentes y 24 niños Institucionales: MSP	Fines de Noviembre 2013		

<i>Evaluación</i>	Valoración del estado nutricional de las y los pacientes en riesgo	Determinar el número de pacientes que han presentado mejoría	Realizar una nueva entrevista e identificar los conocimientos que poseen sobre la nutrición	Humanas: 24 madres adolescentes y 24 niños Materiales: Copias, impresiones, material de escritorio	A partir de diciembre del 2013		
-------------------	--	--	---	---	--------------------------------	--	--

Tabla N° 12: Modelo Operativo

Fuente: Dr. Luis Herrera

Elaborado por: Lorena López

6.8 Administración de la Propuesta

La propuesta será ejecutada por la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de Salud quienes colaborarán con la investigadora para que se haga posible la creación del centro de asesoramiento nutricional; mediante las autoridades respectivas se podrán ejecutar los trámites necesarios para la obtención de los suplementos alimenticios para las personas más vulnerables, de esta forma se contribuye a la erradicación de los problemas nutricionales presentados.

6.9 Plan de Monitoreo y evaluación de la Propuesta

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Quiénes solicitan evaluar?	Persona encargada de la dirección médica del subcentro de Bolívar
2. ¿Por qué evaluar?	Porque se necesita conocer el estado nutricional y los hábitos alimenticios de las madres adolescentes y sus hijos.
3. ¿Para qué evaluar?	Para lograr los objetivos propuesta
4. ¿Qué evaluar?	El estado nutricional y hábitos alimenticios
5. ¿Quién evalúa?	Personal de salud del subcentro de Bolívar y la investigadora
6. ¿Cuándo evaluar?	Aproximadamente 1 mes después de la ejecución.
7. ¿Cómo evaluar?	Mediante la utilización de las hojas de crecimiento de la HCL y fichas
8. ¿Con qué evaluar?	Medición de talla y peso, aplicación de fichas de captación, seguimiento y evaluación

Tabla N° 13: Plan de Monitoreo y evaluación de la Propuesta

Fuente: Dr. Luis Herrera

Elaborado por: Lorena López

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Aristizábal, D., Leal, F. y Reyes, M. (2006). Neumología Pediátrica: Infección, Alergia y Enfermedad Respiratoria en el niño. (5ª ed.). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.
2. Behrman, R., Jenson, H. y Kliegman, R. (2005). Nelson Tratado de Pediatría. (17ª ed.). Madrid, España: Editorial Elsevier.
3. Cruz, M. (2007). Tratado de Pediatría. Barcelona, España: Editorial Océano/Ergón.
4. Fichner, L., Nevid, J. y Rathus, S. (2005). Sexualidad Humana. (6ª ed.). España: Editorial Pearson Educación.
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), OMS, Unesco, Unfpa, Pnud, Onusida, PMA y Banco Mundial. (2010). Para la Vida. (4ª ed.). Nueva York, Estados Unidos.
6. Galdó, G., García M. y Redondo, C. (2008). Atención al Adolescente. España: Editorial Publican.
7. Gispert, C. (s.f.). Manual de la Enfermería. Barcelona, España: Editorial Océano.
8. Gispert, C. (s.f.). Psicología del Niño y del Adolescente Océano Multimedia. Barcelona, España: Océano Grupo Editorial.
9. Gómez, J., Gómez, L., Quevedo, A. (2008). Pautas de Tratamiento en Pediatría. (4ª ed.). Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
10. Hernández, M. (1994). Pediatría. (2ª ed.). Madrid, España: Editorial Díaz de Santos S.A.
11. Hobbins, J. y Reece, A. (2010). Obstetricia Clínica. (3ª ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
12. Leal, F. (2002). Plata Rueda: El Pediatra Eficiente. (6ª ed.). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.
13. McInerney, T. (2011). Tratado de Pediatría Tomo I. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

14. Valera, J. (2009). El Embarazo en la Adolescencia. Lima – Perú: Editorial Indecopi.

LINKOGRAFÍA:

- 1) Alba, R. y Cabrera, D. (2010, octubre). Guía Educativa sobre Sexualidad Responsable en los Adolescente. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/662/2/06%20ENF%20404%20GU%C3%8DA.pdf>
- 2) Alimentación Complementaria. Recuperado en agosto 8, 2013. Disponible en: <http://www.programapipo.com/guia-pediatrica/alimentacion-primer-ano-vida/alimentacion-complementaria/>
- 3) Alimentación en la mujer. Etapa I: Gestación y Lactancia. Recuperado en agosto 8, 2013. Disponible en: <http://www.henufood.com/nutricion-salud/consigueunavidasaludable/alimentacion-en-la-mujer-etapa-i-menopausia/>
- 4) Asesoramiento nutricional concepto. Recuperado en agosto 8, 2013. Disponible en: <http://www.onsalus.com/diccionario/asesoramiento-nutricional/2311>
- 5) Asesoramiento nutricional. Recuperado en agosto 8, 2013. Disponible en: <http://www.salud.gov.pr/Programas/Pwic/Pages/AsesoramientoNutricional.aspx>
- 6) Boletín Salud Infantil Valle del Cauca. (2012, noviembre). Disponible en: http://www.saludinfantilvalledelcauca.com/uploads/1/3/7/8/13787752/boletin_salud_infantil.pdf.
- 7) Concepto de Alimentación, Nutrición y Dietética. Recuperado en agosto 8, 2013. Disponible en: http://www.5aldia.org/v_5aldia/apartados/apartado.asp?te=203
- 8) Desnutrición infantil. (2009, mayo 26). Disponible en: <http://desnutricioninfantil-katch.blogspot.com/>
- 9) El crecimiento y el desarrollo físico infantil. Recuperado en octubre 26, 2012. Disponible en: <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/844816993X.pdf>
- 10) Esquema de Alimentación en el primer año de vida. Recuperado en agosto 8, 2013. Disponible en: http://www.drrondonpediatria.com/carta_alimentacion.htm

- 11)** Ferrando, M. Pediatra. Desarrollo Infantil. Recuperado en octubre 27, 2012.
Disponible en:
<http://www.desarrolloinfantil.net/salud-infantil/que-es-un-nino-sano>.
- 12)** Ferrer, R. (2010, octubre). Medicina Preventiva y Salud Publica, Ginecología y Obstetricia Revista Electrónica de Portales Medicos.com. Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2497/2/Factores-de-Riesgo-en-las-Adolescentes-Embarazadas>
- 13)** Ficha de captación. Recuperado en agosto 16, 2013. Disponible en:
<http://www.slideshare.net/grachelg/hoja-de-captura-de-datos>
- 14)** Ficha de evaluación. Recuperado en agosto 16, 2013. Disponible en:
http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/96706858-ec54-11dd-9b81-99f3df21ba27/GUIA_PERSONAS_MAYORES.pdf
- 15)** Ficha de seguimiento. Recuperado en agosto 16, 2013. Disponible en:
http://recursos.educarex.es/pdf/exito_escolar/anex_plan_refue_cc.pdf
- 16)** González, T., Sánchez, C., Dirección General de Salud Pública y Participación, Consejería de Salud y Consumo Gobierno de las Illes Balears. (2009). Guía de Lactancia Materna. Editorial Consejería de Salud y Consumo. Disponible en:
http://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf
- 17)** Issler, J. (2001, agosto). Embarazo en la Adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina N° 107. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html
- 18)** Lactancia Materna. Recuperado en septiembre 8, 2012. Disponible en:
<http://www.madresadolescentes.sld.cu/4LactanciaMaterna.html>
- 19)** Lete, I., Lozano, J., Martínez, C., Parrilla, J. Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Recuperado en octubre 26, 2012. Disponible en:
http://www.companiamedica.com/libros_gratis/embarazo_reproduccion/embarazo_en_la_adolescencia.pdf
- 20)** Manual de Enfermería en Neonatología. Recuperado en septiembre 22, 2012.
Disponible en:
http://www.aibarra.org/neonatologia/capitulo23/Padres/Nino_sano/default.htm

- 21)** Mira, D. Alimentación Complementaria del Niño entre 0-24 meses. Recuperado en septiembre 8, 2012. Disponible en:
<http://www.elhospitalblog.com/salud/pediatria/alimentacion-complementaria-del-nino-entre-0-24-meses/>
- 22)** MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador) - Coordinación Nacional de Nutrición. (2011). Protocolo de atención para la evaluación de crecimiento de niños y niñas menores de cinco años y de cinco a nueve años. Disponible en:
http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/CRECIMIENTO%20DEL%20NI%C3%91O%20Y%20NI%C3%91A/ART.%20PROTOCOLO%20EN%20CRECIMIENTO.pdf
- 23)** MSP (Ministerio de Salud Pública del Ecuador). Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Recuperado en octubre 26, 2012. Disponible en:
<http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/>
- 24)** Nutrición en el niño de corta edad (1-3 años). Recuperado en agosto 10, 2013. Disponible en:
http://dieteticaieselgetares.files.wordpress.com/2013/04/nutrici3b3n-del-nic3b1o-de-corta-edad-1_3-ac3b1os.pdf
- 25)** Nutrición Infantil. Recuperado en octubre 26, 2012. Disponible en:
<http://www.onsalus.com/diccionario/nutricion-infantil/20538>
- 26)** Peso talla y perímetro cefálico. Recuperado en septiembre 8, 2012. Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/81321547/PESO-TALLA-Y-PERIMETRO-CEFALICO>
- 27)** Programas nutricionales del Ministerio de Salud. Recuperado en septiembre 8, 2012. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/41371156/Normas-Programas-Nutricionales-Sisvan-pann-pim-pean>
- 28)** Ugarte, C. y Verne, E., (2008). Inmunización: Conceptos Generales, Esquemas y el Futuro. Rev. Perú. Pediatría. Disponible en:
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v61n1/pdf/a07v61n1.pdf>.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA.

- 1. PROQUEST:** Cortez, L. (2000). Ayudando al Pueblo: Consecuencias y prevención del embarazo adolescente, El diario la Prensa. New York. Disponible en:
<http://search.proquest.com/docview/368443846/13C887A35035AF90E90/24?accountid=36765>
- 2. PROQUEST:** Pérez, S. (1998) .Un problema de salud pública: Adolescentes embarazadas. México. Disponible en:
<http://search.proquest.com/docview/376981207/13C88911AC82BDD4983/7?accountid=36765>
- 3. SCIELO:** Ballesteros, M. Gómez, A., Gutiérrez, M., Herrera, N Izzedin, R. y Sánchez, L. (2012, marzo, abril). Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá, Rev. salud pública vol.14 n.2. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000200001&lang=pt
- 4. SCIELO:** Benjumea, M. y López, D. (2011). Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, para ferropenia en niños. Rev. salud pública [online]. vol.13. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- 5. SCIELO:** Halvorsen, K., Iñiguez, V., Mamani, N., Romero, C. (2007 octubre). Enfermedades Diarreicas Agudas asociadas a Rotavirus. Rev. chil. pediatr. 78(5): 549-558, ILUS, TAB. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000500014&lang=pt

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE OBSERVACIÓN A LAS MADRES ADOLESCENTES

Edad de la madre	
Edad del Inicio de Relaciones Sexuales	
Edad de la Menarquía	
Estado Civil	
Nivel Educativo	
Evaluaciones realizadas durante el embarazo	
Controles Prenatales	
Edad Gestacional del Primer Control	
Ecos	
Exámenes de Laboratorio	
Número de Gestas	
Número de Abortos	
Complicaciones en el Embarazo	
Anemia	
IVU	
Peso Bajo	
HIE Preeclampsia	
Hemorragia	
Amenaza de Aborto	
Amenaza de Parto Prematuro	
Sin Complicaciones	
Semanas de Gestación en el Parto	
Tipo de Parto	
Céfalo Pélvico	
Cesárea	
Lugar del Parto	
Domicilio	
Institución pública	
Institución privada	

ANEXO 2

FICHA DE OBSERVACIÓN DEL NIÑO

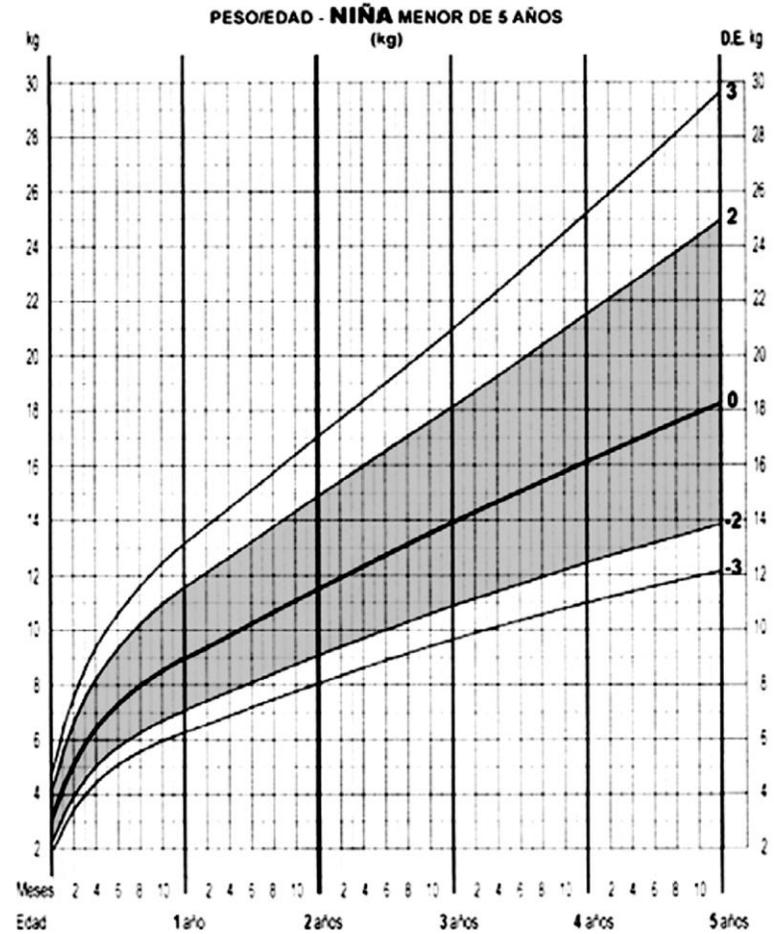
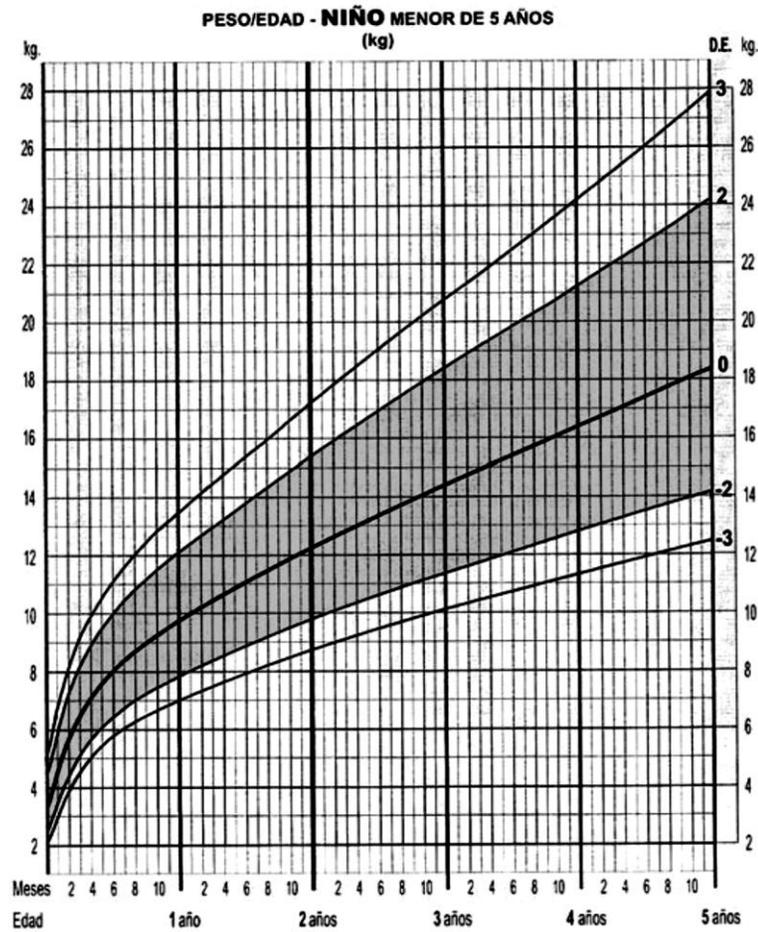
Fecha de nacimiento	Edad	
Valoración del Apgar		
Valoración de Medidas antropométricas al nacer		
Peso		
Talla		
Perímetro Cefálico		
Valoración de Medidas antropométricas en el Primer Control y el Último Control		
Primer Control	Peso	
	Talla	
	Perímetro Cefálico	
Último Control	Peso	
	Talla	
	Perímetro Cefálico	
Controles		
Frecuencia		
Número por control		
Número por enfermedad		
Crecimiento del niño		
Percentiles según Índice Peso / Edad Actual	Percentiles según Índice Talla / Edad Actual	Percentiles Perímetro Cefálico / Edad
Mayor percentil 97°	Mayor percentil 97°	Mayor percentil 97°
Entre percentil 90 - 97	Entre percentil 90 - 97	Entre percentil 90 - 97
Normal 10 - 90	Normal 10 - 90	Normal 10 - 90
Entre percentil 3 -10	Entre percentil 3 -10	Entre percentil 3 -10
Menor percentil 3	Menor percentil 3	Menor percentil 3
Evaluación del Desarrollo	Método	
Nutrición		
Lactancia Materna Exclusiva		
Inicio de la Alimentación Complementaria		
Esquema de vacunación		
Acorde a la Edad		
Retrasado a la Edad		
Enfermedades Prevalentes en la Infancia		

ANEXO 3
FORMULARIO DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

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

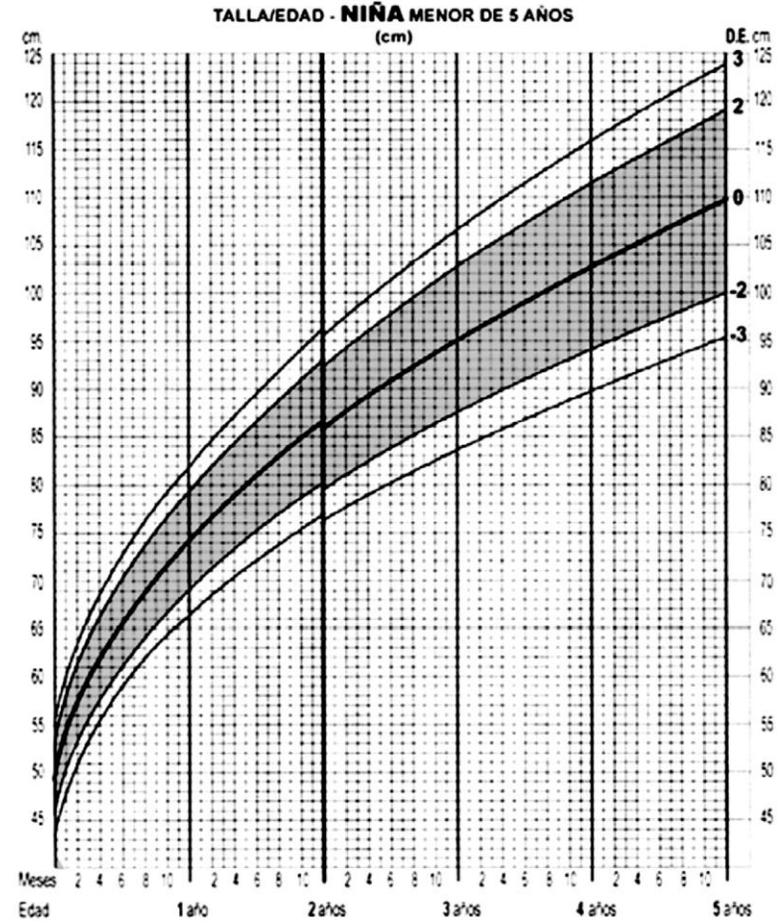
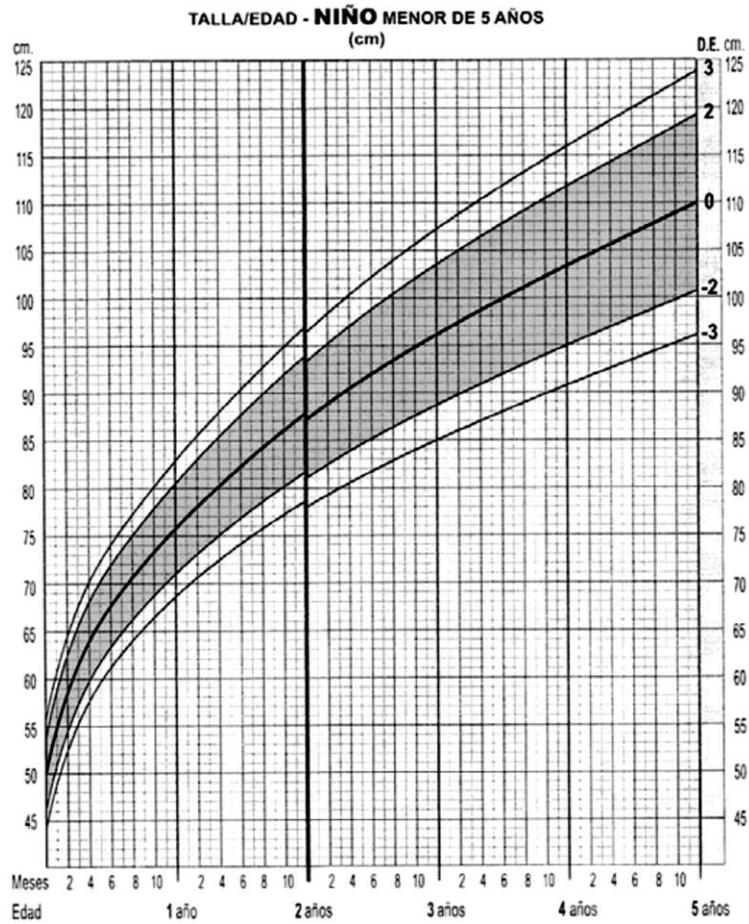
ANEXO 4

FORMATO: CURVAS PARA LA VALORACIÓN DEL PESO/EDAD EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS



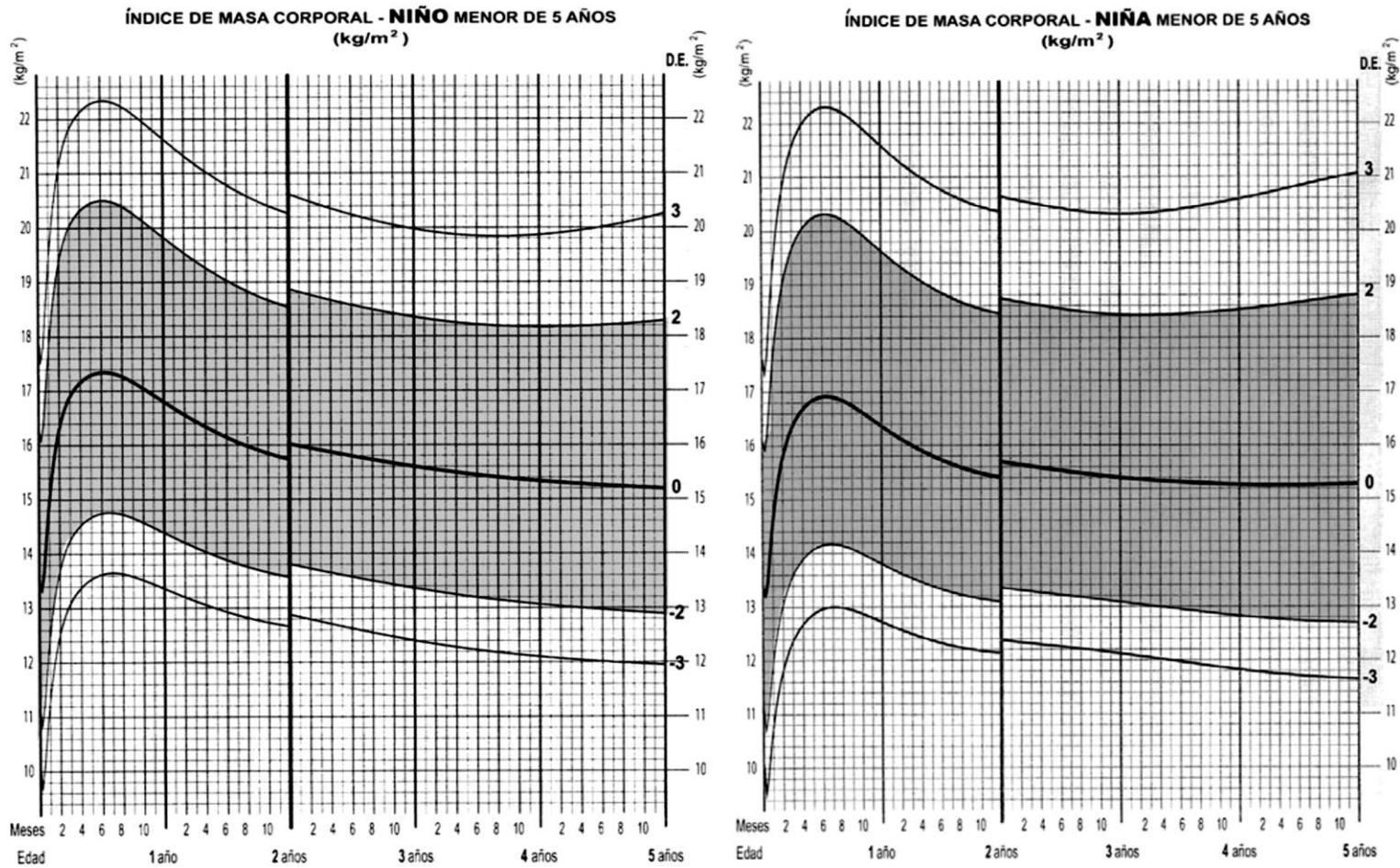
ANEXO 5

FORMATO: CURVAS PARA LA VALORACIÓN DE TALLA/EDAD EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS



ANEXO 6

FORMATO: CURVAS PARA LA VALORACIÓN DEL IMC/EDAD EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS



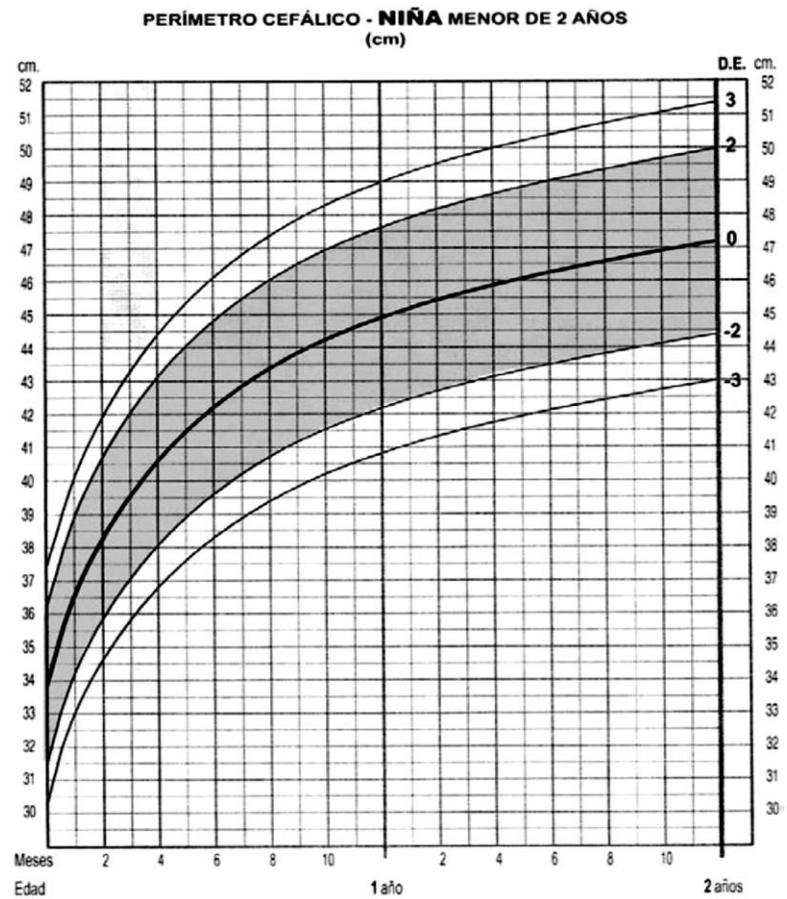
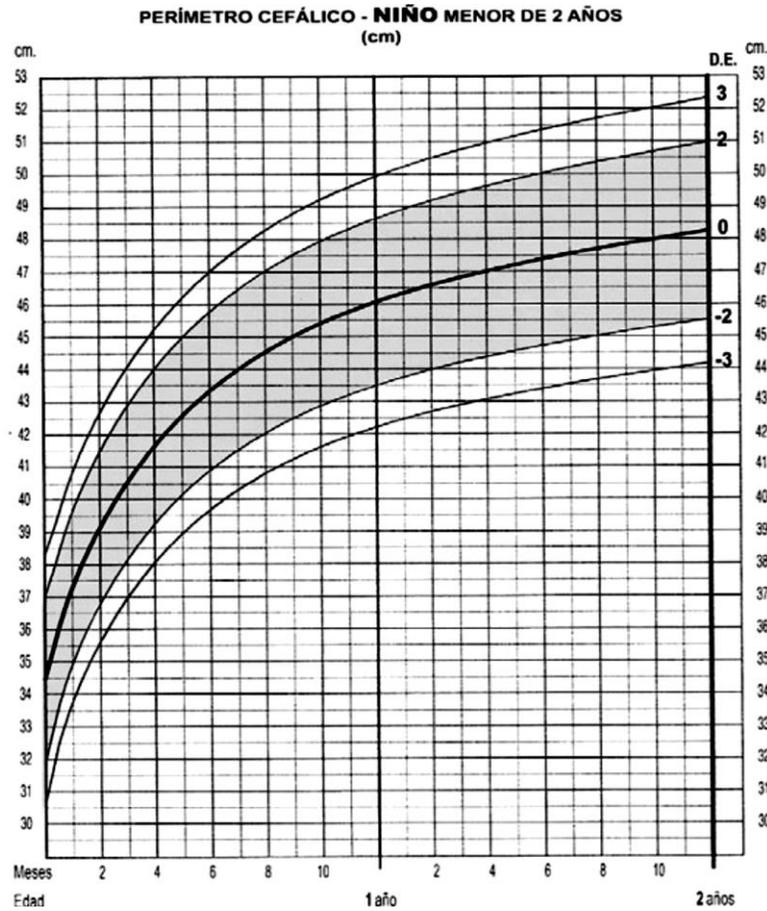
ANEXO 7

FORMULARIO DE PUNTAJE Z O Z SCORE /DESVIACIONES ESTÁNDAR (DE)

Percentil 50								
Niñas					Niños			
Edad en meses	Indicador P/E	Indicador T/E	Indicador IMC/E	Indicador	Indicador P/E	Indicador T/E	Indicador IMC/E	Indicador PC/E
				PC/E				
0	3,2	49	13,2	34	3,3	50	13,2	34,5
1	4	54	14,6	36,5	4,5	55	15	37
2	5	57	15,8	38	5,5	59	16,2	39
3	5,8	60	16,4	39,5	6,4	62	16,8	40,5
4	6,3	62	16,7	40,5	7	64	17,2	41,5
5	6,8	64	16,8	41	7,5	66	17,4	42,5
6	7,3	66	16,9	42	8	67,2	17,4	43,3
7	7,6	67	16,9	43	8,4	69	17,3	44
8	7,9	69	16,8	43	8,6	71	17,3	44,5
9	8,2	70	16,7	44	8,8	72	17,2	45
10	8,5	72	16,6	44,2	9,2	73	17	45,4
11	8,7	73	16,5	44,5	9,4	75	16,9	45,7
12	9	74	16,4	45	9,8	76	16,8	46
13	9,2	75	16,2	45,2	10	77	16,7	46,2
14	9,4	76	16,1	45,5	10,2	78	16,6	46,5
15	9,6	77,5	16	45,7	10,5	79	16,4	46,8
16	9,8	78,5	15,9	46	10,8	80	16,3	47
17	10	79,5	15,8	46	11	81	16,2	47,2
18	10,2	81	15,7	46,2	11,2	82	16,2	47,4
19	10,4	82	15,6	46,5	11,4	83	16,1	47,5
20	10,6	83	15,6	46,5	11,6	84	16	47,7
21	10,8	84	15,5	46,7	11,8	85	15,9	47,8
22	11	85	15,5	47	12	86	15,8	48
23	11,2	85,5	15,4	47	12,2	87	15,8	48,1
24	11,5	86	15,4	47,1	12,2	87	15,8	48,2
25	11,6	87	15,6	47,4	12,4	88	16	48,4
26	11,8	87,5	15,6	47,5	12,5	89	15,9	48,5
27	12	88,5	15,6	47,6	12,7	90	15,9	48,6
28	12,2	89	15,6	47,7	12,9	90,5	15,8	48,7
29	12,5	90	15,5	47,8	13,1	91	15,8	48,8
30	12,6	91	15,5	48	13,3	92	15,8	49

ANEXO 8

FORMATO: CURVAS PARA LA VALORACIÓN DEL PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS



ANEXO 9

FORMULARIO PARA VALORACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL

Edad	Motriz Gruesa	Motriz Fina	Lenguaje	Socialización
1 mes	No sostiene la cabeza	<ul style="list-style-type: none"> Manos empuñadas Fija la mirada en objetos de 30 a 40 cms. Se sobresalta con el sonido 	Llanto consolable	Reconoce la voz de la madre
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> Levanta cabeza en posición prona Sostén parcial de la cabeza 	<ul style="list-style-type: none"> Manos abiertas parcialmente Sigue objetos a 180° 	Sonrisa social y balbuceos	Sigue el movimiento del rostro.
3 meses	<ul style="list-style-type: none"> Posición en línea media Sostiene cabeza al levantarlo de los brazos. 	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de prensión refleja e inicio de voluntaria Sigue con ojos objeto en movimiento Abre y mira sus manos 	<ul style="list-style-type: none"> Busca sonido con la mirada Dos sonidos diferentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Duerme 15 horas Reconoce a la madre Sonríe al acariciarlo
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> Sostén cefálico Inicia rodamientos 	<ul style="list-style-type: none"> Control ojo – mano – boca Agarra objetos 	Se arrulla y vocaliza	Identifica a la madre
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Rola: pasa de decúbito dorsal a ventral Se sienta solo Control de cabeza sentado 	<ul style="list-style-type: none"> Grasping: toma con toda la palma objeto. Tiene un objeto en cada mano 	<ul style="list-style-type: none"> Busca la fuente de sonidos y prefiere unos sobre otros 4 o más sonidos diferentes 	<ul style="list-style-type: none"> Juega con sus manos y ropa Juega a la escondida Presta atención a la conversación
8 meses	<ul style="list-style-type: none"> Se sienta solo Mete las manos para no caerse Inicia gateo 	Pasa objetos de una mano a otra	Dice monosílabos (ma - pa)	Llora y hay angustia para la separación
10 meses	<ul style="list-style-type: none"> Gateo alterno Inicia 	<ul style="list-style-type: none"> Señala con el índice 	Imita onomatopeyas	Busca objetos que se le caen

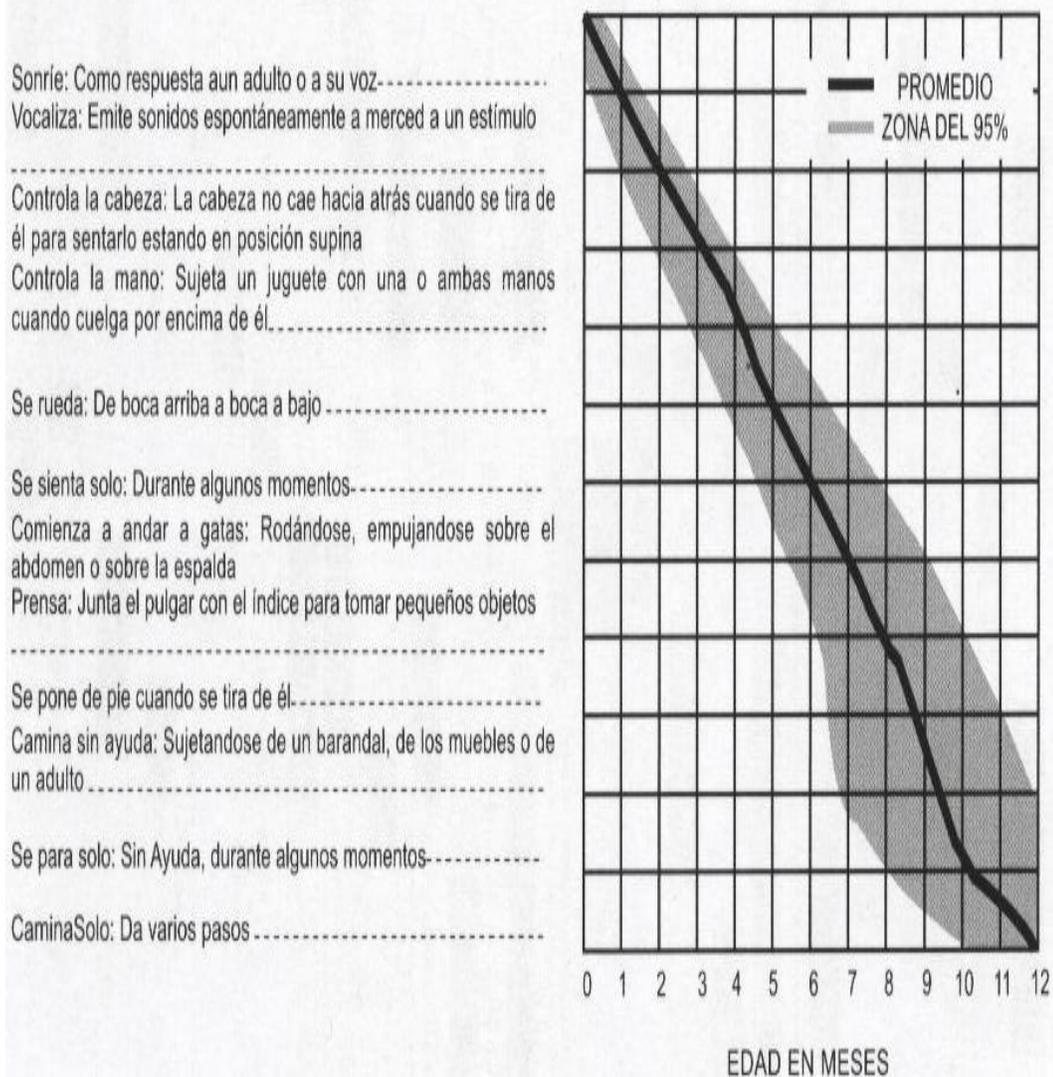
	bipedestación	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta pinza fina 		
12 meses	Inicia marcha con ayuda	Toma y da objetos	Emite 3 a 5 palabras	Ayuda a vestirse
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sube las escaleras con ayuda. • Cuando lanza la pelota se cae (poco equilibrio) • Se agacha estando de pie para alcanzar objeto sin perder el equilibrio 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma torres de 2 cubos • Introduce objeto pequeño en la botella • Pasa varias páginas de un libro a la vez 	Pide señalando objetos.	Muestra u ofrece juguetes
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sube escaleras sin alternar • Se sube a una silla 	<ul style="list-style-type: none"> • Empieza a comer solo • Hace trípode 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma frases • Señala las partes del cuerpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a desvestirse • Patea pelota
24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sube y baja escaleras con alternancia • Corre 	<ul style="list-style-type: none"> • Garabatea • Imita líneas 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma oraciones cortas • Ejecuta indicaciones sencillas 	Participa en juegos de grupos y juegos simbólicos
25 a 30 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Salta • Sube y se lanza por la resbaladera solo. • Sube escalera de pie. • Ayuda a vestirse, se pone sus zapatillas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Construye una torre de ocho cubos • Imita un trazo vertical y otro horizontal • Agrupa objetos por tamaño y forma 	<ul style="list-style-type: none"> • Señala y nombra partes de su cuerpo y de su cara. • Realiza frases como: dame agua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia a otras personas. • Se entusiasma cuando está con otros niños • Demuestra ser cada vez más independiente.

ANEXO 10

FORMULARIO DEL TEST DE ALDRICH Y NORVAL

NORMAS PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO DE LOS 12 PRIMEROS MESES DE EDAD

(Adaptado de Aldrich y Norval)

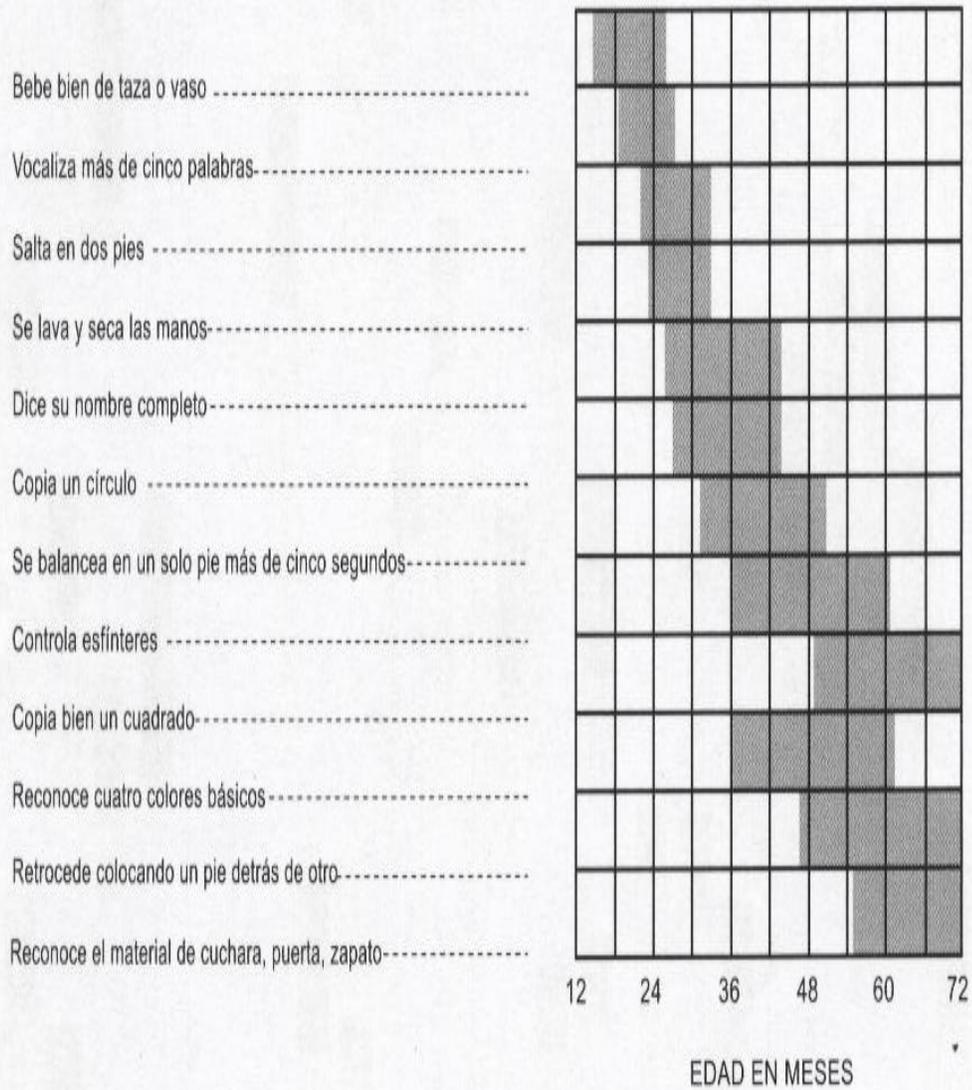


ANEXO 11

FORMULARIO DEL TEST DE BARRERA –MONCADA

NORMAS PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO DE LOS 12 A LOS 60 MESES DE EDAD

(Adaptado de Barrera - Moncada)



ANEXO 12

FORMULARIO DEL TEST DE DENVER

