



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 RELACION CON EL
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES
DE EDAD EN EL C.S PATATE ÁREA N.-5 DEL CANTÓN PATATE
PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23
DE NOVIEMBRE DEL 2012”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Supe Amaguaña, Gladys Patricia

Tutora: Lic. Venegas Mera, Beatriz

Ambato – Ecuador
Octubre 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del trabajo de Investigación sobre el tema: **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACION CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL C.S PATATE ÁREA N.-5 DEL CANTÓN PATATE PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”** de Supe Amaguaña Gladys Patricia, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio del 2013.

LA TUTORA

Lic. Beatriz Venegas Mera

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÒN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL C.S PATATE ÁREA N.-5 DEL CANTÓN PATATE PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 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, Julio del 2013

LA AUTORA

Gladys Patricia Supe Amaguaña

DERECHOS DE AUTOR

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

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

Ambato, Julio del 2013

LA AUTORA

Gladys Patricia Supe Amaguaña

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros de Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema de **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL C.S PATATE ÁREA N.-5 DEL CANTÓN PATATE PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”**, de Supe Amaguaña Gladys Patricia, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Octubre del 2013

Para constancia firman:

Presidente/a

Primer Vocal

Segundo Vocal

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación se lo dedico en primer lugar a Dios por brindarme la oportunidad de prepararme, a mi adorable Judith, esa pequeña luz de mi vida que me motivo para seguir superando los obstáculos diarios y así obtener una profesión y poder brindarle un futuro prometedor.

A mis padres que me han apoyado durante toda mi vida estudiantil con sus sabios consejos han sabido guiarme y apoyarme en los momentos difíciles de mi vida, a toda mi familia que han puesto su confianza en mí y anhelaron ver cumplidos mis sueños.

Para ustedes con todo el Amor de mi corazón.

Patricia

AGRADECIMIENTO

Mis más grandes agradecimientos a todas aquellas personas que me extendieron su mano cuando me sentí derrotada, y con sus palabras supieron alentarme para continuar mi camino para poder alcanzar mis metas; al igual agradezco a todos aquellos profesionales que con su experiencia me motivaron a nunca desatender el lado humano de los pacientes y continuar obteniendo conocimientos que me servirán en mi carrera futura.

A mis docentes quienes impartieron sus conocimientos con paciencia y nunca desatendiendo los valores para enriquecernos y formar buenos profesionales empapados de conocimientos científicos así como en la ética.

A la Lcda. Beatriz Venegas quien supo brindarnos su amistad, confianza, dedicación, sus conocimientos y guiarnos en este proyecto.

A todos ustedes muchas gracias.

Patricia

ÍNDICE

Índice de Contenidos

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
Resumen.....	xix
Summary.....	xx
Introducción.....	1

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Capítulo I.....	3
1.1.Tema.....	3
1.2.Planteamiento del Problema.....	3
1.2.1. Contextualización.....	3
1.2.2. Análisis Crítico.....	12
1.2.3. Prognosis.....	14

1.2.4. Formulación del Problema.....	14
1.2.5. Preguntas Directrices.....	15
1.2.6. Delimitación del Problema.....	15
1.3. Justificación.....	16
1.4. Objetivos.....	18
1.4.1. Objetivo General.....	18
1.4.2. Objetivos Específicos.....	18

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Capítulo II.....	19
2.1. Investigaciones Previas.....	19
2.2. Fundamentación Filosófica.....	21
2.3. Fundamentación Legal.....	21
2.4. Categorías Fundamentales.....	24
2.4.1. Adolescencia.....	25
Etapas de la Adolescencia.....	25
2.4.2. Sexualidad en Adolescentes.....	26
Etapas de la Sexualidad.....	26
Comportamiento Sexual Adolescente.....	27
El papel de la familia.....	28
Educación Sexual.....	29
Métodos Anticonceptivos.....	29
Sexo Seguro.....	32
2.4.3. Embarazo Precoz.....	33

Factores de Riesgo para un Embarazo en la Adolescencia.....	35
Factores determinantes en un Embarazo Adolescente.....	37
Complicaciones del Embarazo Adolescente.....	37
2.4.4. Madres Adolescentes.....	39
Efectos sobre los padres adolescentes.....	40
Efectos sobre el hijo.....	40
2.4.5. Crecimiento y Desarrollo.....	41
Crecimiento.....	41
Medidas Antropométricas.....	42
Peso.....	42
Talla.....	42
Perímetro Cefálico.....	43
2.4.6. Alteraciones en el Crecimiento.....	44
Talla Baja.....	44
Obesidad Infantil.....	44
Bajo Peso al Nacer.....	44
Desarrollo.....	45
Desarrollo Motor.....	45
Desarrollo Motor Grueso.....	45
Desarrollo Motor Fino.....	46
Desarrollo adaptativo-social.....	48
Desarrollo del lenguaje.....	49
Test de Denver.....	51
Trastornos del desarrollo.....	52

Retraso Mental.....	52
Autismo.....	53
Afasia grave.....	53
Desorden Afectivo.....	53
Esquizofrenia Infantil.....	54
2.4.7. Salud Infantil.....	54
Control Médico.....	55
Nutrición.....	56
Desnutrición Infantil.....	56
Marasmo.....	56
Kwashiorkor.....	56
Lactancia Materna.....	58
Calostro.....	58
Ablactación.....	60
Inmunizaciones.....	61
2.4.8. Atención Primaria en Salud.....	63
Características de la Atención Primaria.....	63
Programas Nutricionales del ministerio de Salud.....	64
SISVAN, PIM, PEAN.....	64
Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN).....	65
Programa integrado de micronutrientes (PIM).....	65
Programa de educación alimentaria nutricional (PEAN).....	67
2.5. Hipótesis.....	68
2.6. Variables de la Hipótesis.....	68

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo III.....	69
3.1. Enfoque.....	69
3.2. Modalidad de la Investigación.....	69
3.3. Nivel o Tipo de Investigación.....	70
3.4. Población.....	70
3.5. Operacionalización de Variables.....	71
Variable Independiente.....	71
Variable Dependiente.....	72
3.6. Técnicas e Instrumentos.....	74
3.7. Plan de Recolección de Información.....	74
3.8. Plan de Procesamiento de la Información.....	75

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Capitulo IV.....	76
4.1. Análisis de Encuesta dirigida a madres adolescentes.....	76
4.2. Tabulación de datos de la encuesta dirigida a la investigadora.....	96
4.3. Comprobación de la Hipótesis.....	114

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Capítulo V.....	117
5.1. Conclusiones.....	117
5.2. Recomendaciones.....	119

CAPÍTULO VI: PROPUESTA

Capítulo VI.....	121
6.1. Datos Informativos.....	121
6.1.1. Título.....	121
6.1.2. Beneficiarios.....	121
6.1.3. Ubicación.....	121
6.1.4. Equipo Responsable.....	121
6.1.5. Costo.....	122
6.2. Antecedentes de la Propuesta.....	122
6.3. Justificación.....	123
6.4. Objetivos.....	124
6.4.1. Objetivo General.....	124
6.4.2. Objetivos Específicos.....	124
6.5. Análisis de Factibilidad.....	125
6.5.1. Socio-cultural.....	125
6.5.2. Organizacional.....	125
6.5.3. Ambiental.....	125
6.5.4. Económico-financiera.....	125
6.5.5. Legal.....	125
6.6. Fundamentación científico-técnica.....	127
Lactancia Materna.....	127
Composición de la leche materna.....	129
Ventajas de la Lactancia Materna.....	130

Posturas para dar de lactar.....	132
Nutrición.....	136
Introducción de los Alimentos.....	140
Recetas Divertidas.....	143
6.7. Modelo Operativo.....	146
6.8. Administración de la Propuesta.....	148
6.9. Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta.....	148

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía.....	150
Linkografía.....	152
Anexos.....	153

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro N.- 1: Ganancia en Talla niños menores de 3 años.....	43
Cuadro N.-2: Aumento del Perímetro Cefálico.....	43
Cuadro N.- 3: Principales Componentes del Control e Intervenciones recomendadas.....	55
Cuadro N.- 4: Componentes del Calostro y Leche Madura.....	59
Cuadro N.- 5: Esquema de vacunación menores de 23 meses.....	62
Cuadro N.-6: Variable Independiente: Madre Adolescente.....	71
Cuadro N.-7: Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del niño.....	72
Cuadro N.- 8: Plan de Recolección de la Información.....	75

Cuadro N.-9: Estado Civil.....	76
Cuadro N.-10: Nivel Educativo.....	77
Cuadro N.-11: Inicio de vida sexual.....	78
Cuadro N.-12: Edad al convertirse en madre.....	79
Cuadro N.-13: Complicaciones durante el parto.....	80
Cuadro N.-14: Controles Prenatales.....	81
Cuadro N.-15: Tipo de Parto.....	82
Cuadro N.-16: Institución que atendió el parto.....	83
Cuadro N.-17: Planificación del embarazo.....	84
Cuadro N.-18: Edad gestacional al nacimiento.....	85
Cuadro N.-19: Complicaciones Neonatales.....	86
Cuadro N.-20: Frecuencia del control médico.....	87
Cuadro N.-21: Esquema de vacunación.....	88
Cuadro N.-22: Enfermedades prevalentes en la Infancia.....	89
Cuadro N.-23: Lactancia Materna.....	90
Cuadro N.-24: Alimentación Complementaria.....	91
Cuadro N.-25: Test de Desarrollo.....	92
Cuadro N.-26: Retraso en el desarrollo.....	93
Cuadro N.-27: Retraso en el desarrollo.....	94
Cuadro N.-28: Actividades Educativas.....	95
Cuadro N.- 29: Conocimientos de las madres adolescentes.....	96
Cuadro N.- 30: Posibles alteraciones emocionales.....	97
Cuadro N.- 31: Cuidado del niño.....	98
Cuadro N.-32: Apego del niño.....	99

Cuadro N.-33: Lactancia Materna.....	100
Cuadro N.- 34: Vínculo afectivo.....	101
Cuadro N.- 35: Ambiente adecuado	102
Cuadro N.- 36: Actividades Psicomotoras del niño.....	103
Cuadro N.- 37: Posibles disfunciones emocionales en el niño.....	104
Cuadro N.- 38: Afecto Materno.....	105
Cuadro N.- 39: Preparación Psicológica de la madre adolescente.....	106
Cuadro N.- 40: Atención psicológica recibida por la adolescente.....	107
Cuadro N.- 41: Desarrollo Emocional.....	108
Cuadro N.- 42: Comportamiento de la Madre.....	109
Cuadro N.- 43: Relación con la pareja.....	110
Cuadro N.- 44: Ambiente Familiar.....	111
Tabla N.- 45: Dependencia económica de la adolescente.....	112
Cuadro N.- 46: Nivel de Educación.....	113
Cuadro N.- 47: Costo de la Propuesta.....	122
Cuadro N.- 48: Esquema de Índice de Alimentación Complementaria.....	141
Cuadro N.- 49: Modelo Operativo.....	146
Cuadro N.- 50: Plan de Monitoreo y Evaluación.....	148
Gráfico N.-1: Árbol de Problemas.....	11
Gráfico N.-2: Red de Inclusiones Conceptuales.....	24
Gráfico N.-3: Estado Civil.....	76
Gráfico N.- 4: Nivel Educativo.....	77
Gráfico N.-5: Inicio de vida sexual.....	78
Gráfico N.-6: Edad al convertirse en madre.....	79

Gráfico N.-7: Complicaciones durante el parto.....	80
Gráfico N.-8: Controles Prenatales.....	81
Gráfico N.-9: Tipo de Parto.....	82
Gráfico N.-10: Institución que atendió el parto.....	83
Gráfico N.-11: Planificación del Embarazo.....	84
Gráfico N.-12: Edad gestacional del nacimiento.....	85
Gráfico N.-13: Complicaciones Neonatales.....	86
Gráfico N.-14: Frecuencia del control médico.....	87
Gráfico N.-15: Esquema de vacunación.....	88
Gráfico N.-16: Enfermedades prevalentes en la Infancia.....	89
Gráfico N.-17: Lactancia Materna.....	90
Gráfico N.-18: Alimentación Complementaria.....	91
Gráfico N.-19: Test de Desarrollo.....	92
Gráfico N.-20: Retraso en el desarrollo.....	93
Gráfico N.-21: Retraso en el desarrollo.....	94
Gráfico N.-22: Actividades Educativas.....	95
Gráfico N.-23: Conocimientos de las madres adolescentes.....	96
Gráfico N.- 24: Posibles alteraciones emocionales.....	97
Gráfico N.- 25: Cuidado del niño.....	98
Gráfico N.- 26: Apego del niño.....	99
Gráfico N.- 27: Lactancia Materna.....	100
Gráfico N.- 28: Vínculo afectivo.....	101
Gráfico N.- 29: Ambiente adecuado.....	102
Gráfico N.- 30: Actividades Psicomotoras del niño.....	103

Gráfico N.- 31: Posibles disfunciones emocionales en el niño.....	104
Gráfico N.- 32: Afecto Materno.....	105
Gráfico N.- 33: Preparación Psicológica de la madre adolescente.....	106
Gráfico N.- 34: Atención psicológica recibida por la adolescente.....	107
Gráfico N.- 35: Desarrollo emocional.....	108
Gráfico N.-36: Comportamiento de la Madre.....	109
Gráfico N.- 37: Relación con la pareja.....	110
Gráfico N.- 38: Ambiente familiar.....	111
Gráfico N.- 39: Dependencia económica de la adolescente.....	112
Gráfico N.- 40: Nivel de Educación.....	113
Gráfico N.- 41: Pirámide Alimenticia.....	138

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL C.S PATATE ÁREA N.-5 DEL CANTÓN PATATE PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”

Autora: Supe Amaguaña Gladys Patricia.

Tutora: Lic. Venegas Mera Beatriz.

Fecha: Ambato, Julio del 2013.

RESUMEN

Esta investigación es de gran interés por el incremento de madres adolescentes en los últimos años, no solo en la provincia sino a nivel nacional; busca establecer la relación entre ser madre adolescente y su influencia en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad; se enmarca dentro del nivel exploratorio y descriptivo, se trabajó con los hijos de las madres adolescentes, a quienes se les evaluó a través de test establecidos como es: el de Denver de acuerdo a su edad y se tomaron datos de los carnets e historias clínicas de cada uno de los niños y madres respectivamente, se realizó una encuesta para obtener información sobre factores de riesgo predisponentes durante la gestación, que influyen en la aparición de alteraciones, también se observó en todo momento a la población en estudio, obteniendo información importante. De los resultados obtenidos se pudo concluir que la incidencia de madres adolescentes fue de 6, del cual un promedio de 66.6% está dentro de la adolescencia media. Minoritariamente corresponden a madres casadas y en mayor proporción a solteras; el grado de escolaridad de la mayoría de adolescentes fue secundaria incompleta, la edad de inicio de la vida sexual activa y primer embarazo oscila entre los 15 y 17 años. En cuanto al crecimiento de los niños se encontró que no existen alteraciones en las medidas antropométricas, en lo referente al desarrollo los datos de los niños demuestran que el 100% dio un test negativo al momento pues no existen datos anteriores de evaluación del desarrollo.

PALABRAS CLAVES: MADRES-ADOLESCENTES, CRECIMIENTO, DESARROLLO, NIÑOS, SEXUALIDAD, EMBARAZO.

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL C.S PATATE ÁREA N.-5 DEL CANTÓN PATATE PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”

Autora: Supe Amaguaña Gladys Patricia.

Tutora: Lic. Venegas Mera Beatriz.

Fecha: Ambato, Julio del 2013.

SUMMARY

This research is of great interest for adolescent mothers increased in recent years, not only in the province but nationally and the impact of this phenomenon on the most vulnerable populations; seeks to establish the relationship between teenage pregnancy and influence on the growth and development of children from 0-2 years 6 months old, is part of the exploratory and descriptive level, we worked with the children of teenage mothers who were assessed using test set to evaluate the psychomotor development level as: Aldrich and Norval, Moncada and Denver Barrier according to their age and took data from health cards and medical records of individual children and teenage mothers, respectively, were surveyed for information on predisposing risk factors during different stages of gestation, which influence the occurrence of alterations in both children and adolescents, also observed at all times to the study population, obtaining important information. From the results obtained in the investigation it was concluded that the incidence of teenage mothers who come to the health center was 6, of which an average of 66.6% is in middle adolescence. Minority mothers are married and a greater proportion of single, the educational level of most adolescents was incomplete secondary, age of onset of sexual activity and first pregnancy between 15 and 17 years. As for the growth of children found that there are alterations in anthropometric measurements in relation to the development of children data show that 100% gave a negative test when there are no previous data for development assessment.

KEY WORDS: TEEN MOTHERS, GROWTH, DEVELOPMENT, CHILDREN, SEX, PREGNANCY.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una época de cambio total el cual implica el área social, psicológico, sexual y físico, por lo que los vuelve vulnerables a toda clase de problemas. Durante este período existen importantes factores de riesgo como su pensamiento altruista, deseos de independencia, liderazgo de grupos y la demostración de la “madurez” alcanzada, experimentando así su primera relación sexual.

La aparición temprana de la menarquía, el inicio precoz de las relaciones sexuales, una educación pobre en cuanto al uso correcto de anticonceptivos y falta de comunicación entre padres e hijos, podría explicar algunas de las razones por las que la sexualidad del adolescente puede resultar un problema.

Se sabe que el embarazo es una cuestión muy seria toda vez que se trata de preservar la salud tanto física como intelectual de la madre, así como del nuevo. Por lo que se requiere que la madre futura reúna una serie de requisitos para pensar en un embarazo, llevar el embarazo con una buena alimentación y un correcto control médico en una institución durante 9 meses y por último dar a luz en una institución adecuada.

Las madres que son adolescentes al encontrarse todavía en periodo de formación deben dar un paso forzado hacia la madurez; además al tratarse de una maternidad

no deseada crean un problema de salud física y psicológica, con consecuencias a largo plazo para la adolescente, su niño y el ambiente familiar donde se desarrollan.

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud por la morbi-mortalidad que origina, sus principales complicaciones son abortos espontáneos o provocados, matrimonios forzados, maternidad no deseada, abandono de los niños, niños bajo la tutela de familiares, etc. Sea cual sea la problemática tendrá una significativa repercusión en el futuro de la adolescente y su familia, tanto a nivel socioeconómico, educativo, afectivo y psicológico.

En Ecuador, dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años, son madres o están embarazadas por primera vez, esto se observa especialmente en las áreas rurales. Lo preocupante es que va aumentando el número de embarazos en adolescentes que aún se encuentran en la adolescencia temprana (10-13 años). La problemática es cada vez más grande pues la adolescente abandona sus estudios, se casa joven y tiene un nuevo embarazo en un periodo corto lo cual perjudica más su estado de salud y la de sus hijos. Por lo cual se debe erradicar el problema, concientizar a los adolescentes que deben tener un proyecto de vida y posponer su inicio de vida sexual cuando su madurez física y psicológica les permita asumir una paternidad o maternidad responsable

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA:

“Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el C.S Patate área N.-5 del cantón Patate Provincia de Tungurahua en el período 23 de junio a 23 de noviembre del 2012”

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.2.1. Contextualización

Según la OMS, las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior.

En América Latina, las adolescentes prácticamente han duplicado su aporte a la fecundidad total, pasando a representar un 14,3 %, según la CEPAL (La Comisión Económica para América Latina). Este incremento se da en países con distinto nivel de desarrollo económico, nivel educativo e incidencia de la pobreza, lo que revela la complejidad del fenómeno.

http://www.eltiempo.com/gente/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-11763121.html10demayodel2012

En 2010, del total de mujeres salvadoreñas, un 84 por ciento fueron niñas y adolescentes menores de 20 años y un 16 por ciento menores de 10 años, según datos de la ONU. Los casos de embarazos de adolescentes se han incrementado de forma alarmante en Guatemala en los últimos años. Según la Encuesta Nacional Materno Infantil 2008-2009, existen en el país 114 madres de 10 a 20 años, por cada mil habitantes.”

En Colombia, donde cada día 19 niñas menores de 15 años alumbran un niño y 90 de cada mil adolescentes resultan embarazadas cada año, lo que más preocupa también es la alta mortalidad de mujeres gestantes pese a que el 97 % de los partos son atendidos en hospitales. El 15,6 por ciento de los nacidos vivos en Argentina son de madres adolescentes, pero la cifra aumenta en las provincias más pobres del país, como la norteña Chaco, donde asciende al 25,7 por ciento, según datos oficiales”.

“En el otro extremo se encuentra la ciudad de Buenos Aires, donde el 6,8 por ciento de los niños son de madres menores de 20 años.

En Uruguay, el porcentaje de embarazos adolescentes es similar al del resto de Sudamérica. Entre 2000-2005 fue de 64 cada 1.000 mujeres.

Las mujeres paraguayas comienzan su etapa reproductiva a edad temprana: el 10,2% de las adolescentes entre 15 y 19 años y el 45,5 por ciento de las jóvenes de 20 a 24 años han tenido al menos un embarazo. Paraguay registra una tasa alta de fecundidad adolescente, con 63 nacimientos por cada 1.000 mujeres, según datos de 2008.

En Bolivia también preocupa el aumento de embarazos en adolescentes de entre 12 a 18 años, que subió de 18 % en 2008 a 25 % en 2011, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Mientras en Perú, un 13,5 % de adolescentes entre 15 y 19 años están embarazadas o ya son madres (unas 4.279), según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes) de 2011, una cifra que se ha mantenido casi sin variación durante los últimos 10 años.

Venezuela está a la cabeza de embarazos juveniles en Suramérica, el Sr. Presidente Hugo Chávez calificó de "alarmantes" las cifras de embarazos precoces y reveló que de los 591.303 partos de 2010, 130.888 fueron de menores de 19 años y 7.778 de madres menores de 15 años.

Tras Venezuela, una de las tasas más altas se registra en Ecuador, donde más del 17% de las jóvenes de entre 15 y 19 años son madres. El Gobierno ecuatoriano se ha planteado reducir para 2013 en un 25 % en una campaña que tiene como eslogan "Habla Serio. Sexualidad sin misterios".

http://www.eltiempo.com/gente/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-11763121.html10demayodel2012

“En el **Ecuador**, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales.

De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, realizado en 2010, en el país hay 346 700 niñas, de las cuales 2 080 ya han sido madres.

Si bien la cifra representa menos del 1% del total, da cuenta de un incremento del 74% en los 10 últimos años. A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años. En efecto, de 705 163 adolescentes censadas en el Ecuador, 121 288 jóvenes, es decir el 17,2%, ha sido madre.

Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes.”

<http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primero-en-la-region-andina-536177.html>

Debido al elevado número de casos, el Gobierno ecuatoriano ha puesto en marcha la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enipla). En ella, los ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social (MIES) y Coordinador de Desarrollo Social y la Secretaría del Migrante han formado un frente para trabajar sobre planificación familiar, acceso a información, educación en salud sexual y reproductiva y sexualidad en general.

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

El MIES abrirá espacios para jóvenes que busquen información sobre alternativas para evitar el embarazo adolescente; se prevén realizar 20 programas radiales y

una revista juvenil sobre sexualidad, además de difundir material por Internet.” La Enipla se ha planteado como metas reducir hasta 2013 en 25% la fecundidad no deseada, en especial en los sectores con mayor pobreza y menor educación; prevenir el embarazo en adolescentes en 25% y evitar la violencia sexual y el embarazo como directa consecuencia.

Las provincias con mayor número de madres adolescentes son Esmeraldas, Los Ríos, Sucumbíos, Orellana, Morona Santiago y Zamora Chinchipe, según el Censo Población y Vivienda 2010.

El riesgo de defunción materna es elevado en la adolescencia, debido a su edad gestacional, cuyas causas principales en 2009 fueron las hemorragias posparto (32%), los trastornos hipertensivos (30%) y las sepsis (14%). Otras causas constituyen el 15%. Las proporciones de maternidad en la juventud son hasta cuatro veces más altas entre las mujeres adolescentes que no tienen educación (43% comparadas con las de niveles educativos más altos y 11% con secundaria completa). Un embarazo en la adolescencia equivale a 2,5 años de escolaridad menos.”

[http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primeramente-en-la-region-andina-](http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/embarazos-de-ninas-sube-74-y-ubica-al-ecuador-primeramente-en-la-region-andina-536177.html)

536177.html 27defebrerodel2012

“El embarazo en las adolescentes, especialmente en **Tungurahua**, permanece en un ocho por ciento de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de Salud. Además se conoce que el embarazo se da en adolescentes de 10 a 19 años, que aún no han dejado de

depender de sus padres y tener trabajos que les permitan ser entes productivos para la sociedad.

La mayoría de adolescentes no planean quedarse embarazadas, pero muchas lo hacen. Los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el bebé. Con frecuencia las adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo y tienen mayor riesgo de hipertensión arterial durante el embarazo y sus complicaciones. Los riesgos para el bebé incluyen partos prematuros de niños con poco peso al nacer.

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

<http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101048417/-1/La%20prevenci%C3%B3n%20y%20el%20>

“Recordemos que los embarazos en las jóvenes de 10 a 19 años, puede darse tal vez, por la falta de orientación sexual, por una baja autoestima, o quizá por la pérdida de valores. Otra de las causas más influyentes, generalmente es por el abandono de los padres, familias numerosas, falta de recursos económicos, relaciones sexuales a temprana edad o por maltrato físico.

Hay que señalar que en los últimos tiempos varios organismos de salud y prevención social, han decidido brindar apoyo a las adolescentes, especialmente a

aquellas jóvenes que han tenido que afrontar un embarazo a una temprana edad; la idea es que las estudiantes de los Colegios de la ciudad puedan conocer las consecuencias y los problemas que acarrearán cuando deben enfrentar la vida y sobre todo la responsabilidad de cuidar a un ser tan pequeño.

Aparte de proporcionar la información, educación, los medios y las condiciones adecuadas, así como la atención primaria, prioritaria, preferente y especializada durante el embarazo, el parto y puerperio, aplicando el principio del interés superior de los niños y adolescentes, prevaleciendo sus derechos sobre los de los demás. El 26 de septiembre de 2005, se firmó en Quito, el Acuerdo Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente y fue declarado, el 26 de septiembre, como su Día Nacional.

El compromiso se firmó entre el Nicolás Jara, subsecretario del Ministerio de Salud Pública (MSP), y Santiago Córdova, presidente del Centro Latinoamericano Salud y Mujer (Celsam), quienes permanecían en dichos cargos en el año señalado. Una investigación realizada por el MSP y el Encuentro Demográfico de Salud Materna e Infantil (Endemain) menciona estadísticas alarmantes: la edad promedio de inicio de la vida sexual en la mujer es de 14 años y, en el hombre, es de 15 años.

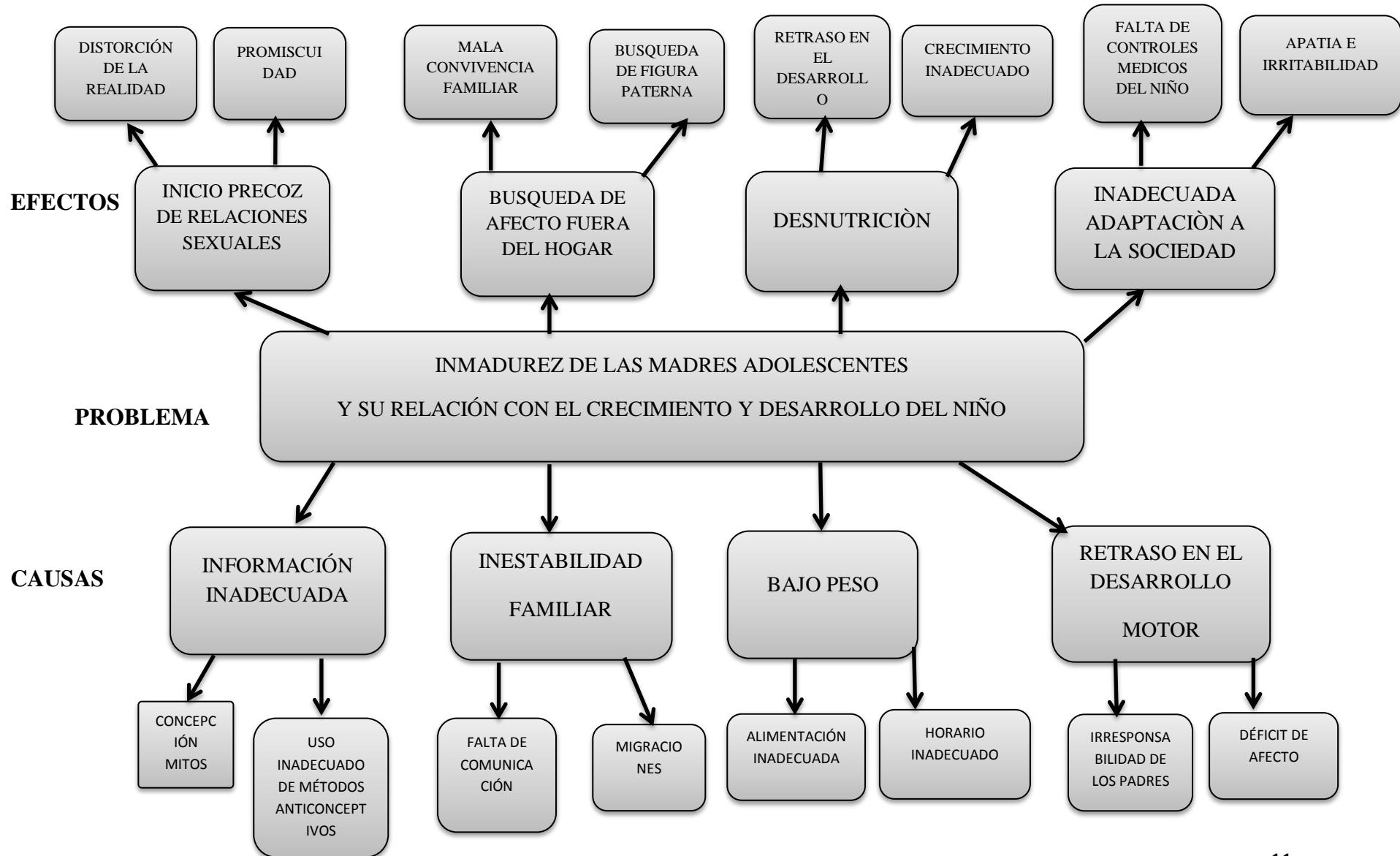
Mientras que ocho de cada 10 embarazos adolescentes no son deseados; siete de cada 10 chicas apenas y terminan el sexto grado y, ocho de cada 10 menores no

retoman sus estudios después de dar a luz. Las condiciones de dar a luz tampoco son las mejores.

<http://www.lahora.com.ec/index.php/noticia/show> 15noviembre2010

En la actualidad las adolescentes ven como algo normal el tener relaciones sexuales con sus novios, no miden las consecuencias que conllevan, por lo cual existe un incremento de embarazos no deseados, esta situación se presenta más en las áreas rurales en los cuales es cotidiano observar que existe un alarmante número de madres adolescentes, la misma sociedad en la actualidad aceptan con normalidad los embarazos precoces, pero se disminuye las oportunidades de los y las adolescentes de llegar a ser profesionales pues al llegar a ser padres a temprana edad tienen que abandonar sus estudios y empezar a trabajar para mantener a una familia que se vieron obligados a formar, estos matrimonios son los cuales a futuro se van a romper o ser una familia en donde reine el maltrato y causar un daño emocional o tal vez físico en los niños y de igual manera en sus progenitores.

GRAFICO N.-1: Árbol de Problemas



1.2.2.- ANÁLISIS CRÍTICO

El embarazo en la adolescencia es un problema en el cual se deben tomar responsabilidades los padres y maestros, pues son aquellos los cuales deben ganarse la confianza de los adolescentes para poder dialogar sobre los temas de sexualidad; y poder guiarlos, así los adolescentes pueden tener una vida sexual sana, sin tener que tomar responsabilidades tempranas para su edad.

Se debería implementar programas en donde los adolescentes puedan pedir información sin temor a ser juzgados y deberían ser atendidos por jóvenes que entiendan sus inquietudes, pues muchas de las ocasiones dichos centros están atendidos por adultos y los adolescentes solo al verlos se arrepienten y prefieren pedir información a otros adolescentes que dicen tener experiencia en los temas de la sexualidad; y así es como comenten errores al usar los métodos anticonceptivos.

En los últimos años los padres han delegado la responsabilidad de hablar de sexo a sus hijos a otras personas; pues los padres piensan que aquellos temas deben ser tratados fuera del hogar, pero no se dan cuenta que los adolescentes necesitan de su atención y sus consejos para no equivocarse, los padres deberían darse tiempo para interesarse por sus hijos, intentar ser sus amigos, comprenderlos antes de juzgarlos, así se ganaran su confianza, para que los adolescentes le cuenten sus problemas e inquietudes.

Los adolescentes en los últimos años han ido perdiendo los valores, y han convertido la libertad en libertinaje, y muchos de los padres lo ven normal; y por ende se ha perdido el respeto a uno mismo y a los demás; por lo cual los adolescentes tienen una perspectiva diferente sobre el sexo; ellos lo ven como un simple acto de placer y no un acto de amor, para lo cual se debería poner más atención en los valores y ejemplos que se están inculcando en los adolescentes, muchos de los padres solo se limitan a llenarlos de cosas materiales y olvidan que lo primero es inculcarles valores para que así los adolescentes puedan tomar sus propias decisiones sin temor a equivocarse.

Se debería implementar en los centros de salud, talleres en donde se brinde educación sexual especialmente para adolescentes, así ellos se encuentren informados adecuadamente para que así se pueda desechar los mitos que circulan entre los jóvenes por los cuales muchos de ellos se ven obligados a enfrentar un embarazo no deseado que cambiaran sus vidas para siempre; al igual dichos talleres se debería enfocar en los daños emocionales que se pueden dar al tener relaciones sexuales a tempranas edades pues emocionalmente los adolescentes no están preparados para comenzar una vida sexualmente activa.

Para las adolescentes que ya se encuentren embarazadas se debería dar una atención preferencial en donde se guarde estrictamente el secreto profesional, pues muchas de las adolescentes no acuden al control prenatal por miedo a que se

enteren sus padres, familiares y amigos; además se debe informar los riesgos que se pueden presentar al estar cursando un embarazo precoz pues las adolescentes necesitan nutrientes para terminar de desarrollarse al igual que el nuevo ser; por lo cual se vuelve una lucha constante de nutrientes entre la madre y su hijo en la cual pueden perder los dos.

1.2.3.- PROGNOSIS

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud, pues al no dar una solución acertada, se incrementarán las complicaciones durante el periodo de gestación pues se presentarán mayor número de abortos y aumento de preeclampsia y eclampsia por lo cual se verán en riesgo la vida de la madre y del niño; al igual los niños productos de dichas madres presentarán un incremento en el retardo del crecimiento y alteraciones en cuanto al desarrollo psicomotor y por ende no se podrán convertir en entes productivos e individuales para así integrarse adecuadamente a la sociedad.

1.2.4.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Existe relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el C.S Patate área N.-5 del cantón Patate Provincia de Tungurahua?

1.2.5.-PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cuántas madres adolescentes de entre 11y 19 años de son atendidas en el Centro de Salud de Patate?
- ¿Qué alteraciones existe en las medidas antropométricas, el desarrollo según test de Denver y el esquema de vacunación?
- ¿Cómo afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento antropométrico, el desarrollo según el test de Denver y el incumplimiento del esquema de vacunación?
- ¿Qué actividades se puede desarrollar para reducir los embarazos en madres adolescentes y contrarrestar la alteración en el crecimiento antropométrico y en el desarrollo según el test de Denver?

1.2.6.- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- **Campo:** Enfermería.
- **Área:** Salud Pública.
- **Aspecto:** Ser madre adolescente y su relación en el crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz del niño.
- **Delimitación Temporal**

La investigación comprenderá el periodo comprendido entre el 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012.

- **Delimitación Espacial:**

El proyecto se realizó en la provincia de Tungurahua en el cantón de Patate específicamente en el Centro de Salud de Patate.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes es un tema importante de investigación pues es un problema que afecta a dos grupos vulnerables como es, la madre adolescente y al niño; por supuesto pueden presentarse complicaciones graves a futuro, por lo cual se debe investigar las causas para poder dar soluciones y así se pueda disminuir el índice de embarazos en adolescentes.

El interés por investigar la problemática es que se debe realizar una atención preventiva, especialmente en los niños, los cuales son más vulnerables a sufrir problemas de crecimiento y desarrollo; en especial si son producto de un embarazo adolescente; y se da una negligencia en el cuidado por ser muy joven para asumir una responsabilidad grande como es el cuidar un niño, cuando aún no se ha terminado de criar la misma adolescente.

Esta investigación es importante; pues mediante consultas bibliográficas obtenidas, se pudo ver que un embarazo en una adolescente es de un alto riesgo obstétrico y además cuando la adolescente se encuentra en proceso de desarrollo no va a tener la suficiente capacidad para ayudar al buen desarrollo del nuevo ser; por ende cuando el niño venga al mundo; no va a tener un buen ambiente para

desarrollarse y crecer adecuadamente; por la cual se presentan graves retrasos en el desarrollo y crecimiento del mismo.

Al realizar esta investigación se podrá dar a conocer las complicaciones graves que se pueden presentar en el producto de un embarazo adolescente, al igual que la misma adolescente pues puede presentar graves complicaciones en su salud al no estar preparada anatómicamente para un embarazo, además se puede dar posibles soluciones a largo y corto plazo para evitar que sigan aumentando los índices de embarazos adolescentes y por ende las alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño y así también conseguir un compromiso en el personal de salud que se interesen por los adolescentes y sus problemáticas.

Es factible de realizar la investigación pues se tiene los permisos correspondientes para el ingreso a los diferentes Centros y Subcentros de Salud en los cuales se va a recoger los datos necesarios para dicha investigación; además que como egresada de la carrera de enfermería, se tiene los conocimientos necesarios obtenidos a lo largo de los años de estudio, para así tener más facilidad en evaluar a las madres y reconocer si los niños presentan alguna alteración en su crecimiento y desarrollo.

Al igual se contara con la guía y ayuda de los tutores para realizar dicha investigación y así poder realizar una investigación que sirva para comprender un poco más la problemática a investigar y crear conciencia en aquellos involucrados

en dicha investigación; para poder ayudar a mejorar la calidad de vida de los beneficiarios de la presente investigación.

1.4.-OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Indagar de qué manera influye el ser madre adolescente en el crecimiento y el desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.

1.4.2.- Objetivos Específicos

- Cuantificar el número de madres adolescentes de entre 11 y 19 años que son atendidas en el Centro de Salud de Patate.
- Identificar las medidas antropométricas y el desarrollo según el test de Denver en cada uno de los niños hijos de madres adolescentes.
- Determinar de qué manera afecta ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento, el desarrollo.
- Proponer talleres, inclusión de charlas exclusivamente para adolescentes que contribuyan a disminuir el índice de embarazos en madres adolescentes y contrarrestar las alteraciones en el crecimiento y en el desarrollo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Investigaciones Previas

Autora: Sonia Isabel Rovalino Robalino

Tema: “Causas para una incidencia de embarazos en adolescentes que acuden al Centro de Salud de la parroquia Huachi Grande durante el primer trimestre del año 2007”

La investigación realizada tiene como objetivo general el descubrir las causas que contribuyen para que se de los embarazos en las adolescentes que acuden al Centro de Salud de la parroquia Huachi Grande y así poder atacar a las causas para que disminuya el alto índice de embarazos en las adolescentes en la parroquia de Huachi Grande.

Autora: Melida Sisa

Tema: “Relación entre el embarazo precoz y las complicaciones obstétricas en las madres adolescentes que acuden a la atención en el Subcentro de Salud de la parroquia de Santa Rosa del cantón Ambato en el periodo 2007”

La investigación tiene como objetivo general estudiar cómo influye el embarazo precoz para que se presenten complicaciones obstétricas en las adolescentes; esta investigación se realizó para concientizar al personal de salud que se ponga énfasis en la atención de una adolescente embarazada pues este grupo es más vulnerable para sufrir complicaciones graves durante el embarazo.

Autor: Valencia Guanoluisa Carla Verónica

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 durante el año 2010”

La investigación tiene como objetivo general estudiar cómo influye el estado nutricional en el desarrollo psicomotor de los niños de seis meses de edad.

El ministerio de Salud Pública posee varios programas de prevención del desarrollo de los niños en sus diferentes etapas estos deberían ser aplicados en todos los niños que asisten a consulta pediátrica al Centro de Salud N.-1 poniendo énfasis en niños en riesgo tanto en nutrición.

Autora: Asimbaya Jaramillo María Elena

Tema: “Relación entre el bajo peso al nacimiento y el retraso del desarrollo en niños a los seis meses de edad que nacieron en el Hospital “Yerovi-Mackuart” del cantón Salcedo, durante el año 2008”

La investigación tiene como objetivo general estudiar cómo influye el peso bajo del recién nacido en el desarrollo psicomotor del niño de 6 meses de edad.

Los múltiples programas de detección temprana de los problemas del desarrollo en los niños, con que cuenta el Ministerio de Salud Pública, deben ser conocidos por los profesionales, de tal manera que sean practicados y aplicados en todos los niños que acuden a consulta externa del hospital y en especial en aquellos niños de riesgo como cuando nacen con peso bajo con la finalidad de determinar aquellos que presenten algún grado de retraso.

2.2. Fundamentación Filosófica

La investigación se enmarca dentro del paradigma Crítico-propositivo.

Crítico porque la investigación se da por medio de problemas que se por situaciones reales que suceden en nuestro contexto diario y que se pueden plantear objetivos para realizar un mejoramiento de los grupos de riesgo involucrados en esta problemática. Por lo tanto, los problemas de la investigación se dan de la acción. En dicha investigación se va a analizar la realidad de la madre adolescente y las alteraciones del niño en el proceso del crecimiento antropométrico y su desarrollo según el test de Denver, en su propio contexto y; es propositivo porque busca plantear soluciones al problema investigado para así mejorar la calidad de vida de los grupos involucrados.

2.3.- Fundamentación Legal

La investigación está fundamentada en los artículos de la Constitución de la Republica Ecuador, los cuales se citan a continuación:

Según el Art. 43 del Capítulo Tercero, de la Sección Cuarta: El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el período de lactancia.

Según el **Art. 45**; Sección Quinta de Niñas, Niños y Adolescentes: Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

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

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

Además se ampara en el **CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**, en el que nos da a conocer que según el **Art. 25.-** Atención al embarazo y al parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y 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 **Art. 27.-** Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable.

Según el **Art. 28.-** Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.-

Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;
3. Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo, para que reciban el tratamiento y estimulación oportunos;
5. Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación;

Según **EL PLAN NACIONAL DECENAL DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**, nos da a conocer:

Política 1.- Protección y cuidado la salud de la mujer en edad reproductiva mediante la atención gratuita y universal durante el embarazo, parto y posparto.

Política 4.- Asegurar condiciones nutricionales adecuadas y oportunas a todos los niños y niñas.

2.4. Categorías Fundamentales

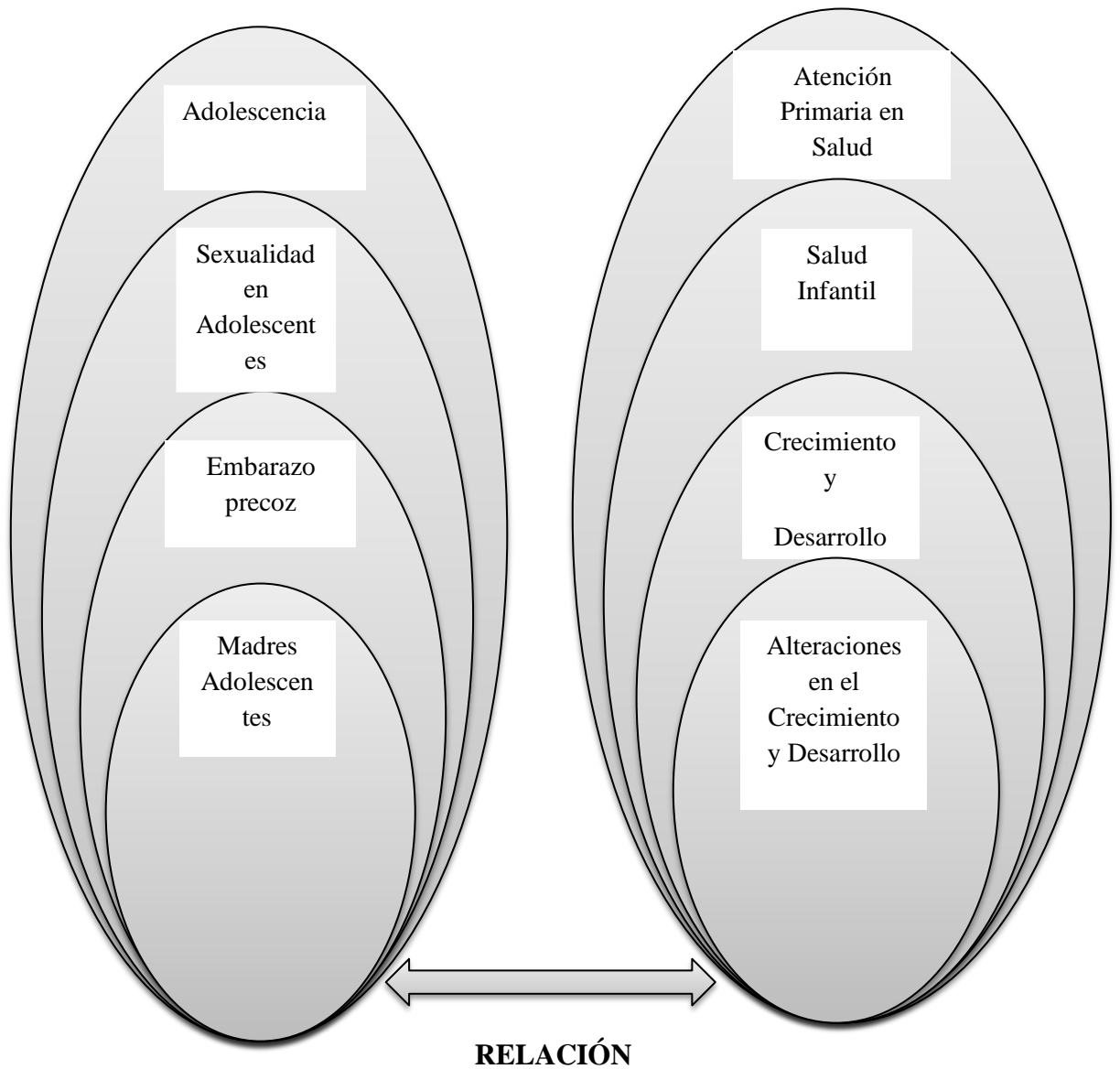


Gráfico N.- 2: Red de Inclusiones Conceptuales.

Fuente: “Proyecto de Investigación General para el VI Seminario de Graduación”

Elaborado por: Gladys Supe. Investigadora.

CATEGORIAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

ADOLESCENCIA

La OMS (Organización Mundial de la Salud) postula que la edad de la adolescencia es entre los 11 y los 19 años, período que se divide entre adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años).

Etapas de la Adolescencia

Adolescencia Temprana (10 a 13 años): La adolescente sigue aceptando la autoridad de los padres, empieza a independizarse gradualmente de la familia y pasa más tiempo con los amigos. Durante esta fase la adolescente es muy egocéntrica y demuestra un pensamiento concreto; pero es incapaz de prever las consecuencias de su comportamiento.

Adolescencia Media (14 a 16 años): Es el periodo de desafíos: experimentan con las drogas, el alcohol y el sexo. La adolescente busca más independencia y desafía los valores y las expectativas de la familia. Empieza a pasar del pensamiento concreto al pensamiento operativo formal, pero todavía no puede prever las consecuencias.

Adolescencia Tardía (17 a 19 años): Acepta mejor su individualidad y capacidad para decidir. Puede predecir las consecuencias de sus comportamientos, aprende a resolver problemas, a conceptualizar.

SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES

“El período de la adolescencia, es una época de rápidos cambios y difíciles emprendimientos. El desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una gama de requerimientos psicosociales: independencia de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar algunos.

Debe ser objeto consciente de información, la formación ayuda al adolescente en su vida diaria, en decidir por sí mismo en una sexualidad sana. Normalmente se habla de los adolescentes como si se tratara de un grupo homogéneo, en realidad se debe hablar de etapas, cada una marcada por situaciones especiales que se manifestarán también en la sexualidad”.

http://www.ecured.cu/index.php/Sexualidad_en_la_Adolescencia

Etapas de la Sexualidad

La **primera etapa**, llamada de aislamiento se da entre los 12 y 14 años. En el varón es la época de las barras, de la mugre y el desorden como reacción a los cambios que su cuerpo viene sufriendo. Hay un rechazo a las niñas como forma de superar la dependencia materna. La masturbación es la única forma de actividad sexual. La niña en cambio no rechaza a los varones.

Entre los 14 y 15 años se da la **segunda etapa**, llamada de incertidumbre. Se da mayor importancia a los padres, dependiendo muchas veces sus decisiones personales de las tendencias del grupo. El erotismo se da a través de chistes y conversaciones. En el varón se dan encuentros homosexuales, que no marcan una futura opción homosexual, sino que son fruto de la timidez propia de la etapa que dificulta el acercamiento a personas del otro sexo. Comienzan los primeros enamoramientos.

En la **tercera etapa**, entre los 15 y 17 años se da la apertura a la heterosexualidad. Es la época de los grandes amores "para toda la vida", "que sin la otra persona me muero", y a los tres días se cambió de amor, gran intensidad pero poca duración. Hay una gran idealización de la otra persona. Se dan fantasías masturbatorias más intensas. En esta etapa se define la orientación sexual (quien me atrae, un hombre, una mujer o ambos). La última etapa llamada de consolidación se da entre los 17 y 19 años. Se consolida la identidad (uno sabe quién es, que quiere y a donde va).

Las relaciones afectivas son más estables, se logra la desidealización del ser amado sin tantos duelos intolerables.

Comportamiento Sexual Adolescente

Los adolescentes interpretan sus cambios corporales en dos sentidos: como vía de procreación y disfrute sexual. Sus manifestaciones pueden clasificarse en:

- Fantasías y deseos tienen lugar mientras se autoestimulan eróticamente.

- Caricias se practican con intensidad dada la curiosidad por el cuerpo de la pareja.
- Atracción y búsqueda de la pareja, surge la necesidad de iniciar relaciones de pareja, dando lugar a un conjunto de sentimientos y emociones como el enamoramiento con la finalidad de compartir con alguien su sexualidad.
- Coito la mayoría de los adolescentes que inician sus relaciones sexuales no están preparados para el coito.

El papel de la familia

Es necesario que toda la familia apoye el crecimiento del adolescente, para que así puedan confirmar su individualización, el entorno familiar debe ser un ambiente en donde haya empatía, para así poder guiar, aconsejar, colaborar y supervisar; los temas de sexualidad se deben comenzar a tratar al inicio de la pubertad e intentar que se entienda la práctica sexual como un proceso responsable, siempre insistiendo que esta decisión se debe tomar cada persona por sí mismo, sin presiones de ningún tipo.

Se debe desechar los pensamientos erróneos que tienen los padres frecuentemente para no hablar de sexo con sus hijos así como:

- Todavía son muy jóvenes para estos temas.
- Los adolescentes de hoy en día ya lo saben todo.
- Hablar de estos temas hace que se inicien antes.
- Tratar de estos temas significa que los padres hablen y los hijos sólo escuchen, al hablar de sexualidad los jóvenes deben satisfacer todas sus inquietudes.

- Cuando tengan un problema ya lo dirán; los adolescentes no siempre exteriorizan sus inquietudes sobre su sexualidad.

Educación Sexual

Educación sexual es un término que se usa para describir la educación acerca de la sexualidad humana, la orientación sexual, las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y otros aspectos de la sexualidad humana. Según la Organización Mundial para la Salud “La educación sexual debe abarcar mucho más que la información. Debe dar una idea de las actitudes, de las presiones, conciencia de las alternativas y sus consecuencias.”

Métodos Anticonceptivos

La anticoncepción en los adolescentes debe ser tomado muy en serio, por lo cual para tomar una decisión adecuada se debe obtener toda la información y en lo posible acudir a un profesional. Existen métodos que no pueden ser utilizados por jóvenes como son: El DIU, Esterilización, Retiro del Pene. A continuación se hará una breve descripción de los métodos anticonceptivos que pueden usar los jóvenes.

Métodos de barrera: El preservativo masculino es uno de los métodos anticonceptivos más utilizados, tiene una versión femenina (preservativo femenino).

Diafragma: circunferencia de goma con aro exterior de goma que se sitúa en el cuello del útero cerrando el paso a los espermatozoides. Una variedad más pequeña de éste es

el capuchón cervical. Los métodos de barrera impiden la entrada de espermatozoides al útero y son productos sanitarios por lo que deben cumplir los requisitos sanitarios establecidos.

Preservativo o condón

Los condones masculinos son recubrimientos delgados de caucho, vinilo o productos naturales que se ponen sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicida para ofrecer mayor protección. Estos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos (Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, incluyendo el VIH) pasen de un miembro de la pareja al otro (solo los condones de látex y vinilo). El preservativo, utilizado correctamente, es la mejor protección frente al contagio. Para esto hay que cumplir ciertas medidas:

- Comprar preservativos de buena calidad y conservarlos en buen estado.
- Utilizarlo durante toda la relación y sujetarlo por la base para retirarlo, antes de que termine la erección.
- Al acabar, tirarlo a la basura envuelto en papel higiénico para mayor discreción.
- Cambiar el preservativo en cada relación, aunque no haya habido penetración.

Métodos hormonales y químicos

Los métodos hormonales y químicos son medicamentos anticonceptivos que impiden que el proceso de concepción pueda tener lugar. El modo de actuación es distinto según el método.

Anticoncepción hormonal

La anticoncepción hormonal se puede aplicar de diversas formas:

Anillo vaginal: único de administración vaginal mensual. Es un anillo transparente, suave y flexible que se coloca por la misma usuaria por vía vaginal, liberando diariamente dosis bajas de hormonas. No tiene interferencias con antibióticos, ni a nivel digestivo; su eficacia no se ve alterada por vómitos o diarreas. Eficacia del 99,7%.

Píldora sin estrógenos o píldora 0 estrógenos: píldora libre de estrógenos, recomendada para mujeres que no pueden o no desean tomarlos; la dosis hormonal es tan ligera que entre otras indicaciones es la única píldora recetada durante la lactancia. Eficacia del 99%.

Píldora trifásica: Método anticonceptivo altamente eficaz de dosis hormonales bajas con un balance hormonal suave y escalonado; imita el ciclo fisiológico de la mujer en forma secuencial progresiva, brindando estricto control del ciclo. Además, reduce la grasa facial, por lo que puede ser indicado para el tratamiento de acné leve a moderado. Eficacia del 99%.

Parches anticonceptivos.

Anticonceptivo subdérmico: implante hormonal compuesto por una varilla del tamaño de una cerilla que se coloca bajo la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva entre 3 y 5 años. Sin embargo, el médico puede retirarlo en cualquier momento y la mujer recuperará la fertilidad en un tiempo mínimo. Eficacia del 99%.

Método hormonal inyectable: método de larga duración que se inyecta en un músculo. Contiene estrógenos y progestina, se administran por inyección intramuscular cada mes o cada 3 meses dependiendo de la presentación. Se aplica una inyección cada 30 días, la primera debe ser el primer día del sangrado y de ahí en adelante repetir la dosis cada 30 días.

Anticoncepción química

Espermicidas: los espermicidas son productos químicos (por lo general, nonoxinol-9) que desactivan o matan a los espermatozoides. Están disponibles en óvulos, aerosoles (espumas), cremas, tabletas vaginales. Los espermicidas causan la ruptura de las membranas de los espermatozoides, lo cual disminuye su movimiento (motilidad y movilidad), así como su capacidad de fecundar el óvulo.

Sexo Seguro

Sexo seguro es la denominación de una serie de recomendaciones y prácticas en las relaciones sexuales con el propósito de reducir el riesgo de contraer o contagiar alguna enfermedad de transmisión sexual, como el SIDA u otra infección así como el de facilitar el control de la natalidad mediante el uso de métodos anticonceptivos u otras prácticas sexuales.

El concepto sexo seguro es recíproco por lo que implica el mantenimiento de relaciones sexuales que no pongan en riesgo la salud de otros. Algunas prácticas de sexo seguro como el uso del preservativo son eficaces para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y como métodos anticonceptivos por lo que contribuyen, en las parejas heterosexuales, a evitar embarazos no deseados.

Medidas para un sexo seguro

A pesar de que muchos hablan de abstinencia como el mejor método para asegurar un sexo seguro, ésta no se puede tener en cuenta, porque lejos de considerarse práctica sexual, la abstinencia se basa en evitar dicho ejercicio. Una de las medidas básicas, sin embargo, es la de conocer a la pareja. A pesar de que para algunos puede resultar obvio, mucha gente inicia una actividad sexual sin haber pre-establecido una relación de confianza y comunicación abierta. Antes de comenzar una relación sexual con un nuevo compañero o compañera, se considera prudente resguardarse de las Infecciones de Transmisión Sexual, especialmente VIH y hepatitis B, y el mejor método para hacerlo es a través del uso de preservativos.

Estado físico y psíquico

Permanecer sobrio es también muy importante porque el uso de alcohol o drogas disminuye la capacidad de comunicación y coordinación requeridas para utilizar barreras pertinentes. Además, el estado de euforia que a menudo generan estas sustancias hace que una persona se arriesgue a hacer determinadas cosas que habitualmente no haría, como por ejemplo tener relaciones sexuales sin tomar precauciones.

EMBARAZO PRECOZ

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo 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. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no

deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

“Las razones por las cuales los adolescentes tienen sexo y lo hacen sin adoptar métodos efectivos de anticoncepción es un tema de debate. Mencionemos algunas de ellas:

- Los adolescentes adquieren su madurez sexual (fertilidad) aproximadamente cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional y son incapaces de manejar las situaciones de riesgo.
- En la actualidad, los adolescentes se están desarrollando en una cultura donde sus amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas transmiten mensajes directos o sutiles de que las relaciones sin un matrimonio de por medio (específicamente las que comprometen a los adolescentes) son comunes, aceptadas e incluso esperadas.
- Con frecuencia, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables ni tampoco una información clara y específica con respecto a las consecuencias de las relaciones sexuales:
 - el embarazo,
 - las infecciones de transmisión sexual y
 - los efectos psicosociales.

Por lo tanto, la mayor parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben está llegando a través de los compañeros mal informados o desinformados”

<http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=9928>

Los embarazos en adolescente ocurren dentro de los seis primeros meses de haber iniciado su vida sexual, lo que demuestra que este inicio no va conjuntamente con un conocimiento adecuado de los métodos anticonceptivos; por lo cual va en aumento los embarazos en adolescentes en especial en las mujeres de entre 15 y 19 años, además se ha incrementado las interrupciones voluntarias de embarazo, pero estos procedimientos se los realizan en lugares insalubres pues los adolescentes acuden sin autorización de un adulto.

Factores de Riesgo para un Embarazo en la Adolescencia

Factores Personales:

- Una menarquia temprana ya que otorga madurez reproductiva cuando aún no tienen la madurez emocional para soportar las situaciones de riesgo.
- El inicio precoz de las relaciones sexuales: no existe la madurez emocional e información adecuada para utilizar métodos anticonceptivos de prevención.
- Deseo de independencia los adolescentes tienen la necesidad de sentirse capaz de tomar sus decisiones propias.
- Falta de Información sobre su anatomía y fisiología no conocen las repercusiones al iniciar su vida sexual tempranamente.
- Desconocimiento de los métodos anticonceptivos.
- Soledad y baja autoestima pues los jóvenes se sienten abandonados por sus padres y por ende piensan que no valen nada para sus padres.
- Embarazo anterior las adolescentes por buscar sentirse rechazadas por la pareja anterior buscan alguien que las acepte y se ciegan.
- Consumo y abuso de drogas esta práctica inhibe su voluntad.

- Pensamientos mágicos propios de la adolescencia, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- La necesidad de probar su fecundidad o fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles
- La falta o la distorsión de la información: entre las adolescentes a menudo circulan "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación o parados, o cuando no hay penetración completa, etc.

Factores familiares:

- Inestabilidad familiar: posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo o el riesgo de incesto.
- Ejemplo familiar de embarazo precoz las adolescentes al observar este ejemplo sienten que es lo correcto.
- Migraciones recientes, con pérdida del vínculo familiar.
- Falta de comunicación puesto que los padres no se toman su tiempo para conversar con sus hijos.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: en familias donde existe una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y no utilizan medidas anticonceptivas.

Factores Sociales:

- Liberalización de costumbres pues la sociedad tiene una mayor tolerancia a la maternidad adolescente y / o sola.
- Estrato social es más frecuente en clases sociales con menos recursos.
- Un bajo nivel educativo, sin un proyecto de vida claro que posponga la maternidad para la edad adulta.
- Presión grupal y de pareja por sentirse adultos y aceptados por los demás.
- Influencia de los medios de comunicación sociales

Factores determinantes en un Embarazo Adolescente

- Relaciones Sin Anticoncepción pues en los adolescentes circula el mito que no se siente los mismo al usar condón.
- Abuso Sexual
- Prostitución y pornografía en adolescentes.

Complicaciones del Embarazo Adolescente

Se considera como grupo de riesgo las adolescentes embarazadas de edad menor o igual a 17 años, el control del embarazo en la adolescente debe ser más exhaustivo por las repercusiones físicas y psicológicas que este proceso puede ocasionar.

Repercusiones Físicas

En los embarazos adolescentes se aprecia un aumento de: neonatos de bajo peso al nacimiento, inmadurez fetal, rotura prematura de membranas, trabajo pretérmino, enfermedad hipertensiva, anemia, diabetes gestacional, hemorragia ante parto y trabajo de parto obstruido.

Además las gestantes adolescentes pueden presentar los siguientes problemas:

- Existe una evidente competencia por los nutrientes entre la adolescente embarazada en crecimiento y su feto, como las adolescentes que se embarazan continua en crecimiento deben ganar el extremo más alto del rango recomendado para una embarazada adulta (unos 16 Kg.), siempre tomando como base el peso pregestacional.
- Las embarazadas adolescentes sufren de anemia por deficiencia de hierro como consecuencia del estirón de crecimiento e inicio de la menstruación.

Repercusiones Psicológicas

Las repercusiones físicas no son tan importantes si se toma en cuenta las repercusiones psicológicas o sociales que conllevan los embarazos en adolescentes ya que en la mayoría de casos se suele acompañar de rechazo social y familiar, aislamiento, soledad y abandono de los estudios; además de un riesgo mayor de un segundo embarazo. Dichas repercusiones se debe tomar en cuenta si se trata de una adolescente temprana (entre 10 a 13 años), media (entre 14 a 16 años), o tardía (entre 17 a 19 años).

El miedo y la vergüenza de compartir su secreto con un adulto, ya sea sus padres u a otro familiar hace que muchas de las veces las adolescentes toman la decisión de abortar

en centros no autorizados; poniendo en riesgo su vida sin olvidar que la posterior asimilación de aquella pérdida no sea fácil para la chica y tendrá que pasar por un proceso de duelo para que no dé lugar a trastornos más graves y se convierta en patológico.

Otra de las opciones que toman las adolescentes es ocultar su estado hasta que sea muy evidente y no quede más remedio que continuar con su embarazo; las reacciones de los padres son variadas, pueden tomarlo como una deshonra, una decepción, desentenderse y obligar a los adolescentes a un matrimonio forzado, o pueden darle un apoyo incondicional para afrontar la situación.

Sea cual sea el final del embarazo siempre dejara una huella, y siempre habrá un antes y un después; puesto que la mayoría de los embarazos a estas edades son no deseados; por lo cual son vividos con gran angustia por parte del adolescente como por sus familiares, si el embarazo sigue adelante serán los padres que asuman el rol de criar al niño, ya que la madre tendrá que retornar a sus estudios o a buscar trabajo para mantener al niño.

MADRES ADOLESCENTES

Madre adolescente se llama a aquella adolescente que ha tenido un embarazo entre los 10 y 19 años de edad, las adolescentes son capaces de procrear mucho antes de haber alcanzado la madurez emocional y física adecuada. También se suele designar como madre adolescente a la adolescente que se convirtió en madre antes de que haya

alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

Efectos sobre los padres adolescentes

- Al ser padres adolescentes el grado de desventaja socioeconómica aumenta conforme menor sea la edad de los padres adolescentes.
- Las madres adolescentes tienen presentan una interacción mala con sus hijos, es decir dedican menos tiempo a hablar con ellos, mantienen menor contacto visual y utilizan menos las alabanzas y más los castigos.
- Las madres adolescentes en general muestran comportamiento agresivo hacia el niño (similar a la envidia entre hermanos) y se relacionan con él como si fuera un juguete solo para satisfacer sus necesidades.
- Los cuidados maternos son de peor calidad y se incrementa la posibilidad de un retraso intelectual, en el desarrollo físico y educativo.
- Al llegar a la etapa educativa, los principales problemas para los hijos de padres adolescentes son mal desempeño escolar y delincuencia juvenil.
- El delegar el cuidado de los niños a varias personas y la inestabilidad familiar son factores asociados que influyen en la educación del niño.

Efectos sobre el hijo

- Los hijos de madres adolescentes son más susceptibles de tener bajo peso al nacer.
- Los hijos de madres adolescentes tienen un riesgo mayor de morir en el primer año de vida.

- Las razones principales de esas muertes son la prematuridad y el sufrimiento fetal crónico.
- El feto forma sus depósitos de hierro en el último trimestre, los niños prematuros nacen sin reservas de hierro, lo mismo sucede con niños nacidos a término cuyas madres tenían anemia ferropenia.
- Además pueden presentar hipoglucemia, síndrome de insuficiencia respiratoria, neumonía, convulsiones, apnea, enterocolitis necrotizante.

CATEGORIAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE

DEPENDIENTE

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Son procesos continuos que incluyen cambios físicos, emocionales, de personalidad, conducta, forma de pensar, lenguaje así mismo el cambio en el desarrollo motriz del niño.

Crecimiento

Se define como un fenómeno anatómico donde hay un aumento de tamaño en el cuerpo y un aumento en el número y tamaño de las células.

Medidas Antropométricas

Son mediciones para la elaboración de índices que permiten determinar y monitorear el estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años.

Peso: Es la masa corporal de una persona determinada a través de una medida conocida como kilogramos, libras. Se considera que el aumento de peso es de entre 25 a 30 gr durante el primer trimestre de vida, 20 gr durante el segundo trimestre, 15 gr durante el tercero y 10 gr durante el cuarto. Luego del octavo mes la ganancia de peso se distribuye más en los huesos, músculos y en los órganos corporales. En su primer año de vida pesa unos 10 kg y en su segundo año pesa unos 13 kg.

El peso no expresa la salud del niño, ni tampoco su estado nutricional; pero su evaluación continua es importante durante la infancia, pues un aumento gradual y mantenido en los diferentes controles muestran un estado saludable. Al graficar el peso se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Un adecuado incremento de peso se observa con un línea ascendente de izquierda a derecha.
- Si se mantiene horizontal es evidente que no existe ganancia de peso.
- Si la línea desciende indica pérdida de peso.

Talla: Es la dimensión que mide la longitud o altura de todo el cuerpo. En los niños menores de 2 años se mide mediante pediómetro con el niño en decúbito supino; en niños mayores de 2 años se debe utilizar un tallímetro en posición vertical.

Cuadro N.- 1: Ganancia en Talla niños menores de 3 años.

EDAD	GANANCIA EN TALLA
R.N.	Nacen de más o menos 50cm
1 ^{er} Mes	4 cm en el mes
2 ^{do} Mes	3 cm en el mes
3 ^{er} al 7 ^{mo} Mes	2 cm por mes
8 ^{vo} al 12 ^{vo} Mes	1 cm por mes
1 ^{er} Año	Miden unos 72 cm
2 ^{do} Año	Miden unos 82 cm
2 ^{do} al 3 ^{er} Año	Entre 8 y 10 cm al año

Fuente: Enfermería Pediátrica 1.

Elaborado por: Gladys Supe. Investigadora.

Perímetro Cefálico: Es la medida del contorno de cabeza en su parte más grande situado sobre las orejas y las cejas. Su medición es útil hasta los 2 años de vida que es el periodo de crecimiento más rápido de la cabeza, para lo cual se utiliza una cinta métrica.

Cuadro N.-2: Aumento del Perímetro Cefálico.

EDAD	AUMENTO DEL PERIMETRO CEFALICO
R.N.	Nace de 33 cm
1 ^{er} Trimestre	2 cm/mes= 39 cm
2 ^{do} Trimestre	1 cm/mes= 42 cm
7 ^{mo} al 12 ^{vo} Mes	½ cm/mes= 45 cm
1 ^{ro} al 2 ^{do} Año	3 cm= 48 cm
2 ^{do} al 5 ^{to} Año	2 cm= 50 cm

Fuente: Enfermería Pediátrica 1.

Elaborado por: Gladys Supe. Investigadora.

ALTERACIONES EN EL CRECIMIENTO

Talla Baja

El retraso de crecimiento es un problema médico frecuente, representa alrededor del 50% de las consultas endocrinológicas de niños y adolescentes. Se considera que un paciente tiene talla baja cuando su relación talla/edad está dos desviaciones estándar (DS), o por debajo del percentil tres.

Obesidad Infantil

Es una condición donde el exceso de grasa corporal afecta negativamente la salud o bienestar de un niño. El diagnóstico de la obesidad generalmente se base en el índice de masa corporal. Debido al incremento de la obesidad en los niños y a sus muchos efectos adversos a la salud, se la ha reconocido como una cuestión seria de salud pública. A la hora de referirse a los niños, el término sobrepeso es usado antes que obeso.

Bajo Peso al Nacer

Según la OMS, el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2,500 g al nacer, esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida. Por lo general, los niños prematuros presentan bajo peso al nacer, sin embargo, hay niños que nacen a término pero con bajo peso por problemas con su crecimiento intrauterino.

Consecuencias

El riesgo de fallecer es más elevado en sus primeros meses de vida. Los sobrevivientes tienen mayores riesgos de sufrir desnutrición crónica o baja talla para la edad en la

primera infancia, en la etapa escolar su rendimiento se verá afectado por fallas en sus habilidades cognitivas. En la etapa adulta sus probabilidades de sufrir diabetes y males cardiacos son más elevadas.

DESARROLLO

Es el proceso por el cual le permite al niño relacionarse, conocer y adaptarse al medio que lo rodea. Este proceso incluye aspecto como el desarrollo motor grueso, desarrollo motor fino, adaptativo-social y lenguaje.

Desarrollo Motor

La motricidad general del R.N. esta dada por los reflejos innatos o primitivos, algunos desaparecen en los primeros meses y otras serán la base para el desarrollo de habilidades. El desarrollo motor tiene la dirección cefalocaudal y proximodistal, con la siguiente secuencia:

- Control oculomotor al nacer (alredor del cuarto mes de vida)
- Control de la cabeza y los brazos (entre el cuarto y séptimo mes)
- Control de tronco y manos (entre el séptimo y décimo mes)
- Control motor maduro (a los 5 años)

Desarrollo Motor Grueso

El desarrollo motor sigue los siguientes pasos:

- El R.N. ejerce sobre su cabeza un control mínimo.

- Al cumplir el primer mes levanta levemente la cabeza y la barbilla en la posición en decúbito.
- A los 2 meses logra el control de la cabeza en la línea media y los movimientos simétricos de las cuatro extremidades.
- A los 3 meses control progresivo de los hombros y la parte alta del tronco, el plano de la cara alcanza un ángulo de 45° .
- Entre los 4 y 5 meses logra girar sobre sí mismo, se sienta bien con apoyo, sosteniéndose sobre sus muñecas y se puede llevar al pie a la boca cuando esta acostado.
- De los 6 a los 7 meses consigue el control del tronco, lo que permite sentarse sin apoyo, levanta espontáneamente la cabeza y si se pone de pie apoya casi todo su peso.
- Entre los 8 y 10 meses gatea, se apoya para levantarse, suele andar de la mano de un adulto y permanece de pie por su cuenta.
- A los 12 meses puede dar pasos sin apoyo algunos incluso pueden andar bien.
- De los 15 a los 18 meses sube escaleras gateando pero no sabe bajarlas, corre, agarra objetos estando de pie sin caerse.
- De los 18 a 24 meses se agacha, sube y baja escaleras sin ayuda y camina con marcha normal.
- De los 24 a 36 meses salta con ambos pies y arroja una pelota.

Desarrollo motor fino

Las habilidades motoras finas son aquellas habilidades físicas que requieren leves movimientos del cuerpo.

- Al mes pueden hacer una presión firme sobre un objeto y sus ojos siguen hasta la línea media.
- A los 2 meses consigue un objeto más allá de la línea media y se queda mirando fijamente un objeto.
- A los 4 meses trata de aproximarse con las manos a un objeto que este enfrente de él.
- A los 5 meses toma objetos que se aproximan o tocan sus manos.
- A los 6 meses logra agarrar un objeto con una sola mano y cambiárselo a la otra, se lleva todo a la boca.
- Entre los 8 y los 9 meses demuestra tener una prensión voluntaria sosteniendo su biberón y se lleva los objetos a la boca pero de manera más selectiva.
- Entre los 10 y 12 meses la prensión y la destreza manual han madurado, puede introducir objetos en un recipiente de boca ancha o introducir un objeto en un recipiente de boca estrecha.
- A los 15 meses trata de imitar lo que ve a su alrededor, construye torres de 2 pisos, garabatea y comparte sus juguetes.
- Entre los 18 y 21 meses llena la cuchara de comida y come solo, bebe correctamente, construye torres de 5 pisos.
- A los 2 años tiene la habilidad de pasar una por una las páginas de los cuentos, el manejo del lápiz es rudimentario, se quita los zapatos solo.
- De los 24 a los 36 meses se desabrocha los botones y coge el lápiz correctamente y diferencia una línea vertical de una horizontal.

Desarrollo adaptativo-social

Desde su nacimiento el niño tiene una predisposición innata para ser social, el desarrollo adaptativo social comprende aquellas conductas que llevan a la adaptación social.

- En el primer mes de vida mira la cara de las personas con los que convive y como una respuesta de satisfacción interna sonríe mientras duerme.
- A las 6 semanas manifiesta la sonrisa social a una cara o voz conocida.
- A los 2 meses reconoce a los padres, a los 3 meses tiende las manos a personas o objetos que le resultan familiares y llama la atención con vocalizaciones o movimientos.
- Entre los 4 y 5 meses hace demostraciones faciales de placer o disgusto.
- A los 6 meses distingue a los extraños de los rostros que le son familiares.
- Entre los 8 y 9 meses juega con sus deditos y demuestra expresiones de frustración.
- De los 10 a los 12 meses imita gestos, accede si le llama y ayuda a vestirse, juega solo.
- Entre los 12 y 15 meses utiliza el beso como expresión afectiva, imita a los adultos, empieza a jugar con otros niños.
- De los 20 a 24 meses manifiesta su satisfacción cuando ayuda en cualquier actividad, pide de comer si tiene hambre y avisa para ir al baño; en el juego pasa del juego solitario al juego paralelo.

Desarrollo del lenguaje

La adquisición del lenguaje presenta la siguiente cronología:

- **Fase pre verbal:** corresponde al periodo entre los 6 y los 10 meses, la comunicación del niño se lleva a cabo a través del llanto, la risa, los balbuceos, los gestos etc. Al llegar al primer año el lenguaje comprensivo se ha establecido en la mayoría de los niños y entiende órdenes simples como: dame la mano.
- **Fase verbal o de vocabulario activo:** Esta etapa comienza con la primera palabra del niño aunque este mal pronunciada, luego de esto ira enriqueciendo más vocabulario. Se debe evaluar las siguientes conductas tales como:
 - **Audición:** (percepción de sonido) esta observación se realiza a los 3, 6,9 y 12 meses de edad; se debe comprobar si él bebe percibe sonidos.
 - **Comprensión:** (ejecución de órdenes verbales) a partir de los 6 meses y el año se debe observar si el niño comprende las ordenes que se le da el cual responde con el cumplimiento de lo que se le pide.
 - **Expresión:** (producción de palabras y frases) entre los 12 y 36 meses ira desarrollando la capacidad de hablar, construyendo frases cada vez más complejas.

- Hasta los 3 meses: en la audición el niño permanece alerta a los sonidos fuertes ante a los cuales se sobresalta y gira la cabeza en busca de la fuente del sonido. En cuanto a la comprensión sonríe al hablarle o acariciarle. En la expresión emite ruidos vocales largos.
- De los 3 a 6 meses: en la audición al escuchar sonidos realizados por ciertos objetos gira la cabeza en busca del origen del sonido. En la comprensión, perfectamente puede comprender las emociones expresadas en gestos. En cuanto a la expresión produce silabas de forma automática y repetitiva.
- De los 9 a los 12 meses: en la audición y comprensión, responde de forma activa frente a órdenes muy sencillas como adiós, toma, dame. En cuanto a la expresión, imita los sonidos como te-té, ta-tá, responde a ciertas voces de su entorno.
- De los 12 a los 18 meses: en la audición y comprensión gira la cabeza buscando una voz, entiende y responde al no y su propio nombre, obedece ordenes simples como: da un beso al hermano, vamos a la calle. En cuanto a la expresión, aplaude cuando siente alegría o mueve la cabeza en cuanto a la negación, se despide con la mano diciendo adiós, es capaz de vocalizar de 5 a 6 palabras. Señala 5 partes del cuerpo.
- De los 18 a 24 meses: En cuanto a la audición y comprensión, obedece órdenes sencillas, reconoce 8 partes del cuerpo y gran parte de prendas de vestir que él utiliza. En la expresión construye frases de una sola palabra, que aumenta cuando se va acercando a los 24 meses a frases con 2 palabras y un vocabulario de 50 palabras.

- A los 2 años: En la audición y comprensión, responde a órdenes de una acción sin ver el objeto como busca la pelota, reconoce las partes del cuerpo y se las toca, diferencia entre arriba y abajo, puede clasificar los objetos por su forma. En la expresión usa pronombre (yo, tú, me) de forma incorrecta, hace la referencia a él empleando la palabra nene.

Los instrumentos que se utilizan para evaluar el desarrollo Psicomotor son:

- Test de Aldrich y Noval de 0 a 12 meses de edad. (ver anexos)
- Test de Barrera Moncada de 12 a 60 meses de edad. (ver anexos)
- Test de Denver de selectividad del desarrollo. (ver anexos)

TEST DE DENVER

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

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

La función del test de Denver es preventiva ya que busca advertir futuros problemas en el **desarrollo psicomotor del niño**. Para ello, utiliza 4 categorías que evalúan cada una

de ellas, una de las siguientes áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje, sociabilidad. Las 4 categorías del análisis de este test son:

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

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

Trastornos del Desarrollo

Los trastornos que se presentan en el desarrollo son los siguientes:

Retraso Mental

Es un trastorno caracterizado por una limitación en actividades escolares, de recreación y habilidades comunes en actividades diarias. Los factores para un retraso mentales son los siguientes: hereditarios, alteraciones en el desarrollo embrionario (síndrome de dow), problemas del embarazo y perinatales (malnutrición fetal, hipoxias),

enfermedades adquiridas durante la infancia (infecciones, envenenamiento). El retraso mental afecta preferentemente a los varones.

Autismo

Es incapacidad para establecer contacto habitual con las personas, aquí se presentan dificultades para hablar, no mirar a los ojos, no juegan con otros niños, son distraídos, realizan actividades fijas y son rutinarios. El autismo es un desorden de desarrollo del cerebro, puede comenzar en niños antes de los 3 años y continúa durante toda su vida. Aunque no existe una cura el cuidado adecuado puede promover un desarrollo relativamente normal y disminuir los comportamientos considerados inadecuados, es un desorden neurológico hereditario.

Afasia grave

Constituye un trastorno de lenguaje que afecta tanto la expresión como a la comprensión. La afasia es causada por lesiones en el sistema nervioso central, este se puede dar por accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, infecciones localizadas (encefalitis).

Desorden Afectivo

Son un conjunto de alteraciones que incluyen patologías tan distintas como el déficit de atención, la hiperactividad, los trastornos de pánico y la fobia social entre otros. El desorden afectivo es un desorden de niños de corta y mediana edad resultante de rechazo emocional y abusos. Los niños afectados pueden ser introvertidos, agresivos y temerosos o buscan llamar la atención o ser indiscriminadamente amables.

Esquizofrenia Infantil

Es una enfermedad que causa pensamientos y sentimientos extraños y comportamiento poco usual y es muy difícil de reconocer en sus primeras etapas. Deteriora la capacidad de pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. La esquizofrenia cuando aparece antes de los 5 años se parece al autismo. La esquizofrenia puede ser hereditaria o desencadenada por factores como puede ser estrés ambiental.

SALUD INFANTIL

La salud, de las niñas y niños que nacen, son objeto de especial atención para la salud y para los especialistas en el tema. Las condiciones de salud de este grupo de la población reflejan los factores de bienestar, calidad de vida e infraestructura de salud con que cuenta la población.

Los niños se encuentran entre los grupos más vulnerables en términos de morbilidad y mortalidad. Esta vulnerabilidad se debe a las condiciones especiales en que se encuentran, durante las etapas de la infancia, relacionados con los procesos biológicos de crecimiento y desarrollo. La población definida infantil incluye las etapas prenatal, natal y posnatal (hasta los 5 años de vida) en el infante. La salud infantil además se relaciona con el control médico, prevención de enfermedades, nutrición e inmunizaciones.

CONTROL MEDICO

La frecuencia de los controles médicos en los niños varía según la edad y el estado de salud.

- Se recomienda por lo menos 2 controles en el primer mes de vida.
- Durante el primer año de vida se debe realizar mensualmente los controles médicos.
- La frecuencia de controles recomendada en el segundo hasta el tercer año de vida para el niño sano es trimestral. Pudiendo variar si se presenta alguna complicación.

Cuadro N.- 3: Principales Componentes del Control e Intervenciones recomendadas.

Componentes del Control	Intervenciones
Historia Clínica y examen	<ul style="list-style-type: none">• Historia clínica y examen general• Carné de Salud del niño/a
Evaluación del Crecimiento	<ul style="list-style-type: none">• Talla, peso y perímetro cefálico.• Graficas de crecimiento según edad y sexo.• Evaluación y promoción de lactancia materna.
Evaluación del desarrollo	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico funcional de desarrollo en sus 4 áreas (motor, lenguaje, coordinación y personal-social)
Estudio del medio ambiente familiar y social	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación vincular - familia y redes - y detección de déficits sico-afectivos.
Detección de patologías	<ul style="list-style-type: none">• Detección de malformaciones congénitas, cardiopatías, displasia coxofemoral, hernias, hidrocefalia, microcefalia, maxilofaciales, etc.• Acciones del Programa de Control de enfermedades prevalentes(AIEPI), en especial respiratorias y diarreicas• Detección de estrabismo, hipoacusia• Diagnóstico de Enf. mentales: parálisis cerebral, autismo infantil, y otras afecciones profundas del desarrollo

Fuente: Guía de intervenciones en el Primer Nivel de Atención.

Elaborado por: Gladys Supe. Investigadora.

NUTRICIÓN

Es aprovechar los nutrientes, manteniendo el equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macro-sistémico, y por tanto garantizando que todos los eventos fisiológicos se efectúen de manera correcta, logrando una salud adecuada y previniendo enfermedades.

Desnutrición infantil

Es causa de distintos tipos de enfermedades. Una de las principales causas es la falta de recursos económicos en países subdesarrollados o en vías de desarrollo y falta de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

Marasmo

Es una serie de desnutrición calórica y proteínica. Se debe a un consumo bajo de calorías con los alimentos. El niño tiene un peso corporal demasiado bajo, atrofia muscular, retraso de crecimiento, anorexia, íleo parcial, enfermedades relacionadas de evolución crónica y envejecimiento prematuro. El niño usa sus reservas de energía del tejido adiposo y de los músculos, con adelgazamiento, consumo de masa muscular, pérdida de tejido adiposo y cuando progresa la enfermedad puede tener pérdida de la inmunidad.

Kwashiorkor

Afecta principalmente a los niños en el momento del destete y hasta cerca de los seis años de edad, en este momento se termina el efecto protector de la lactancia materna y

el niño empieza a comer la dieta incompleta que le brindan los adultos. Puede haber adelgazamiento pero también obesidad, hay cambios en el pelo, despigmentación, aparición de dermatosis, diarrea y anemia. Afecta a los niños en edad escolar.

Causas, incidencia y factores de riesgo.

El kwashiorkor es más común en áreas donde hay:

- Hambre
- Suministro limitado de alimentos
- Bajos niveles de educación (cuando las personas no comprenden cómo consumir una dieta apropiada)

“Esta enfermedad es más frecuente en países muy pobres y, a menudo, ocurre durante una sequía u otro desastre natural o durante épocas de inestabilidad política. Estas situaciones son responsables de la falta de alimento, lo cual lleva a que se presente desnutrición. El hecho de obtener más calorías y proteínas corregirá el kwashiorkor, si el tratamiento se comienza a tiempo. No obstante, los niños que han padecido esta afección nunca alcanzarán su potencial total con respecto a la estatura y el crecimiento.

Muchos niños desnutridos desarrollarán intolerancia a la lactosa y será necesario suministrarles suplementos con la enzima lactasa para que puedan tolerar productos lácteos. El tratamiento oportuno generalmente lleva a obtener buenos resultados. El tratamiento del kwashiorkor en sus etapas avanzadas puede mejorar la salud general del niño; sin embargo, éste puede quedar con problemas físicos y mentales permanentes. Si no hay tratamiento o si éste llega demasiado tarde, la afección es potencialmente mortal.” http://es.wikipedia.org/wiki/Desnutrici%C3%B3n_infantil

La alimentación, en los primeros años de vida, ejerce un papel fundamental en la vida de los niños, y es considerada como uno de los temas fundamentales de la educación para la salud por su importancia en el desarrollo psicofísico así como en la prevención de ciertas enfermedades.

Lactancia Materna

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

OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: 2009

El inicio de la lactancia materna siempre que sea posible la primera toma se debe ofrecer los primeros 30 minutos de vida. La pequeña cantidad de calostro que consuma le proporciona elementos inmunológicos y nutrientes adecuados, además contribuye al contacto físico.

CALOSTRO

El calostro es un compuesto espeso y amarillento debido al beta-caroteno o vitamina A, la cual produce la madre durante los 5 primeros días después del parto. Es rica en proteínas, minerales y vitaminas, leucocitos capaces de destruir los gérmenes y en inmunoglobulina A la 100 ml de calostro.

Cuadro N.- 4: Componentes del Calostro y Leche Madura.

Componentes		Calostro	Leche Madura
Calorías		670 cal/l	750 cal/l
Minerales Cationes (sodio, potasio, calcio y magnesio)		70 mEq/l	50 mEq/l
Minerales Aniones (fósforo, azufre y cloro)		40 mEq/l	30 mEq/l
Oligoelementos: Hierro		70 mg/100 ml	3mg/100 ml
Cobre		40 mg/100 ml	1,1mg/100 ml
Zinc		40 mg/100 ml	30mg/100ml
Proteínas		23 gr/l	10-12 gr/l
Aminoácidos		12 gr/l	12,8 gr/l
Lisozima (enzimas)		460 mg/l	390 mg/l
Hidratos de Carbono		57 gr/l	60-70 gr/l
Grasas		30 gr/l	35-45 gr/l
Vitaminas	Vitamina A	1,61 mg/l	0,61 mg/l
	Carotenos	1,37 mg/ l	0,25 mg/l
	Tocoferol	14,8 mg/l	2,4 mg/l
	Tiamina	0.019 mg/l	0,142 mg/l
	Riboflavina	0,302 mg/l	0,373 mg/l
	Ácido Nicotínico	0,75 mg/l	1,83 mg/l
	Vitamina B12	0,45 mg/l	0,5 mg/l
	Biotina	0,5 mg/l	2 mg/l
	Ácido fólico	0,5 mg/l	24-30 mg/l
	Ácido pantoténico	1,8 mg/l	2,5 mg/l
	Ácido ascórbico	72 mg/l	52 mg/l

Fuente: Pediatría 1.

Elaborado por: Gladys Supe. Investigadora.

“Los beneficios para la salud de la madre o el bebé, también tiene beneficios en el ámbito familiar, económico o social, algunos de estos ejemplos son los siguientes:

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

En el ámbito económico disminuyen los gastos, además que siempre estará disponible y a la temperatura adecuada” . http://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia_materna

Ablactación

“A partir del 6º mes de vida, se deben introducir diferentes alimentos que nos aseguren el correcto desarrollo y buen estado de salud del bebe. Esto se conoce como ablactación. Es importante señalar que no se debe eliminar la leche materna mientras se incorporan estos nuevos alimentos. La importancia de la ablactación es tal, que adquirir en el primer año de vida hábitos alimenticios sanos y equilibrados, le ayudarán al bebe a llevar una dieta saludable en los años venideros.

Con respecto a las formas y maneras de preparar los alimentos, es conveniente tener en cuenta que los niños aprenden a diferenciar los distintos sabores de los alimentos durante la ablactación, por lo tanto no es conveniente condimentar las preparaciones. De esta manera reconocerán los aromas y sabores neutros y puros de cada alimento. La ablactación debe ser un proceso progresivo y lento, siempre se debe observar sus gustos y disgustos además de la tolerancia a los alimentos” Lic. Marcela Licata-zonadiet.com

La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee.

El orden en que se debe introducir los alimentos puede ser el siguiente:

- 6 meses: Frutas en papilla (banano, papaya, manzana)
- 7 meses: Cereales y Vegetales en papilla (avena, arroz, zanahoria, papas)
- 8 meses: Carne blanca y Leguminosas (pollo sin piel, frijoles, arvejas trituras)

- 9 meses: Carne roja y Cítricos (res, hígado en trocitos, jugo de naranja, limón, piña)
- 10 meses: Integración a la dieta familiar en poca cantidad
- 12 meses: Lácteos (queso, leche, yogurt)
- 18 meses: Huevo, pescado (huevo empezando por la yema)

Inmunizaciones

“La inmunización o vacunación es una forma de activar el sistema inmune y prevenir enfermedades graves potencialmente mortales. La inmunización o vacunación expone a las personas a una cantidad muy pequeña y muy segura de algunas enfermedades. Esta exposición leve ayuda al sistema inmune a reconocer y crear defensas contra esa enfermedad de manera eficiente.”

http://www.mflapaz.com/revista_5_pdf/14%20vacunas%20infancia.pdf

Algunos de los objetivos de las inmunizaciones son:

- Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación en la población.
- Lograr el control, eliminación o erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación.
- Brindar un servicio un servicio eficiente con vacuna de calidad, segura y gratuita a todo nivel.
- Velar por el incumplimiento de las prácticas de la vacuna segura hacia el usuario y de bioseguridad hacia el personal.

Cuadro N.- 5: Esquema de vacunación menores de 23 meses.

EDAD	BCG	HB	Rotavirus	OPV	Pentavalente	Neumococo Conjugada	SR	Influenza Pediátrica	DPT	SRP	Varicela	Fiebre Amarilla
R.N.	Única dosis	Única dosis		1 ^{ra} dosis	1 ^{ra} dosis							
2 meses			1 ^{ra} dosis	2 ^{da} dosis	2 ^{da} dosis	2 ^{da} dosis						
4 meses			2 ^{da} dosis	3 ^{ra} dosis	3 ^{ra} dosis							
6 meses							Única dosis	1 ^{ra} dosis				
7 meses								2 ^{da} dosis				
12 meses						Refuerzo						Dosis única
18 meses				Refuerzo					Única dosis			
12 a 23 meses										Dosis única	Dosis única	

Fuente: Manual de Normas del PAI.

Elaborado por: Gladys Supe. Investigadora.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.

Tipos de asistencia sanitaria:

- Primaria
- Especializada u hospitalaria

La atención primaria es el mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen mejor salud a las poblaciones y las personas, con mayor equidad en salud en los subgrupos poblacionales. El objetivo central es organizar los sistemas sanitarios en torno a un sistema fuerte centrado en el paciente, es decir, la Atención Primaria.

Características de la Atención Primaria

Los atributos básicos de la atención primaria son la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad; son los que marcan su calidad y eficiencia.

- La **accesibilidad** es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.
- La **coordinación** es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.
- La **integralidad** es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90%).
- La **longitudinalidad** es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero

PROGRAMAS NUTRICIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD

El Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Nutrición implementa cuatro programas nutricionales: Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN), Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PANN), Programa Integrado de Micronutrientes (PIM), y Programa de Educación Alimentaria Nutricional (PEAN); los que conforman el Sistema Integrado de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SIVAN):

Preparado por Ing. Eduardo Cañar Cruz; Responsable de Nutrición – Dirección Provincial de Salud de Pichincha.

SISVAN, PIM, PEAN

Los grupos objetivo del Sistema Integrado de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SIVAN) están constituidos prioritariamente por las mujeres embarazadas,

madres en período de lactancia y niños menores de 5 años (0 a 59 meses), que conforman un estrato susceptible de morbilidad y mortalidad.

SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIA NUTRICIONAL (SISVAN)

El Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional tiene como objetivo prioritario la 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.

PROGRAMA INTEGRADO DE MICRONUTRIENTES (PIM)

El programa fue creado con el objetivo de contribuir a la reducción y prevención de los problemas nutricionales causados por deficiencias de micronutrientes (Fe, Zn, vitamina A, ácido fólico) en la población ecuatoriana de mayor riesgo social y biológico. Para el cumplimiento de sus objetivos el PIM tiene los siguientes componentes de suplementación a través de: tabletas de hierro y ácido fólico para embarazadas; jarabe de hierro para menores de 2 años; y cápsulas de vitamina A para niños de 6 a 36 meses. El PIM también se apoya en el PEAN. La diversificación de la dieta, es un componente que contribuye a la promoción de una dieta saludable, a través de información, educación y comunicación.

Suplementos a entregarse:

Hierro al 100% de embarazadas y niños menores de 2 años que acuden a las unidades operativas del MSP. Vitamina A al 100% de los niños de 6 a 36 meses de edad que acuden a las unidades operativas del MSP.

Hierro Embarazadas:

Desde la primera consulta en cualquier momento del embarazo, se les entrega 10 tabletas mensuales, 1 tableta por toma, miércoles y domingo. Contenido: hierro elemental: 100 mg más ácido fólico: 500 mg.

Niños menores de 2 años:

De bajo peso al nacer y prematuros: a partir del segundo mes de vida se entrega 1 frasco (gotero) de hierro polimaltosado de 30 ml, se administra 10 gotas miércoles y domingo hasta los 6 meses de edad.

- A partir del sexto mes, 15 gotas miércoles y domingo hasta el año de edad.
- A partir del año de edad, 20 gotas miércoles y domingo hasta los 23 meses de edad.
- Niños a término de peso adecuado: Inicia al cuarto mes de vida, se entrega 1 frasco de 30 ml trimestralmente; se administra 10 gotas miércoles y domingo hasta los 6 meses de edad,
- luego 15 gotas miércoles y domingo hasta el año de edad.
- A partir del año de edad, 20 gotas miércoles y domingo hasta los 23 meses de edad.

Vitamina A

- Meses de edad 100.000 U.I. a niños de 6 a 12 meses de edad, independiente de su estado nutricional, cada 4 meses.
- 200.000 U.I. a niños de 12 a 36 con bajo peso, cada 4 meses.
- 100.000 U.I. a niños de 12 a 36 meses de edad con peso normal, cada 4 meses. En el siguiente cuadro se presenta un resumen del esquema de suplementación con hierro y vitamina A.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN ALIMENTARIA NUTRICIONAL (PEAN)

El objetivo del PEAN es orientar a la población a la adopción de hábitos alimentarios saludables. Las estrategias utilizadas para el logro del objetivo, se traducen en la organización y ejecución de charlas grupales en pre y pos consulta, utilizando material educativo diseñado para el abordaje de hábitos alimentarios por ciclo de vida; demostraciones y degustaciones de producto de alimentación complementaria y recetas caseras que potencializan el valor biológico de los alimentos; a cargo principalmente del personal de enfermería.

2.5.- Hipótesis

El ser Madre adolescente incide en el crecimiento, desarrollo motor y emocional del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.

2.6.- Variables de la Hipótesis

Variable Independiente:

- Madre Adolescente

Variable Dependiente:

- Crecimiento , Desarrollo motor y emocional del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque

Al tratarse de una investigación en el paradigma crítico - propositivo, el enfoque es cualitativo-cuantitativo, pues se debe comprender el fenómeno en su totalidad además de comprender se trata de buscar soluciones acertadas, en una acción conjunta y participativa interactuando con la madre adolescente y su hijo en su propio contexto en el cual se desenvuelven. Además se debe cuantificar los casos que se presentan para comprender la gravedad de la problemática que se va a investigar.

3.2. Modalidad Básica de la Investigación

Se trabajó con una metodología mixta tanto de campo, como bibliográfica, documental; pues se investigaran a los hijos de madres adolescentes en su entorno, pudiendo observar su situación, sus condiciones de vida y de manera especial se identificara las alteraciones que pueden presentar en su crecimiento y desarrollo durante los 2 primeros años de vida.

Al mismo tiempo se profundizara el aspecto teórico basándose en varios autores y se revisaran los estándares utilizados por el MSP para evaluar a los niños y madres, los cuales son utilizados en las áreas de trabajo.

3.3.- Nivel o Tipo de Investigación

La investigación partirá de un nivel exploratorio lo cual nos permitirá ubicar de manera correcta la situación para continuar en el nivel descriptivo en el que se comparará las diferentes problemáticas que se presenten en el estudio y finalmente se utilizará la asociación de variables a fin de identificar la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño tiene relación con el embarazo dado en la adolescencia. Este tipo de investigación nos permitirá evaluar las variaciones de una variable en relación de la otra.

Además la investigación es de tipo transversal e introspectiva. Transversal en cuanto se realizara en un espacio limitado de tiempo e Introspectiva pues se estudiara a los hijos de madres adolescentes nacidos entre julio a noviembre del 2012 periodo en el cual los niños tendrán edades entre 0 meses a 2 años, 6 meses.

3.4. Población

El Universo de la presente investigación estará constituida por el medico director, 5 médicos colaboradores de las diferentes especialidades, 10 enfermeras colaboradoras y 200 Historias Clínicas de las diferentes personas que acuden al Centro de Salud de las mismas se presentan 10 posibles casos.

Por lo tanto el total de la muestra pasara a ser todas las Madres Adolescentes con sus respectivos hijos que se enmarquen dentro de la problemática.

3.5.- Operacionalización de Variables

Cuadro N.-6: Variable Independiente: Madre Adolescente

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Madre adolescente es quien ha tenido un embarazo entre los 10 a 19 años de edad	Madre	Maternidad	¿Afectó la maternidad en su adolescencia?	Encuesta	Cuestionario aplicado a las madres adolescentes
	Adolescente	Cambios físicos, Psicológicos y Sociales	¿Su salud se vio afectada en la maternidad? ¿Qué reacciones se dieron en su entorno? ¿A qué edad tuvo su primer hijo?		

FUENTE: Centro de Salud Patate.

ELABORADO POR: Gladys Supe. Investigadora.

	Desarrollo	12 primeros meses Desarrollo de 12 o 60 meses	Aldrich-Norval el niño presenta alguna alteración? ¿Al aplicar el test de Barrera-Moncada el niño presenta alguna alteración? ¿Utiliza usted el test de Denver para evaluar a los niños? ¿Cree usted que el desarrollo de talleres ayudara a mejorar la problemática de los niños?		
--	------------	---	---	--	--

FUENTE: Centro de Salud Patate.

ELABORADO POR: Gladys Supe. Investigadora.

3.6. Técnicas e Instrumentos

Se aplicó las encuestas a las madres adolescentes y a las autoridades de salud, permitirá recolectar información sobre los factores de riesgo que existen para las madres adolescentes y sus hijos; los cuales les puede afectar en el normal crecimiento y desarrollo.

La observación permitirá identificar la salud en forma general del infante, al igual que la ficha médica, el carné de salud de los niños a fin de obtener informaciones sobre medidas antropométricas y la evolución del crecimiento y desarrollo. Para así identificar si las medidas antropométricas se encuentran dentro de los parámetros normales de acuerdo a la edad de cada uno de los niños.

3.7. Plan de Recolección de Información

Para la recolección de la información de la presente investigación se tomara en cuenta el objetivo que se desea alcanzar, a las personas que están implicados en la problemática, el periodo en el que se va a realizar y conocer el lugar para ver si se tiene un ambiente favorable o desfavorable para la recolección de la información que se requiere; pero lo cual servirá de apoyo el siguiente cuadro que se presenta a continuación:

Cuadro N.- 8: Plan de Recolección de la Información.

Preguntas Básicas para recolección de Información	Información a recolectar
1.- ¿Para qué?	Alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar la hipótesis
2.- ¿De qué personas u objetos?	De las madres adolescentes y sus hijos en el Centro de Salud de Patate.
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Crecimiento y Desarrollo
4.- ¿Quién/ Quienes?	Investigadora Gladys Supe
5.- ¿Cuándo?	Enero a Junio del 2012
6.- ¿Dónde?	Centro de salud de Patate
7.- ¿Cuántas veces?	Las veces que sean necesarias
8.- ¿Qué técnicas de recolección?	Encuesta, observación.
9.- ¿Con que?	Cuestionario, Ficha de observación
10.- ¿En qué situación?	En un ambiente favorable y desfavorable

3.8.- Plan de Procesamiento de la Información

Después de haber aplicado las encuestas elaboradas, se procesará los datos obtenidos de los diferentes aspectos investigados, los mismos que serán representados en gráficos estadísticos, de los cuales también se realizarán análisis de cada una de las preguntas que se aplicaron en las encuestas y así se elaborarán las conclusiones que llevan a verificar la hipótesis planteada.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

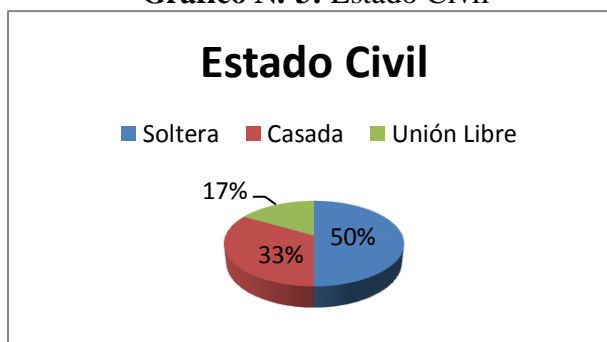
4.1. Encuesta dirigida a las madres adolescentes que acuden al Centro de Salud del Cantón Patate.

1.- ¿Actualmente que estado civil tiene?

Cuadro N.-9: Estado Civil

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Soltera	3	50
Casada	2	33.3
Unión Libre	1	16.6
Total	6	99,9

Gráfico N.-3: Estado Civil



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

La tabla muestra que el 50% que corresponde (3 adolescentes) siguen solteras, el 33% que corresponde (2 adolescentes) son casadas, mientras que solo el 17% que corresponde (1 adolescente) mantienen una relación de unión libre.

INTERPRETACIÓN

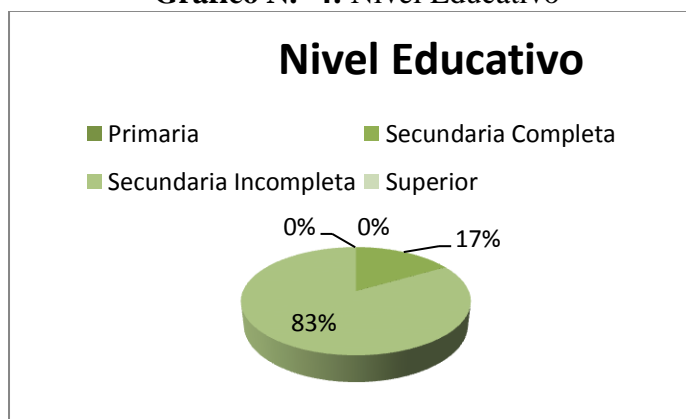
Esta pregunta al ser graficada nos muestra que la mayoría de adolescentes continúan solteras o mantiene una relación inestable, lo cual afecta al desarrollo normal del niño.

2.- ¿Qué grado de escolaridad tiene actualmente?

Cuadro N.-10: Nivel Educativo

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Primaria	0	0
Secundaria Completa	1	17
Secundaria Incompleta	5	83
Superior	0	0
TOTAL	6	100

Gráfico N.- 4: Nivel Educativo



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

Se puede apreciar que el 83% que corresponde (5 adolescentes) tienen una instrucción secundaria incompleta, mientras que el 17% que corresponde (1 adolescente) tiene una instrucción de secundaria completa.

INTERPRETACIÓN

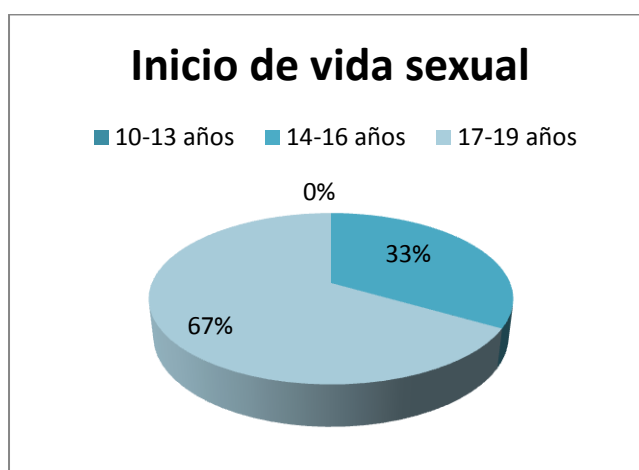
Al interpretar estos resultados se puede decir que la mayoría de adolescentes cumplieron con sus estudios secundarios, mientras que el 17% no han completado sus estudios por el mismo hecho de ser madres adolescentes; esto puede afectar en los conocimientos que pueden tener las adolescentes en cuanto al cuidado adecuado de los niños, por lo cual pueden tener negligencias con los niños.

3.- ¿A qué edad inicio su vida sexual?

Cuadro N.-11: Inicio de vida sexual

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
10-13 años	0	0
14-16 años	2	33
17-19 años	4	67
TOTAL	6	100

Gráfico N.-5: Inicio de vida sexual



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El inicio de la vida sexual entre 14-16 años se da en el 33% que corresponde (2 adolescentes), y el 67% inicia su vida sexual entre 17-19 años que representa (4 adolescentes).

INTERPRETACIÓN

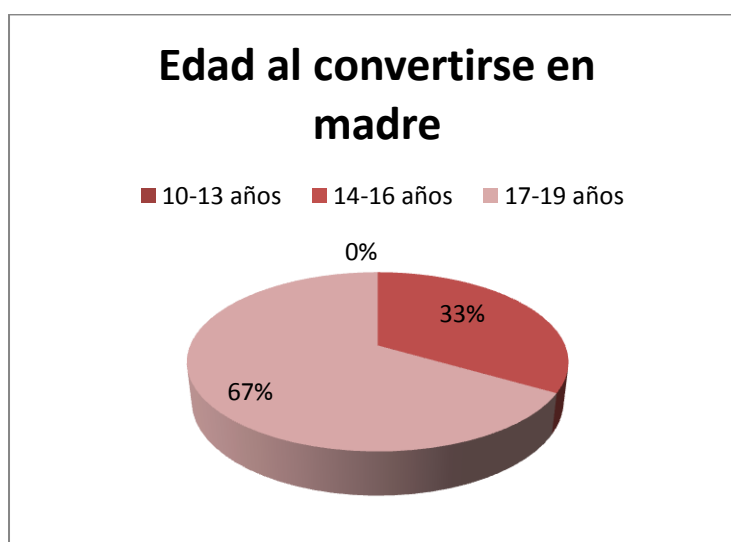
Gráficamente se puede apreciar que la mayor parte de las adolescentes inician su vida sexual entre los 17 y 19 años, y una minoría de 14-16 años, mientras que no se presentan casos de inicio de vida sexual entre los 10-13 años. Por lo cual se presenta embarazos en la etapa media y tardía de la adolescencia y sin una planificación previa para no tener un embarazo no deseado.

4.- Señale su edad al convertirse en madre.

Cuadro N.-12: Edad al convertirse en madre

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
10-13 años	0	0
14-16 años	2	33
17-19 años	4	67
TOTAL	6	100

Gráfico N.-6: Edad al convertirse en madre.



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 67% que corresponde (4 adolescentes) manifestaron que se convirtieron en madres entre 17-19 años y el 33 % que corresponde (2 adolescentes), se convirtieron en madres entre 14-16 años.

INTERPRETACIÓN

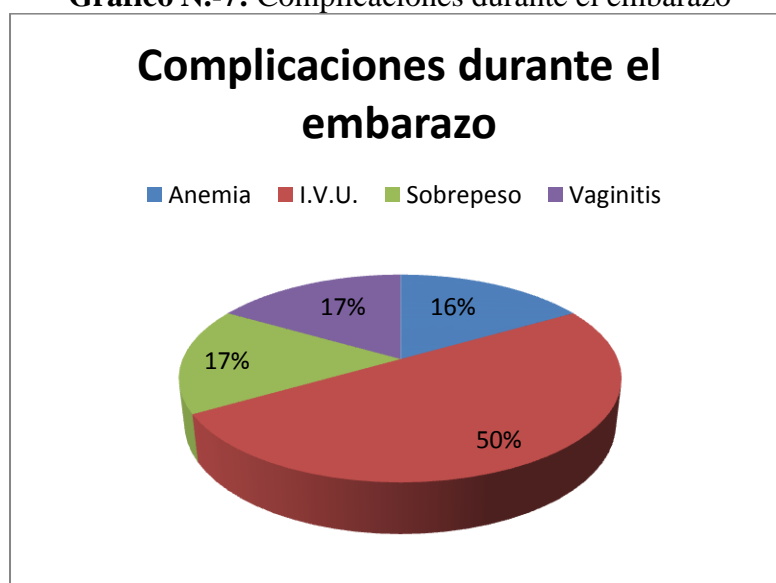
En el análisis hecho anteriormente se puede apreciar que la mayor parte de adolescentes se convierten en madres entre las edades de 17-19 años y en menor número fueron por primera vez madres entre 14-16 años. Al ejercer la maternidad a temprana edad puede afectar la salud de la adolescente y por ende afecta el desarrollo normal del niño.

5.- ¿Qué tipo de complicaciones tuvo durante el embarazo?

Cuadro N.-13: Complicaciones durante el embarazo

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Anemia	1	16
I.V.U.	3	50
Sobrepeso	1	17
Vaginitis	1	17
Total	6	100

Gráfico N.-7: Complicaciones durante el embarazo



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

De acuerdo al cuadro y gráfico el 50% que corresponde (3 adolescentes), sufrieron de infecciones de vías urinarias durante el embarazo, el 17% que corresponde (1 adolescente), padeció de un sobrepeso durante el embarazo, mientras que el 17% que corresponde (1 adolescente), sufrió de vaginitis y el 16% que corresponde (1 adolescente), tuvo anemia durante el embarazo.

INTERPRETACIÓN

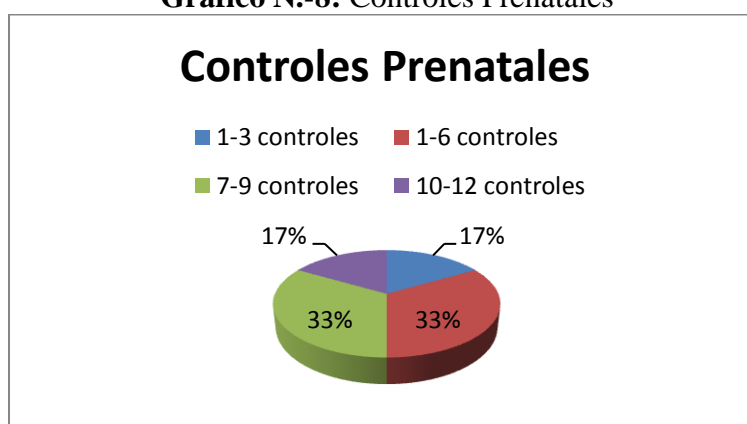
La mayoría de las adolescentes presentaron complicaciones durante el embarazo como I.V.U, y una minoría presentó sobrepeso, vaginitis y anemia. Estas complicaciones pueden desencadenar en un aborto si no se tiene un control médico adecuado.

6.- ¿Cuántos controles se realizó durante su embarazo?

Cuadro N.-14: Controles Prenatales

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
1-3 controles	1	17
4-6 controles	2	33
7-9 controles	2	33
10-12 controles	1	17
Total	6	100

Gráfico N.-8: Controles Prenatales



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

Según las encuestas aplicadas a las madres adolescentes, el 33% que corresponde (2 adolescentes), manifestaron que se realizaron 7-9 controles durante el embarazo, y en igual número y porcentaje se realizaron de 4-6 controles; el 17% que corresponde (1 adolescente), se han realizado de 10-12 controles prenatales; y en igual número y porcentaje se realizaron de 1-3 controles.

INTERPRETACIÓN

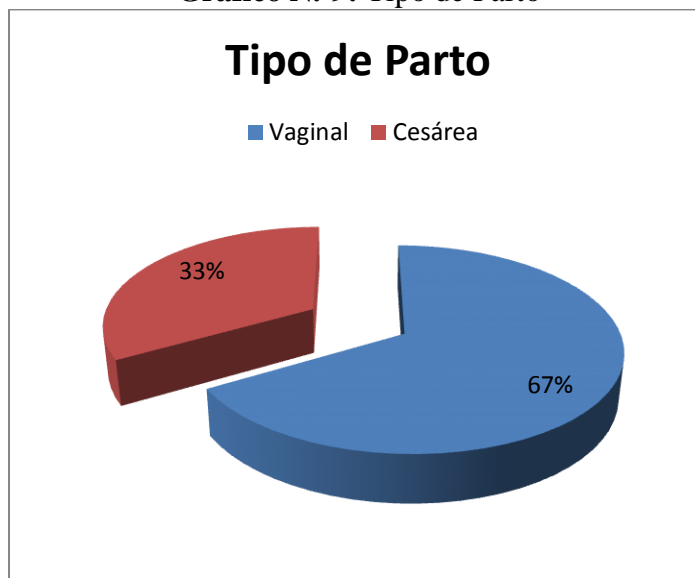
Con estos resultados se puede inferir que el mayor número de adolescentes se realizaron el número de controles óptimos que se debe tener durante un embarazo y en una minoría se realizaron hasta un número alto de controles y por el contrario un solo caso manifestó haber tenido pocos controles prenatales. Esto nos da conocer que se debe insistir en controles prenatales en adolescentes pues corren mayor riesgo.

7.- ¿Qué tipo de parto tuvo?

Cuadro N.-15: Tipo de Parto

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Vaginal	4	67
Cesárea	2	33
Total	6	100

Gráfico N.-9: Tipo de Parto



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

La tabla muestra que el 67% que representa (4 madres), los partos fueron vaginales, mientras que un 33% que corresponde (2 madres) su parto fue por cesárea.

INTERPRETACIÓN

La mayor parte de las adolescentes manifiestan que su parto fue por vía vaginal a pesar de haber sido adolescente y en menor número manifestaron que fue por cesárea, que por su propia etapa aún no se encuentran desarrollados físicamente como para tener un parto normal.

8.- ¿Su parto en que institución fue atendido?

Cuadro N.-16:Institución que atendió el parto

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Clínica Privada	2	33
Hospital Público	3	50
En el domicilio	1	17
Total	6	100

Gráfico N.-10: Institución que atendió el parto



Elaborado por Investigadora

Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

En el cuadro se puede distinguir que el 50% que corresponde (3 adolescentes), acudieron a un hospital público para que atiendan su parto, mientras que el 33% que corresponde (2 adolescentes), acudieron a clínicas privadas, y por último el 17% que corresponde (1 adolescente), nos indicó que el parto fue atendido en el domicilio.

INTERPRETACIÓN

Se puede observar que la mayor parte de las adolescentes acuden a una institución especializada para que atiendan su parto y solo un caso no acudió a ninguna institución. Por lo cual se debe seguir educando que acudan a una institución de salud para evitar cualquier complicación durante el parto sobre todo en las adolescentes.

9.- ¿Su embarazo fue planificado?

Cuadro N.-17: Planificación del embarazo

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	1	17
No	5	83
Total	6	100

Gráfico N.-11: Planificación del Embarazo



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

En cuanto a la planificación del embarazo el 83% que corresponde (5 adolescentes), nos manifestaron que su embarazo no fue planificado, y el 17% que corresponde (1 adolescente), nos dijo que su embarazo si fue planificado.

INTERPRETACIÓN

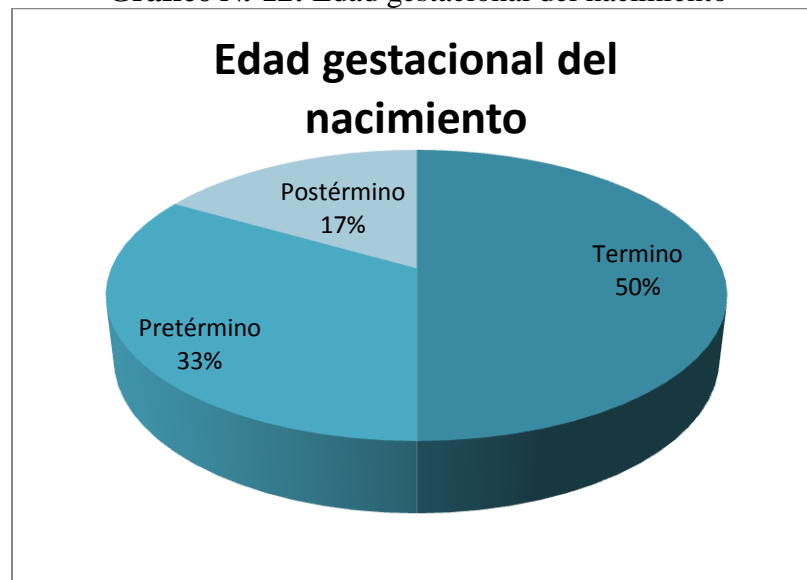
Se puede percibir que el mayor número de los embarazos en las adolescentes no son planificados por lo mismo que sus hijos no son deseados y solamente una de las adolescentes nos manifiesta que su embarazo si fue deseado. Esto puede influir en un correcto desarrollo emocional del niño ya que los padres se pueden sentir frustrados por no haber podido continuar con sus estudios y su plan de vida.

10.- ¿A qué edad gestacional nació su hijo?

Cuadro N.-18: Edad gestacional al nacimiento

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Termino	3	50
Pretérmino	2	33
Postérmino	1	17
Total	6	100

Gráfico N.-12: Edad gestacional del nacimiento



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 50% que corresponde (3 niños), nacieron a término, el 33% lo que corresponde (2 niños), nacieron pretérmino, por último el 17% que corresponde (1 niño), de los partos se dieron postérmino.

INTERPRETACIÓN

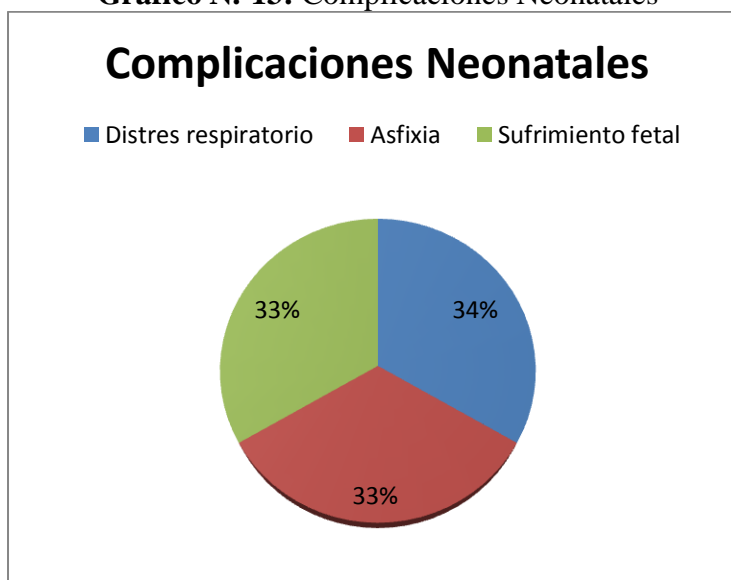
Entonces la mayor parte de los niños nacieron a término y en menor número nacieron pretérmino y un solo caso nació a postérmino. Los niños que nacieron prematuramente pueden tener problemas a futuro pues no desarrollan sus órganos adecuadamente.

11.- ¿Su niño presento alguna complicación neonatal cómo?

Cuadro N.-19: Complicaciones Neonatales

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Distres respiratorio	2	34
Asfixia	2	33
Sufrimiento fetal	2	33
Total	6	100

Gráfico N.-13: Complicaciones Neonatales



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

De acuerdo al grafico el 34% que corresponde (2 niños), sufrieron de distres respiratorio, mientras que el 33% que corresponde (2 niños), sufrieron de asfixia; y en mismo número y porcentaje presentaron sufrimiento fetal.

INTERPRETACIÓN

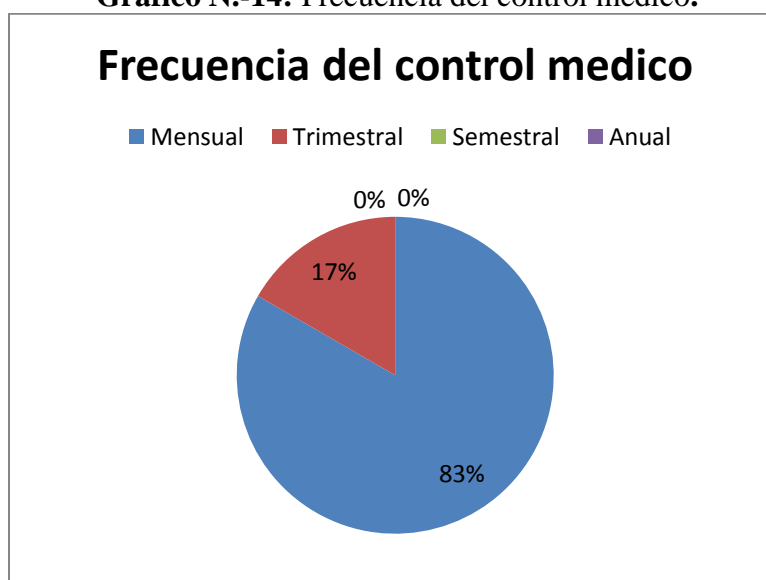
Las complicaciones neonatales que mayormente se presentaron fue el distres respiratorio, luego se presentaron asfixia y sufrimiento fetal. Estas complicaciones pueden afectar a futuro en el desarrollo intelectual del niño.

12.- ¿Con que frecuencia lleva al niño al control médico?

Cuadro N.-20: Frecuencia del control médico

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Mensual	5	83
Trimestral	1	17
Semestral	0	0
Anual	0	0
Total	6	100

Gráfico N.-14: Frecuencia del control medico.



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

De acuerdo al gráfico se puede apreciar que en el 83% que corresponde (5 niños), llevan mensualmente al control médico; mientras el 17% que corresponde (1 niño), lo lleva trimestralmente al control médico.

INTERPRETACIÓN

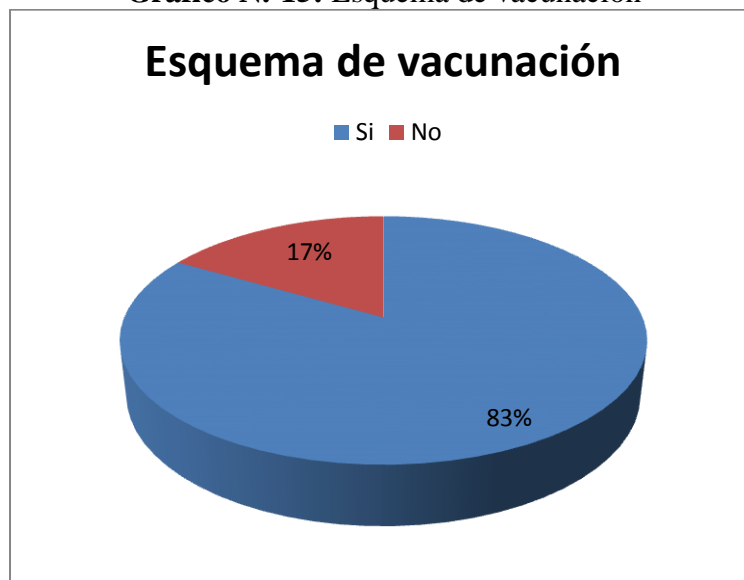
Se aprecia que la mayoría de madres adolescentes llevan puntualmente a los controles médicos y solo un caso se nota la irresponsabilidad en cuanto al control médico. Se debe insistir en la importancia de los controles médicos pues ahí se puede detectar a tiempo cualquier problema que presente el niño.

13. ¿Cumple usted con el esquema de vacunación establecido para la edad de su hijo?

Cuadro N.-21: Esquema de vacunación

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	5	83
No	1	17
Total	6	100

Gráfico N.-15: Esquema de vacunación



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 83% que corresponde (5 niños) se encuentran acorde al esquema de vacunación para la edad del niño; mientras que el 17% que corresponde (1 niño), no cumple con el esquema de vacunación.,

INTERPRETACIÓN

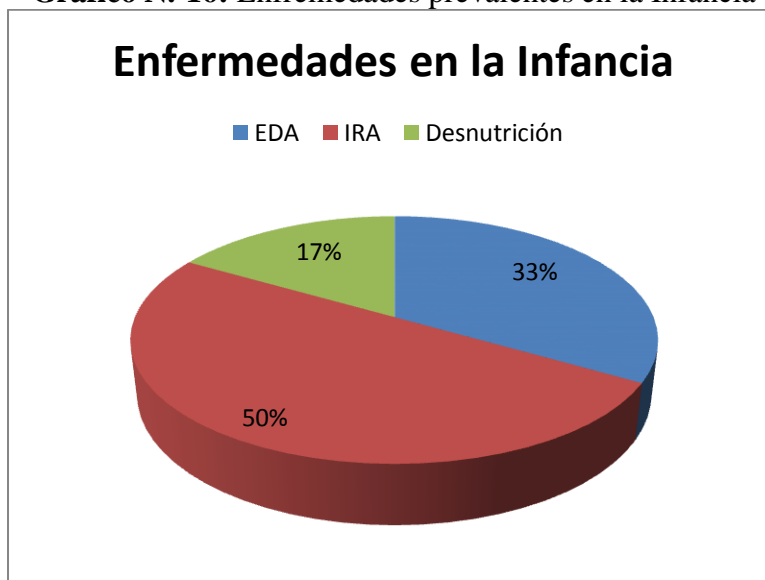
Los resultados nos muestran que la mayoría de las madres adolescentes muestran responsabilidad ante el esquema de vacunación, mientras que una minoría no cumple con la responsabilidad de cumplir con el esquema de vacunación. Al no estar un niño vacunado puede desencadenar la enfermedad y contagiar a más niños por lo que se debe insistir en la vacunación a tiempo.

14.- ¿Que enfermedades ha presentado su hijo durante toda su vida?

Cuadro N.-22: Enfermedades prevalentes en la Infancia

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
EDA	2	33
IRA	3	50
Desnutrición	1	17
Total	6	100

Gráfico N.-16: Enfermedades prevalentes en la Infancia



**Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas**

ANÁLISIS

El 50% que corresponde (3 niños), sus madres manifestaron que sus hijos presentaron IRA; mientras que el 33% que corresponde (2 niños), presentaron EDA y el 17% que representa (1 niño), presentaron desnutrición.

INTERPRETACIÓN

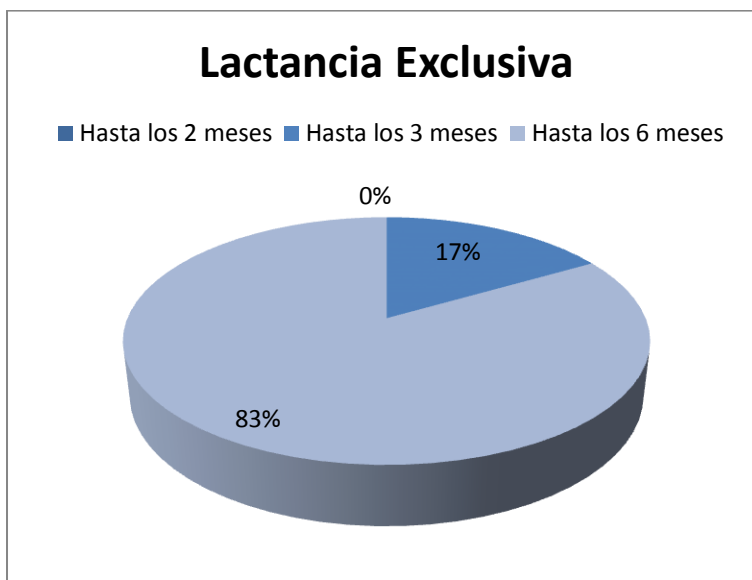
Según la tabla y el gráfico se observa que el mayor número de niños presentaron IRA y EDA y un solo caso presento desnutrición. Se puede notar que estas enfermedades se dan con más frecuencia por el desconocimiento de las madres sobre el correcto cuidado y alimentación de los niños, lo cual puede afectar el correcto desarrollo de los mismos.

15.- ¿Hasta qué edad lo alimento exclusivamente con leche materna?

Cuadro N.-23: Lactancia Materna

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Hasta los 2 meses	0	0
Hasta los 3 meses	1	17
Hasta los 6 meses	5	83
TOTAL	6	100

Gráfico N.-17: Lactancia Materna



**Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas**

ANÁLISIS

Según la encuesta el 83% que corresponde (5 adolescentes), respondieron que dieron de lactar exclusivamente hasta los 6 meses; mientras el 17% que corresponde (1 adolescente), lo hizo solo hasta los 3 meses.

INTERPRETACIÓN

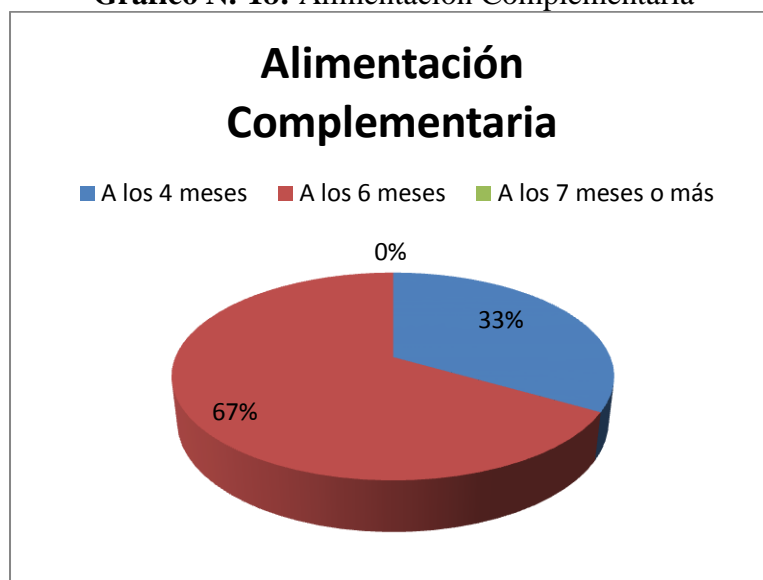
Según el gráfico y la tabla nos indica que la mayoría de madres dieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses; y en menor número le dieron hasta los 3 meses, por sus estudios. Esto puede afectar a futuro al niño pues no recibió todas las defensas que puede ofrecer la leche materna.

16.- ¿A qué edad introdujo a la alimentación complementaria a su hijo?

Cuadro N.-24: Alimentación Complementaria

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
A los 3 meses	2	33
A los 6 meses	4	67
A los 7 meses o más	0	0
Total	6	100

Gráfico N.-18: Alimentación Complementaria



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

Al preguntar a qué edad inicio la alimentación complementaria el 67% que corresponde (4 madres), respondió que a los 6 meses; mientras que el 33% que corresponde (2 madres), manifestó que inicio la alimentación complementaria a los 3 meses.

INTERPRETACIÓN

Al observar el gráfico se muestra que la mayoría de las madres adolescentes inician la alimentación complementaria de acuerdo a lo aconsejado por el MSP, en menor número lo hizo a partir de los 3 meses. Siempre se debe educar sobre la edad adecuada de iniciar la alimentación complementaria pues los niños pueden desencadenar intolerancia a ciertos alimentos al ser introducidos a temprana edad.

17.- ¿Al acudir al control médico con su hijo le realizan un test de desarrollo?

Cuadro N.-25: Test de Desarrollo

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	6	100
No	0	0
Total	6	100

Gráfico N.-19: Test de Desarrollo



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

INTERPRETACIÓN

El 100% que corresponde (6 niños), las madres encuestadas nos respondieron que a sus hijos no se les realizó ningún test de desarrollo.

ANÁLISIS

Según los datos obtenidos se demuestra el poco interés del personal de salud en evaluar el desarrollo de los niños. Esto puede afectar mucho pues no se puede detectar a tiempo un retraso en el desarrollo en el niño.

18.- ¿Le comunicaron si su hijo sufre algún retraso en el desarrollo?

Cuadro N.-26: Retraso en el desarrollo

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	0	0
No	6	100
Total	6	100

Gráfico N.-20: Retraso en el desarrollo



Elaborado por Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 100% que corresponde (6 niños), sus madres contestaron que no les comunicaron nada sobre si tiene algún retraso su hijo.

INTERPRETACIÓN

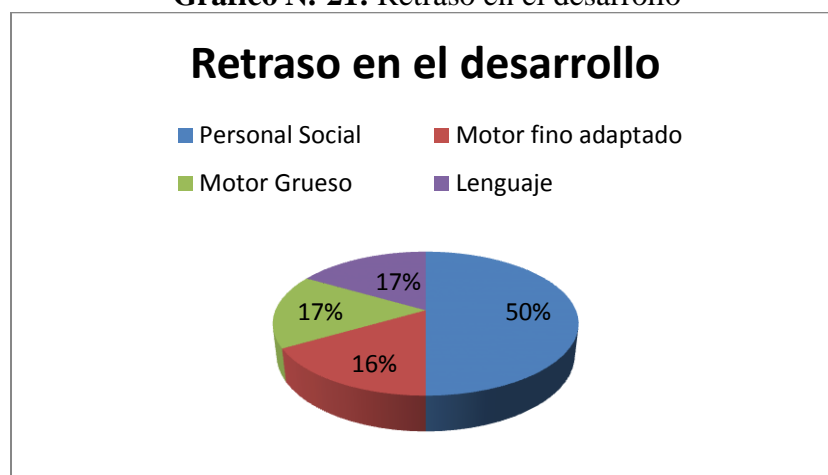
No se puede evaluar si se presenta alguna alteración en el desarrollo ya que no existen datos anteriores para comparar, pero actualmente se encuentran dentro de los parámetros normales.

19.- Si la respuesta anterior es positiva ¿en qué aspecto le dijeron que presenta el retraso?

Cuadro N.-27: Retraso en el desarrollo

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Personal Social	3	50
Motor fino adaptado	1	16
Motor Grueso	1	17
Lenguaje	1	17
Total	6	100

Gráfico N.-21: Retraso en el desarrollo



Elaborado por Investigadora

Fuente: Encuestas

INTERPRETACIÓN

Según los resultados se puede apreciar que el 50% que corresponde (3 niños), muestra retraso en el área de personal social; y el 50 % restante que corresponde (1 niño), presentan retraso en las áreas motor fino, motor grueso y lenguaje.

ANÁLISIS

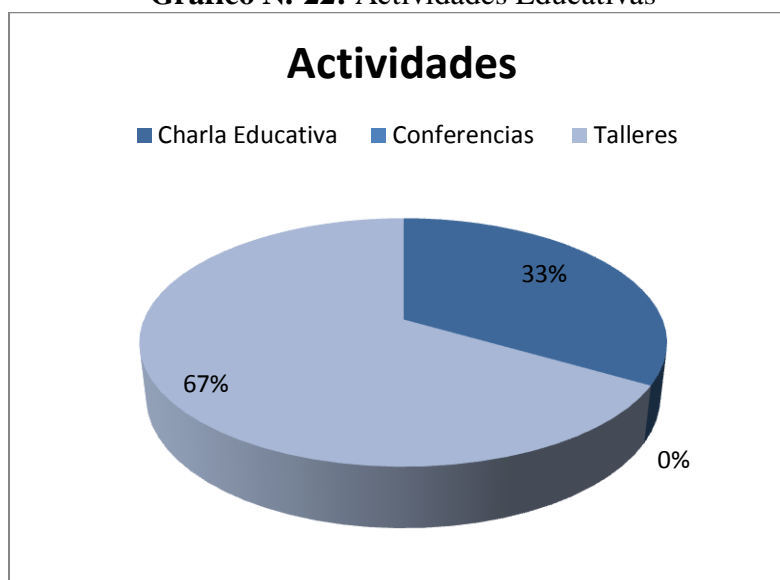
De acuerdo a la tabla y el gráfico representados se demuestra que las alteraciones en el desarrollo se dan en el área personal social y en minoría en las áreas restantes. Cabe recalcar que estos datos fueron recogidos por la investigadora en el momento de aplicar la encuesta ya que no existen datos anteriores en las historias clínicas.

20.- ¿Qué actividad se podría implementar para promover un adecuado crecimiento y desarrollo en los hijos de madres adolescentes?

Cuadro N.-28: Actividades Educativas

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Charla Educativa	2	100
Conferencias	0	0
Talleres	4	
Total	6	100

Gráfico N.-22: Actividades Educativas



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas

INTERPRETACIÓN

El 67% que corresponde (4 madres adolescentes), respondieron que una actividad adecuada serian lo talleres; mientras que el 33% lo que corresponde (2 madres adolescentes), respondieron que sería adecuado que se realizaran charlas educativas.

ANÁLISIS

Al observar la tabla y el gráfico representados se puede decir que una actividad adecuada para brindar información seria la implementación de talleres o en menor aceptación las charlas educativas. Para así ayudar a mejorar los conocimientos sobre el cuidado del niño.

4.2. Tabulación de datos de la encuesta dirigida a la investigadora.

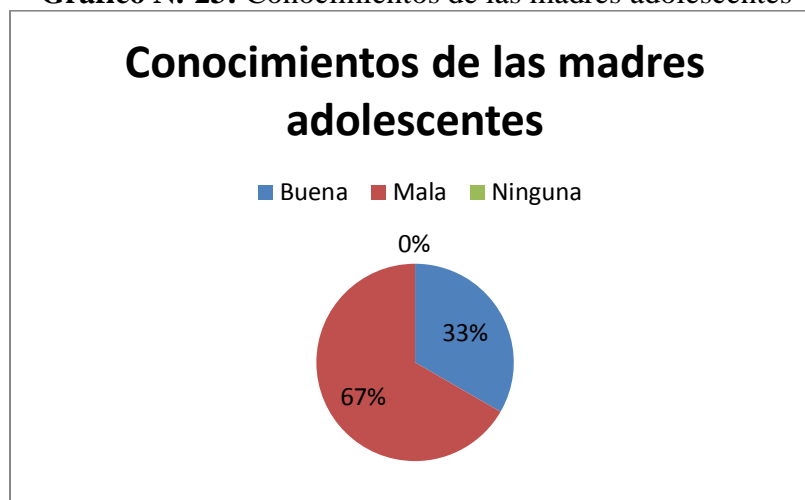
LUEGO DE LA ENTREVISTA A LAS MADRES Y LA VISITA DOMICILIARIA, USTED ESTÁ EN CAPACIDAD DE RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, QUE SERÁN CLAVE PARA DETERMINAR SI HAY ALGÚN TIPO DE RIESGO DE SALUD MENTAL EN LOS NIÑOS EN ESTUDIO

1. Qué tipo de conocimiento a observado usted que tiene la madre adolescente en el cuidado de su hijo.

Cuadro N.- 29: Conocimientos de las madres adolescentes

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Buena	2	33
Mala	4	67
Ninguna	0	0
Total	6	100

Gráfico N.-23: Conocimientos de las madres adolescentes



Elaborado por la Investigadora

Fuente: Encuestas

INTERPRETACIÓN

El 67% lo que corresponde (4 madres), tienen un conocimiento malo en cuanto al cuidado de su hijo; mientras que el 33% lo que corresponde (2 madres), se nota que tienen un conocimiento bueno en lo que corresponde al cuidado de su hijo.

ANÁLISIS

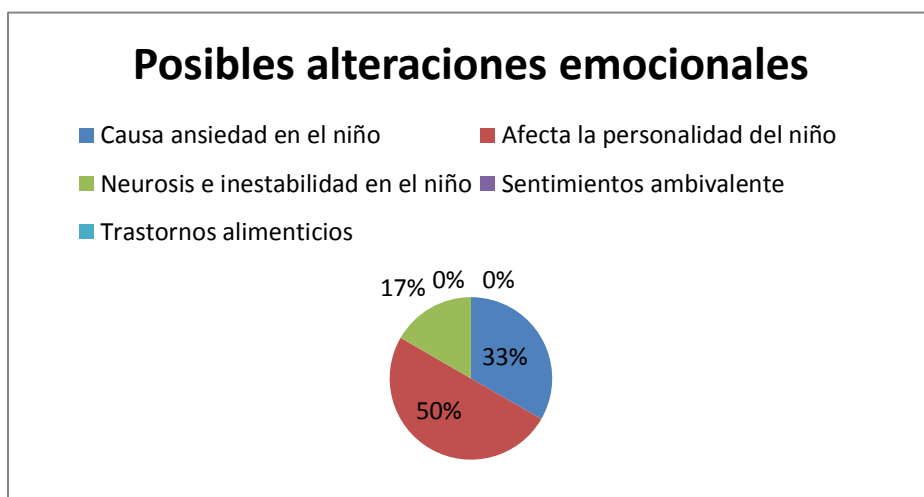
Al observar la tabla y el gráfico representados se puede demostrar que la mayoría de madres adolescentes no mantienen una buena relación con sus hijos y en menor número si tienen una buena relación con sus hijos. Por el mismo hecho que los niños no fueron deseados lo cual puede afectar emocionalmente el niño.

2. Como cree usted que influye las características psicológicas maternas y la salud mental de la madre en el crecimiento del niño.

Cuadro N.- 30: Posibles alteraciones emocionales

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Causa ansiedad en el niño	2	33
Afecta la personalidad del niño	3	50
Neurosis e inestabilidad en el niño	1	17
Sentimientos ambivalente	0	0
Trastornos alimenticios	0	0
Total	6	100

Gráfico N.- 24: Posibles alteraciones emocionales



Elaborado por la Investigadora

Fuente: Encuestas

INTERPRETACIÓN

El 50% que corresponde (3 niños), se ven afectados en su personalidad por la influencia de las madres; el 33% que corresponde (2 niños) presentan ansiedad, y el 17% que corresponde (1 niño), presenta inestabilidad.

ANALISIS

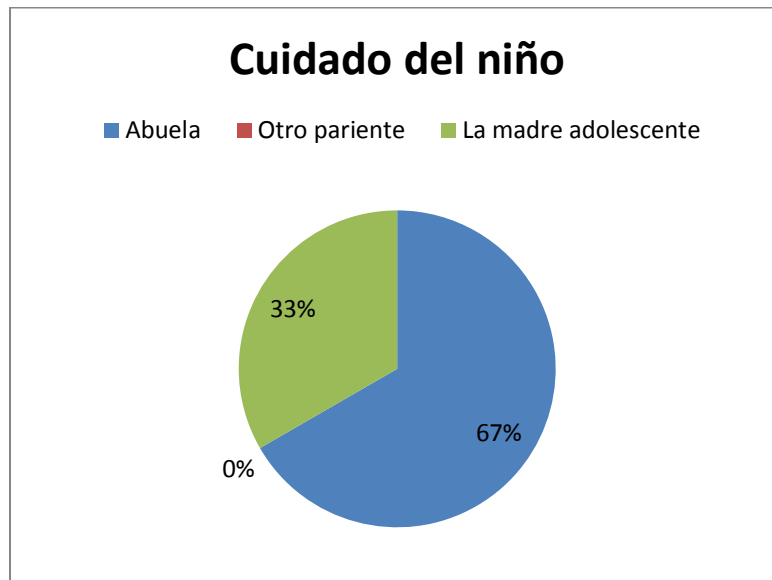
Al analizar la tabla y el gráfico de la pregunta se puede observar que las características psicológicas y el estado mental de la madre si influye en el crecimiento y desarrollo emocional de cada uno de los niños estudiados dentro de la investigación.

3. Quién se encarga del cuidado del hijo de la madre adolescente.

Cuadro N.- 31: Cuidado del niño

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Abuela	4	67
Otro pariente	0	0
La madre adolescente	2	33
Total	6	100

Gráfico N.- 25: Cuidado del niño



Elaborado por la Investigadora

Fuente: Encuestas

INTERPRETACIÓN

El 67% lo que corresponde (4 madres), delegan el cuidado de los niños a las abuelas; el 33% lo que corresponde (2 madres) ellas son las que se dedican al cuidado de sus hijos.

ANÁLISIS

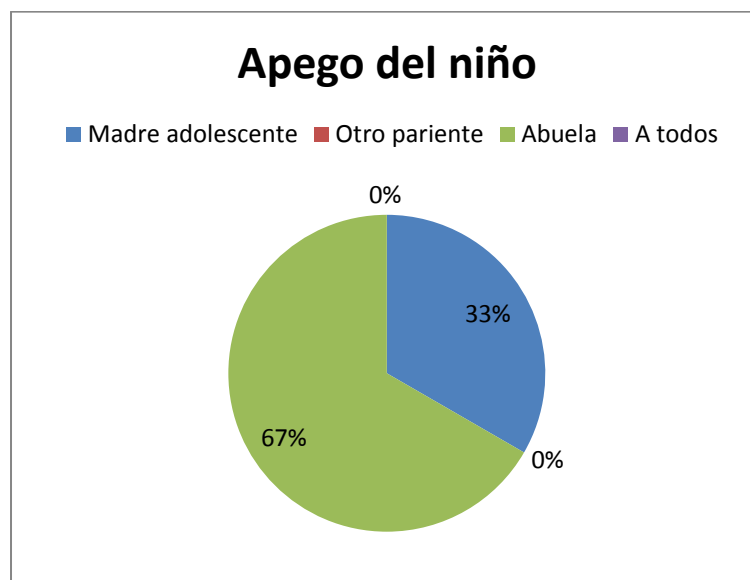
Al observar la tabla y el gráfico se puede deducir que la mayoría de las madres adolescentes no se dedican al cuidado de sus hijos ya sea por sus estudios o por no sentirse preparadas, mientras que una minoría si se dedica al cuidado de sus hijos pues si formaron un hogar con el padre de su hijo.

4. Desarrollo emocional. Durante su visita usted observó a que miembro de la familia tiene un apego especial el niño.

Cuadro N.-32: Apego del niño

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Madre adolescente	2	67
Otro pariente	0	0
Abuela	4	33
A todos	0	0
Total	6	100

Gráfico N.- 26: Apego del niño



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas

INTERPRETACIÓN

El 67% lo que corresponde (4 niños), muestran apego a su abuela, y el 33% que corresponde (2 niños), muestran apego a su madre.

ANÁLISIS

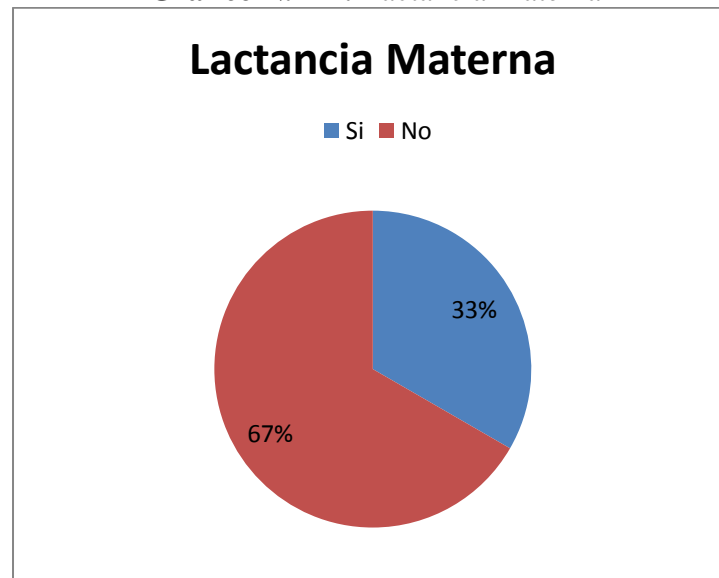
Al analizar la tabla y el gráfico se puede observar que la mayoría de los niños presentan un especial apego a la abuela pues ellas son la que se encargan de su cuidado; mientras que en menor número presentan un especial apego a la madre, pues ellas dejaron sus estudios para dedicarse al cuidado de sus hijos.

5. ¿Usted pudo verificar si la madre adolescente es quien amamanta a su hijo?

Cuadro N.-33: Lactancia Materna

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	2	33
No	4	67
Total	6	100

Gráfico N.- 27: Lactancia Materna



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuesta

INTERPRETACIÓN

El 67% que corresponde (4 madres), no amamantan a sus hijos pues continúan con sus estudios y no se dedican al cuidado de su hijo; y el 33% que corresponde (2 madres), si amamantan a sus hijos pues si se dedicaron a su cuidado.

ANALISIS

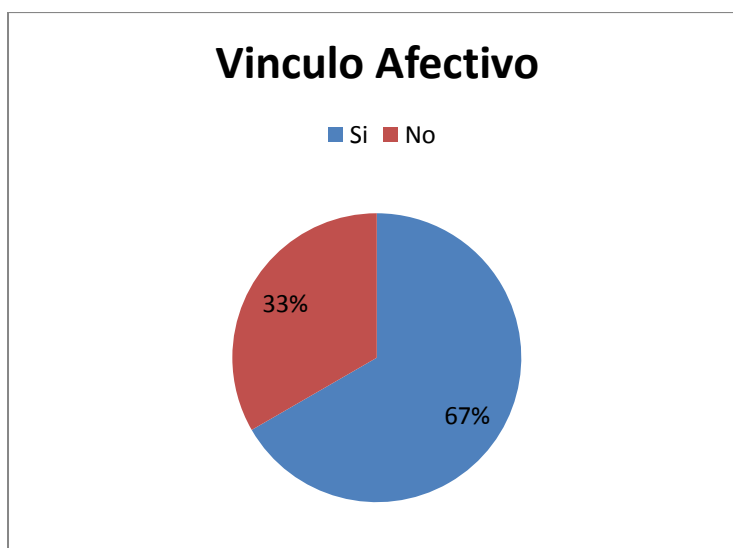
Al analizar la tabla y el gráfico correspondiente a la pregunta se puede identificar que el mayor número de niños no son amamantados por sus madres sino que reciben leche de fórmula, mientras quien en menor número si son amamantados por sus madres. Esto afecta en una adecuada nutrición pues las carencias que dejó la falta de leche materna difícilmente puede ser recompensado.

6. Y se podría decir que han creado un vínculo afectivo entre los dos.

Cuadro N.- 34: Vínculo afectivo

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	4	67
No	2	33
Total	6	100

Gráfico N.- 28: Vínculo afectivo



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 67% que corresponde (4 madres), no han creado vínculos afectivos con sus hijos ya que no se dedican a su cuidado; mientras que el 33% que corresponde (2 madres), han creado un vínculo afectivo con sus hijos pues se dedicaron al cuidado de sus hijos.

INTERPRETACIÓN

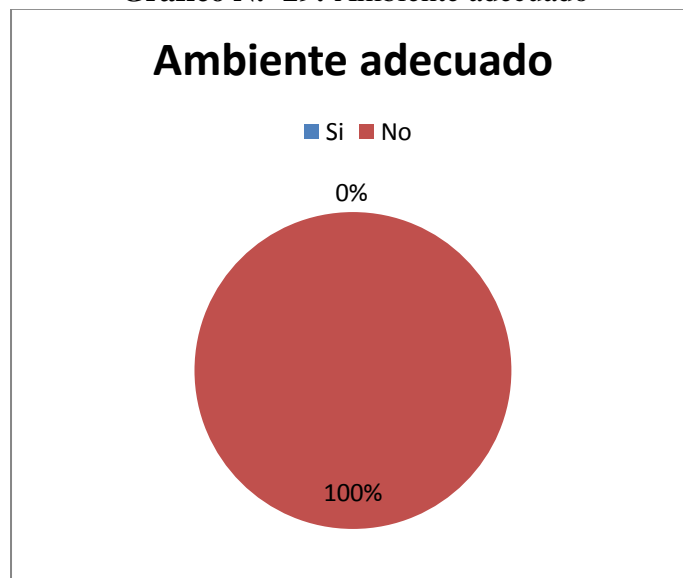
Al observar el gráfico y la tabla de la pregunta correspondiente se puede deducir que en un mayor número las madres adolescentes no han creado ningún vínculo afectivo con sus hijos, y en menor número si han creado un vínculo afectivo con sus hijos al dedicarse a su cuidado. Lo cual beneficia al niños en el adecuado desarrollo emocional.

7. El ambiente donde el niño se está desarrollando: física, psicosocial, emocional, sociocultural, económico crea un efecto positivo y/o negativo en el crecimiento y desarrollo del niño.

Cuadro N.- 35: Ambiente adecuado

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	0	0
No	6	100
Total	6	100

Gráfico N.- 29: Ambiente adecuado



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 100% lo que corresponde (6 niños), sus familias demuestran que el ambiente donde se desenvuelven no crea un efecto positivo para el crecimiento y desarrollo de los niños pues muchas de la veces los padres no cuentan con un trabajo y dependen de sus padres.

INTERPRETACIÓN

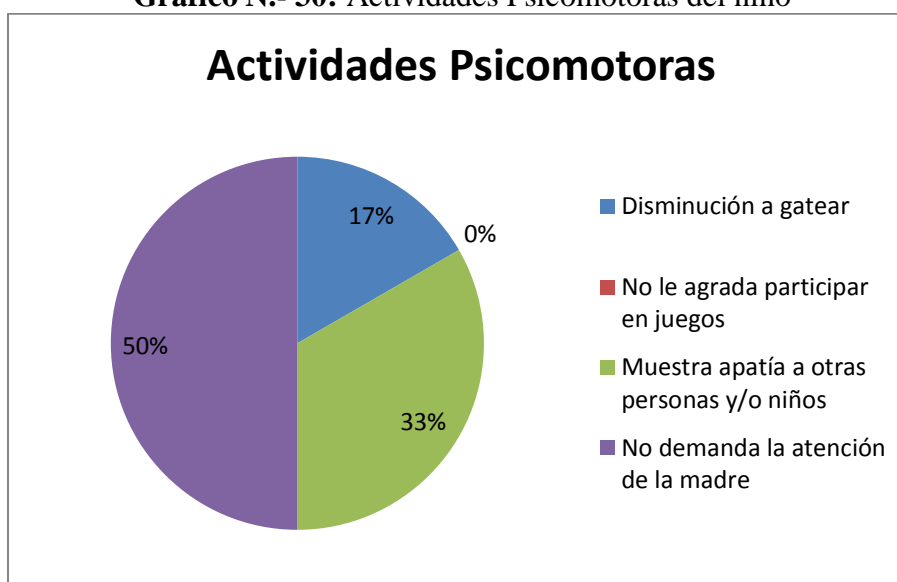
Al analizar la tabla y el gráfico de la pregunta correspondiente nos demuestra que el ambiente en donde se desarrollan no es adecuado para el crecimiento y desarrollo emocional adecuado pues existen muchas deficiencias por ser padres adolescentes.

8. La disminución de las actividades psicomotoras, en el transcurso de la edad de 0 a 30 meses causan:

Cuadro N.- 36: Actividades Psicomotoras del niño

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Disminución a gatear	1	17
No le agrada participar en juegos	0	0
Muestra apatía a otras personas y/o niños	2	33
No demanda la atención de la madre	3	50
Total	6	100

Gráfico N.- 30: Actividades Psicomotoras del niño



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 17% que corresponde (1 niño), presentan una disminución al gatear por la poca estimulación; mientras que el 33% que corresponde (2 niños), muestra apatía a otras personas y/o niños; el 50% (3 niños), no demanda la atención de la madre.

INTERPRETACIÓN

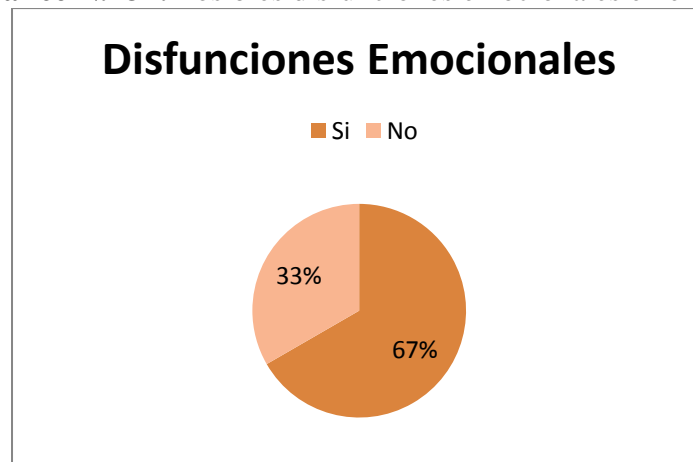
De acuerdo a lo observado en la tabla y gráfico correspondiente a la pregunta planteada se puede determinar que en un mayor número los niños no demanda la atención de la madre pues no han formado un vínculo afectivo con el niño, mientras que en menor número muestran apatía a otras personas o niños, en cambio solo un caso presenta disminución a gatear por la poca estimulación por el poco interés de la madre.

9. El niño al no haber tenido afecto por parte de su madre en los primeros años de vida puede causarle disfunciones y discapacidades emocionales.

Cuadro N.- 37: Posibles disfunciones emocionales en el niño

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	4	67
No	2	33
Total	6	100

Gráfico N.- 31: Posibles disfunciones emocionales en el niño



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 67% que corresponde (4 niños), si muestran disfunciones y discapacidades emocionales como agresividad hacia la madre; mientras que el 33% que corresponde (2 niños), no presentan discapacidades emocionales pues se desarrollan en una familia.

INTERPRETACIÓN

Al observar la tabla y gráfico de la pregunta correspondiente se puede interpretar que más de la mitad de los casos presentan una deficiencia emocional al no recibir atención de sus madres, mientras que solamente 2 de los casos no sufren de esta deficiencia pues las madres adolescentes formaron un hogar para criar a sus hijos.

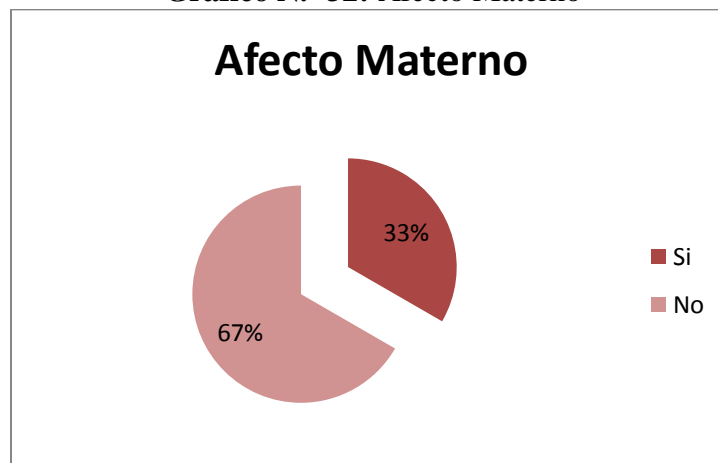
LUEGO DE LA ENTREVISTA A LAS MADRES Y LA VISITA DOMICILIARIA, USTED ESTÁ EN CAPACIDAD DE RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, QUE SERÁN CLAVE PARA DETERMINAR SI HAY ALGÚN TIPO DE RIESGO DE SALUD MENTAL EN LAS MADRES DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO

1. Ud. Observó si la madre manifiesto afecto a su hijo?

Cuadro N.- 38: Afecto Materno

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	2	33
No	4	67
Total	6	100

Gráfico N.- 32: Afecto Materno



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

En el 67% que corresponde (4 madres), se observó que no demuestran afecto a sus hijos; mientras que el 33% que corresponde (2 madres), si manifiestan afecto a sus hijos.

INTERPRETACIÓN

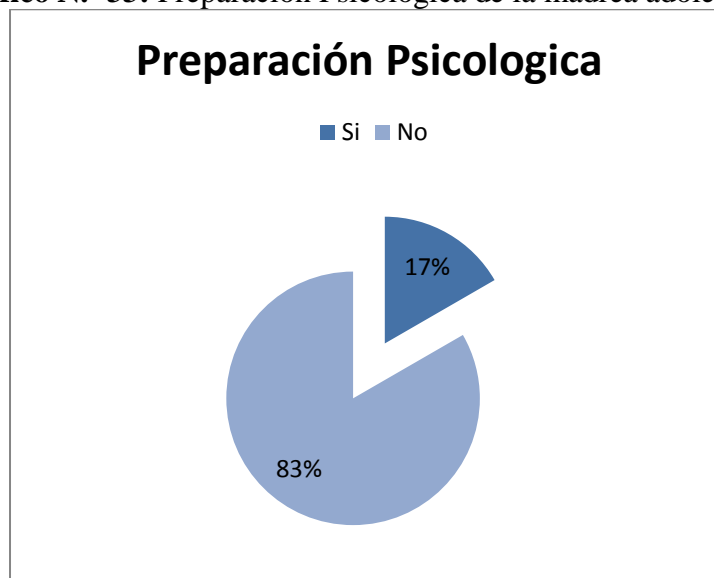
Al observar la tabla y el gráfico correspondiente se puede interpretar que la mayoría de madres no demuestran afecto a sus hijos, pues fueron deseados lo cual afecta emocionalmente a los niños; mientras que en un número menor si demuestran afecto a sus hijos.

2. Entre las preguntas que usted realizó a la madre en la entrevista consta: ¿Está preparada psicológica y emocionalmente para recibir y atender a su hijo?

Cuadro N.- 39: Preparación Psicológica de la madre adolescente

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	1	17
No	5	83
Total	6	100

Gráfico N.- 33: Preparación Psicológica de la madre adolescente



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 83% que corresponde (5 madres) respondieron que no se encontraban preparadas para recibir y atender a sus hijos; mientras que el 17% que corresponde (1 madre), respondió que si estaba preparada para recibir y atender a su hijo.

INTERPRETACIÓN

Al analizar la tabla y gráfico correspondiente a la pregunta se puede interpretar que un número mayoritario no se encuentran preparados para asumir su maternidad con responsabilidad, mientras que solamente un caso dice que se encuentra preparada psicológicamente y emocionalmente para recibir y atender a su hijo. Lo cual puede afectar el ambiente en donde se desarrolla en niño.

3. En la revisión de la Historia Clínica de la Madre encontraron antecedentes que la madre recibió atención psicológica?

Cuadro N.- 40: Atención psicológica recibida por la adolescente

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	0	0
No	6	6
Total	6	100

Gráfico N.- 34: Atención psicológica recibida por la adolescente



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 100% que corresponde (6 madres), sus historias clínicas estudiadas demuestran que las madres adolescentes no recibieron una atención psicológica durante su embarazo.

INTERPRETACIÓN

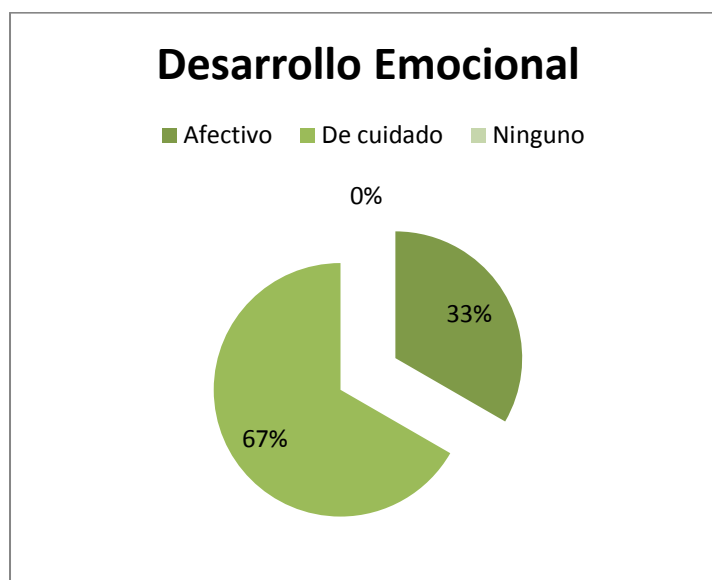
Al interpretar la tabla y el gráfico correspondientes a la pregunta nos muestra claramente que la atención psicológica no es una prioridad para el personal de salud aun sabiendo que es necesario en un embarazo adolescente. Esta omisión puede afectar en la aceptación de la maternidad por parte de la adolescente.

4. Que desarrollo emocional observó Ud. Entre la madre adolescente y el niño?

Cuadro N.- 41: Desarrollo Emocional

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Afectivo	2	0
De cuidado	4	6
Ninguno	0	
Total	6	100

Gráfico N.- 35: Desarrollo emocional



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 67% que corresponde (4 madres), muestran un desarrollo emocional de cuidado con sus hijos; mientras que el 33% que corresponde (2 madres), tienen un desarrollo emocional afectivo con sus hijos.

INTERPRETACIÓN

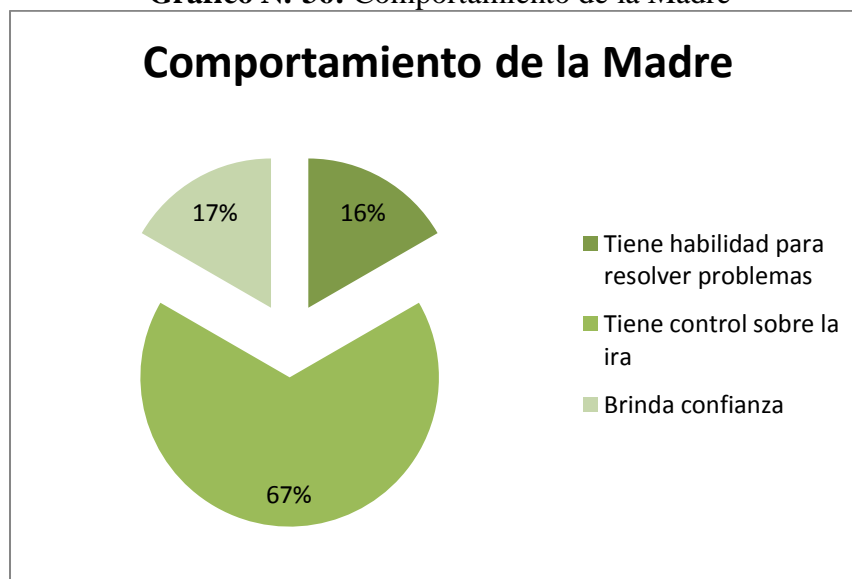
Al analizar la tabla y el gráfico correspondiente nos muestra que la mayoría de las madres adolescentes desarrollan una relación solo de cuidado con sus hijos por el hecho de no estar preparadas para ser madres, mientras tanto que una minoría desarrollan una relación de afecto pues se dedicaron al cuidado de sus hijos y se interesaron por adquirir mayores conocimientos para el beneficio de sus hijos.

5. Cómo es el comportamiento de madre hacia el niño?

Cuadro N.- 42: Comportamiento de la Madre

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Tiene habilidad para resolver problemas	1	16
Tiene control sobre la ira	4	67
Brinda confianza	1	17
Total	6	100

Gráfico N.-36: Comportamiento de la Madre



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 67% que corresponde (4 madres), tienen un comportamiento del control de la ira con sus hijo, mientras que el 17% que corresponde (1 madre), brinda confianza a sus hijos; y el 16% que corresponden (1 madre), tiene la habilidad para resolver problemas.

INTERPRETACIÓN

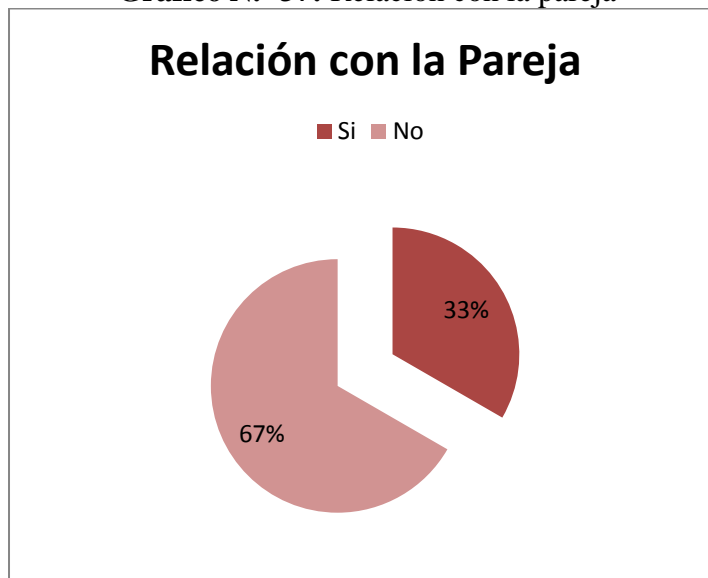
Al observar el gráfico y la tabla correspondiente se interpreta que las madres adolescentes manejan la ira con sus hijos pero no desarrollan un ambiente de confianza y una habilidad para resolver problemas, por el hecho de no estar listas para asumir una maternidad, lo cual afecta en el desarrollo emocional del niño.

6. La madre adolescente tiene una relación firme con su pareja

Cuadro N.- 43: Relación con la pareja

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	2	33
No	4	67
Total	6	100

Gráfico N.- 37: Relación con la pareja



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 67% que corresponde (4 madres), no mantienen una relación firme con sus parejas, es decir están solteras pero sus parejas las visitan; mientras que el 33% que corresponden (2 madres), tienen una relación firme con sus parejas, es decir están casadas.

INTERPRETACIÓN

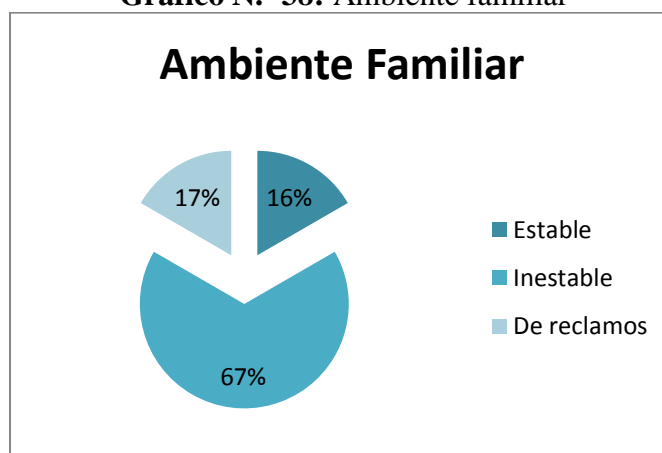
Al analizar la tabla y el gráfico correspondientes a la pregunta nos muestra que la mayoría de madres adolescentes no mantienen una relación firme con sus parejas, lo que perjudica el desarrollo emocional normal de los niños y una minoría, si mantiene relaciones firmes con sus parejas y eso beneficia al desarrollo emocional de los hijos siempre y cuando la relación de pareja sea sana.

7. ¿Cuál es el ambiente en el que se desenvuelve la vida diaria de la madre adolescente?

Cuadro N.- 44: Ambiente Familiar

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Estable	1	16
Inestable	4	67
De reclamos	1	17
Total	6	100

Gráfico N.- 38: Ambiente familiar



**Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas**

ANÁLISIS

El 67% que corresponde (4 madres), se desarrollan su vida diaria en un ambiente inestable; el 16% que corresponde (1 madre), llevan una vida estable, es decir cuentan con el apoyo de su pareja; el 17% que corresponde (1 madre), mantiene un ambiente de reclamos, el cual no es saludable para el desarrollo emocional del niño.

INTERPRETACIÓN

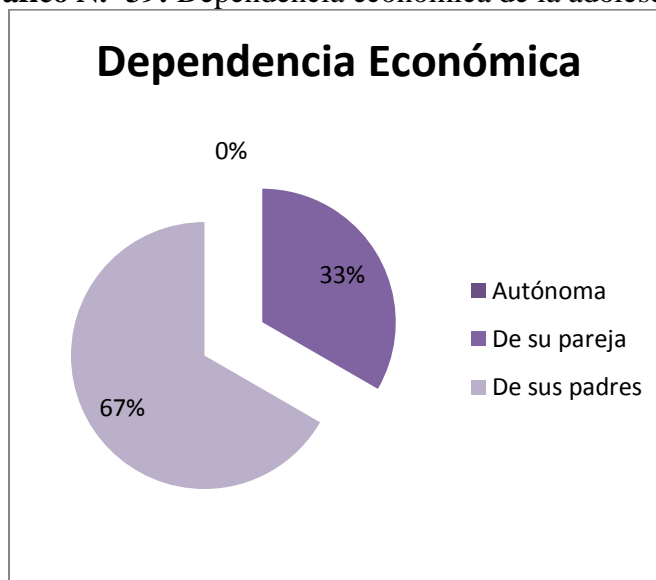
Al analizar el gráfico y tabla correspondientes nos demuestra que un número mayoritario se desarrollan en un ambiente inestable, mientras que el un número minoritario se desenvuelve en un ambiente de reclamos, el cual no es saludable para el correcto desarrollo emocional del niño y de la madre, igualmente un solo caso desarrolla la vida diaria en un ambiente estable.

8. La madre adolescente económicamente depende de:

Tabla N.- 45: Dependencia económica de la adolescente

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Autónoma	0	0
De su pareja	2	33
De sus padres	4	67
Total	6	100

Gráfico N.- 39: Dependencia económica de la adolescente



Elaborado por la Investigadora
Fuente Encuestas

ANÁLISIS

El 67% que corresponde (4 adolescentes), dependen económicamente de sus padres; mientras tanto el 33% que corresponde (2 adolescentes), dependen económicamente de sus parejas.

INTERPRETACIÓN

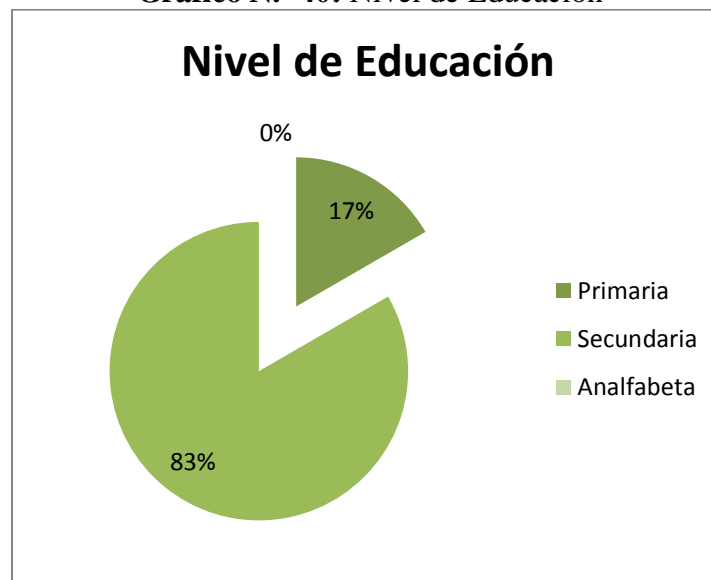
Al analizar la tabla y gráfico correspondiente a la pregunta nos muestran que las madres adolescentes pasan a ser seres económicamente dependientes de otra, lo cual muchas de las veces es un factor para el desarrollo de un ambiente inadecuado para el niño.

9. La madre adolescente que tipo de educación tiene:

Cuadro N.- 46: Nivel de Educación

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Primaria	1	0
Secundaria	5	33
Analfabeta	0	67
Total	6	100

Gráfico N.- 40: Nivel de Educación



Elaborado por la Investigadora
Fuente: Encuestas

ANÁLISIS

El 83% que corresponde (5 adolescentes), tienen una educación secundaria incompleta; mientras que el 17% que corresponde (1 adolescente), tienen una educación primaria.

INTERPRETACIÓN

Al observar la tabla y el gráfico correspondiente se muestra claramente que la mayoría de madres adolescentes tienen un nivel de estudio secundario incompleto, mientras que un solo caso tiene un nivel de estudio primario; el cual perjudica para que puedan tener una independencia económica.

4.3.- Comprobación de la Hipótesis

Para la comprobación de la hipótesis la cual señala que el ser Madre adolescente incide en el crecimiento, desarrollo motor y emocional del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en el Centro de Salud de Patate, se utilizó el estadístico t-student (Parámetro utilizado en variables cuantitativas), al 5% de significancia. Que se describe a continuación:

4.3.1 Peso

4.3.1.1 Hipótesis

Hipótesis Nula Ho: Los valores del peso en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del Centro de Salud de Patate no difiere de los valores referenciales

Hipótesis Alternativa H1: Los valores del peso en niños y niñas hijos/as de madres adolescentes del Centro de Salud de Patate, difieren de los valores referenciales.

4.3.1.2 Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales del peso de los hijos de madres adolescentes del Centro de Salud de Patate, en el período 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012.

	<i>Peso Investigado</i>	<i>Peso Referencial</i>
Media	6,216666667	6,666666667
Varianza	5,073666667	3,866666667
Observaciones	6	6
Varianza agrupada	4,470166667	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	10	
Estadístico t	-0,368647492	
P(T<=t) una cola	0,360037635	
Valor crítico de t (una cola)	1,812461123	
P(T<=t) dos colas	0,72007527	
Valor crítico de t (dos colas)	2,228138852	

Fuente: Encuestas y registros del S.C.

Elaborado por: Patricia Supe.

4.3.1.3 Respuesta

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 se encuentra dentro de los valores normales referenciales.

4.3.2 Talla

4.3.2.1 Hipótesis

Hipótesis Nula H_0 : Los valores de la Talla en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del Centro de Salud de Patate, no difiere de los valores referenciales.

Hipótesis Alternativa H_1 : Los valores de la Talla en niños y niñas hijos/as de madres adolescentes del Centro de Salud de Patate , difieren de los valores referenciales.

4.3.2.2 Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales de la talla de los hijos de madres adolescentes del Centro de Salud de Patate, en el período 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012.

	<i>Talla Investigada</i>	<i>Talla Referencial</i>
Media	60,41666667	63,83333333
Varianza	103,8416667	55,36666667
Observaciones	6	6
Varianza agrupada	79,60416667	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	10	
Estadístico t	-0,663277611	
P(T<=t) una cola	0,26107414	
Valor crítico de t (una cola)	1,812461123	
P(T<=t) dos colas	0,52214828	
Valor crítico de t (dos colas)	2,228138852	

Fuente: Encuestas y registros del S.C.

Elaborado por: Patricia Supe.

4.3.2.3 Respuesta

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 se encuentra dentro de los valores normales referenciales.

4.3.3 Perímetro Cefálico

4.3.3.1 Hipótesis

Hipótesis Nula H_0 : Los valores del perímetro cefálico en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del Centro de Salud de Patate, no difiere de los valores referenciales.

Hipótesis Alternativa H_1 : Los valores de la Talla en niños y niñas hijos/as de madres adolescentes del Centro de Salud de Patate, difieren de los valores referenciales.

4.3.3.2 Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales del perímetro cefálico de los hijos de madres adolescentes del Centro de Salud de Patate en el período 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012.

	<i>P.C. Investigado</i>	<i>P.C. Referencial</i>
Media	41,16666667	41,5
Varianza	5,766666667	8,3
Observaciones	6	6
Varianza agrupada	7,033333333	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	10	
Estadístico t	-0,217700172	
P(T<=t) una cola	0,416020311	
Valor crítico de t (una cola)	1,812461123	
P(T<=t) dos colas	0,832040621	
Valor crítico de t (dos colas)	2,228138852	

Fuente: Encuestas y registro del C.S.

Elaborado por: Patricia Supe

4.3.3.3 Respuesta

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

De éste proceso se obtuvo un t calculado a un promedio de 10 grados de libertad en el Centro de Salud, menor al t crítico; lo cual indica 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 y Norval, Barrera Moncada y de Denver podemos apreciar que no existe alteraciones en el desarrollo de los niños/as del Centro de Salud de Patate al igual que en las tablas del AIEPI. Por lo descrito se puede decir que la hipótesis planteada se rechaza.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Luego de analizar los datos obtenidos en la investigación se pudo concluir que:

- Existe un alto porcentaje de embarazos adolescentes entre las edades de 15 a 18 años, y el inicio de su vida sexual se da dentro del rango de 15-16 años sin planificación familiar previa; las adolescentes cursan el periodo de embarazo apoyadas por su familia y en pocos casos con el apoyo de su pareja; por lo cual se inician los controles a una edad gestacional adecuada, en mayor número los embarazos culminan por cesárea y en instituciones en donde brindan la atención adecuada y oportuna por lo cual se comprueba que si existe una adecuada educación en salud.
- En cuanto a las complicaciones durante el embarazo se han observado complicaciones leves tales como IVU e hiperhemesis gravídica, no se ha evidenciado complicaciones en donde se ve afectado el estado de salud de la madre o del niño, mientras que una de las complicaciones importantes como es el emocional y psicológico se ha visto olvidado por parte del equipo de salud; pues las adolescentes al convertirse en madres se ven afectadas debido a los reproches de la familia y al abandono de la pareja, lo cual perjudica al desarrollo normal de la maternidad.

- El 100% de los niños no presentaron complicaciones al momento del parto sus medidas antropométricas se encontraron dentro de los parámetros normales, posteriormente los niños reciben controles médicos periódicos en donde se valora el crecimiento los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales; pero no reciben atención para su desarrollo psicomotor y no se encuentran evaluaciones por lo tanto no se conoce su proceso evolutivo. Dentro de las enfermedades prevalentes en la infancia se ha encontrado con frecuencia IRAS, parasitosis y con poca frecuencia EDAS.
- La lactancia materna no es exclusiva en un 67% (4 niños), pues se encuentran al cuidado de sus abuelas, y solo el 33% (2 niños) han recibido lactancia materna exclusiva; dentro del grupo investigado no existe alteraciones importantes en los niños de madres adolescentes pese a los factores que predisponen para presentar complicaciones; con lo cual se desecha la hipótesis de que la edad de la madre influye en el normal desarrollo, pero se pudo notar una disfunción emocional debido al poco afecto que reciben de sus madres y al igual no reciben un estímulo para desarrollar sus habilidades psicomotoras, debido a que no se ha creado un vínculo emocional y se desarrollan en un hogar inestable.

5.2. Recomendaciones

De acuerdo a las conclusiones anteriores se recomienda:

- Promover una adecuada información sobre educación sexual, el uso correcto de anticonceptivos, las complicaciones que se pueden presentar al tener un embarazo precoz tanto en la madre como en el niño; mediante charlas educativas

en las instituciones educativas y de salud, aportando así a la disminución de los embarazos en adolescentes.

- En cuanto a las adolescentes que ya se encuentran en estado de gestación se debe proporcionar información sobre la importancia de los controles prenatales; además se debe poner atención especial en cuanto a la salud emocional y psicológica de las adolescentes pues al no ser atendida dicha área puede perjudicar el desarrollo del vínculo emocional madre e hijo.
- En cuanto al crecimiento y desarrollo de los niños se debería facilitar folletos, carteleras informativas sobre la importancia del control médico y en especial la estimulación para que los niños puedan desarrollar sus habilidades psicomotoras de acuerdo a su edad.
- Se debería incentivar a las madres adolescente a proveer de leche materna exclusivamente en los 6 primeros meses de vida, ya que así se crea el vínculo afectivo entre madre e hijo que necesita el niño para desarrollarse sin disfunciones emocionales y psicológicas; asimismo se debe proporcionar alimentos con nutrientes adecuados para el crecimiento de los niños, para lo cual se debería realizar talleres participativos.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos Informativos

6.1.1. Título

“Plan educativo para mejorar los conocimientos de las madres adolescentes y sus familias sobre las ventajas de la lactancia materna y una adecuada nutrición en los niños en el Centro de Salud de Patate”

6.1.2. Beneficiarios

Madres adolescentes, familiares e hijos de madres adolescentes del Centro de Salud de Patate.

6.1.3. Ubicación

Inicio

Diciembre del 2012

Fin

Febrero del 2013

6.1.4. Equipo Responsable

- Srta. Gladys Patricia Supe Amaguaña.
- Personal de salud del Centro de Salud de Patate.
- Autoridades de Sector.

6.1.5. Costo

Cuadro N.- 47: Costo de la Propuesta

Materiales	Costos
Material de Escritorio	50\$
Transporte	20\$
Material Didáctico	50\$
Internet	40\$
Impresiones	50\$
Total	160\$

6.2. Antecedentes de la Propuesta

Al realizar la investigación en el Centro de Salud de Patate se encontró un total de 6 madres adolescentes de las cuales, la mayoría de madres adolescentes se encuentran dentro de la adolescencia media y el resto dentro de la adolescencia temprana. El 100% de las madres son primigestas por lo que tienen conocimientos básicos para el cuidado de su niño por lo cual descuidan la lactancia exclusiva y una nutrición adecuada.

En la revisión de las historias clínicas se observó que el mayor número de niños sufren de parasitosis y desnutrición, pues estas expuestos a factores ambientales; porque se encuentran al cuidado de los abuelos, los cuales se dedican al trabajo en el campo, por lo cual se ve afectado el proceso de nutrición y al mismo tiempo se ve afectado el correcto crecimiento desarrollo de los niños.

Por dichas razones se plantea la presente propuesta, puesto que tenemos que tomar en cuenta que el 25% de los niños sufren de desnutrición leve y parasitosis en nuestro país, por lo cual es una de las causas más importantes que afecta al correcto crecimiento y desarrollo de los niños, además se debe acotar que el conocimiento de las madres es básico por la inexperiencia propia de la adolescencia o por el grado de escolaridad, por lo cual el objetivo del presente trabajo es ayudar a mejorar los conocimientos de las madres adolescentes para así optimizar el crecimiento y desarrollo de los niños.

6.3. Justificación

La presente propuesta es de gran interés puesto que como profesionales de la salud debemos involucrarnos en los problemas sociales especialmente en los que afecten la salud física y psicológica de los grupos vulnerables como son los niños y las adolescentes, ya que pueden repercutir en su vida futura.

Las complicaciones encontradas en los niños estudiados en el Centro de Salud nos demuestran que la mayoría de complicaciones se dan por el cuidado y atención que reciben por parte de su madre y de las personas que se encuentran al cuidado del niño, además afecta el ambiente donde se desarrolla el niño ya que es un ambiente inestable debido al rechazo afectivo por parte de la madre. Dentro del grupo estudiado se pudo observar que el mayor número de niños no recibieron lactancia exclusiva lo cual predispone a futuro que el niño sufra una deficiencia en la nutrición y en el área emocional por no haber creado el vínculo madre e hijo que se crea durante el periodo de lactancia.

De aquí se deriva la importancia de educar a las madres adolescentes y sus familiares sobre la importancia de la lactancia materna y una adecuada nutrición; para así evitar o disminuir la aparición de complicaciones que se pueden presentar, contribuyendo a mejorar el estilo de vida y el desarrollo de los niños dentro del seno familiar; para que así se conviertan en un ente productivo para la sociedad con expectativas de positivas para el futuro.

6.4. Objetivos

6.4.1. Objetivo General

- Optimizar el conocimiento de las madres adolescentes y sus familiares del Centro de Salud de Patate sobre la importancia de la lactancia materna y una nutrición adecuada, por medio de un plan educativo.

6.4.2. Objetivos Específicos

- Plantear esquemas sencillos y comprensibles para las madres adolescentes y sus familiares a cerca de la lactancia materna y nutrición adecuada en los niños.
- Elaborar talleres con las madres adolescentes y familiares sobre los temas planteados.
- Evaluar si los conocimientos impartidos fueron receptados por las madres adolescentes y sus familiares.

6.5. Análisis de factibilidad

6.5.1. Socio-cultural.- Para poder plantear la propuesta se realizó una investigación la misma que sirvió para recolectar los datos y así analizar el tema propuesto; sino que además se aprendió de las experiencias vividas para conocer sobre la forma de vida, su cultura para poder así acercarse al grupo social que se encontraba dentro de la investigación.

6.5.2. Organizacional.- Durante el tiempo en que realizó la investigación se pudo conversar con las autoridades del sector, al igual que con el director, personal que labora en el Centro de Salud; los mismos que nos brindaron su apoyo para la realización de dicho proyecto, además la Universidad Técnica de Ambato por medio del programa de vinculación con la comunidad ayuda para el desarrollo de dichos proyectos y al igual tramitan todos los permisos pertinentes en las instituciones necesarias.

6.5.3. Ambiental.- La responsable del desarrollo de la propuesta está dispuesta a propiciar un ambiente adecuado, cómodo para poder acercarse a la comunidad, para lo cual también se cuenta con la confianza y credibilidad de toda la gente inmiscuida en el proyecto.

6.5.4. Económico-financiera.- Los costos planteados en la propuesta son moderados por lo cual se cuenta con los recursos económicos necesarios para desarrollar dicha propuesta.

6.5.5. Legal.- Según **El código de la Niñez y Adolescencia**, el estado garantiza el bienestar de los niños y niñas por lo cual se encontró:

Capítulo II. Derecho a la Supervivencia

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

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

- 1.-Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten.
- 2.- Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente.
- 3.- Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios;

Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.-

Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

1. Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior;
2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;
6. Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental.

6.6.- Fundamentación científico-técnica.

Actualmente, el 26% de la población infantil ecuatoriana de cero a cinco años sufre de desnutrición crónica. Según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (CV), del Instituto Nacional de Estadística y Censo (Inec), la desnutrición crónica en el país afecta al 26 % de los niños, mientras que esta cifra se eleva hasta el 42 % en el centro de la sierra andina, donde se registran las tasas más altas, y asciende hasta un 50,5 % entre la población indígena.

Los primeros 24 meses de vida son esenciales para el crecimiento físico y cerebral del menor, si queda afectado, el daño provocado al cerebro es irreversible y le afectará el resto de su vida.

Mientras que la lactancia materna es tan beneficiosa no sólo proporciona al recién nacido todos los nutrientes que necesita en su crecimiento y desarrollo físico evitando la desnutrición, sino que reduce la mortalidad infantil y contribuye al desarrollo emocional de los niños y niñas por el contacto con su madre.

Por las razones anteriormente mencionadas es importante educar a las madres y sus familias para que tomen conciencia de la importancia de una buena nutrición y una correcta práctica de la lactancia materna.

LACTANCIA MATERNA

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

La leche, justamente, es un alimento de características únicas que permite que la

madre transmita sus mecanismos de defensa al recién nacido, mientras que el acto de amamantar logra fortalecer la relación madre-hijo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y la continuación de la misma (con introducción gradual de los alimentos sólidos) hasta el segundo año de vida.

Tipos de leche materna

Calostro: El calostro propiamente dicho se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido espeso y amarillento debido a la alta concentración de beta carotenos. Su volumen puede variar entre 2 a 20 ml esto es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. El calostro tiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas A, E, K, colesterol y algunos minerales (sodio, hierro, zinc, azufre, potasio, manganeso, selenio), una alta cantidad de factores de defensa que favorecen al sistema inmune del bebe, facilita la evacuación del meconio, lo que evitará en el recién nacido tenga color amarillento al nacer-ictericia neonatal.

Leche madura: Se secreta en promedio alrededor de 700-900 ml/día durante los 6 meses posteriores al parto para luego descender a 500 ml/día durante los 6 meses siguientes. Los principales componentes de la leche materna son: proteínas, agua, lactosa, grasa, minerales (calcio, fósforo, hierro, potasio, zinc, flúor y magnesio), vitaminas(A, K, E, D, B, C) y factores de crecimiento.

Composición de la Leche Materna

A continuación se mencionara los nutrientes de la leche materna y funciones de los mismos:

Agua: La leche materna contiene 88 % de agua. Por ello los bebes que están bajo lactancia exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida no necesitan beber agua en forma adicional.

Proteínas: Constituyen el 0.9 % de la leche materna tiene como función principal el aporte de aminoácidos, fósforo y calcio al bebe, además favorece la absorción del hierro en el intestino e inhibe el crecimiento de bacterias patógenas.

Grasa: Las grasas o lípidos de la leche materna forman el 3 a 5 % . La grasa es vehículo de vitaminas liposolubles favoreciendo la absorción de las mismas y es fuente de ácidos grasos esenciales.

Carbohidratos: Su principal función, junto a las grasas, es el aporte de energía, necesaria para el crecimiento y desarrollo del recién nacido. Es fundamental para la absorción del calcio, del hierro, magnesio y otros elementos.

Minerales: La leche materna contiene todos los minerales que él bebe necesita. El contenido bajo de minerales (principalmente sodio, potasio y cloruros) promueve el buen funcionamiento renal del bebe favoreciendo la capacidad metabólica del recién nacido.

Hierro: En bebés amamantados con leche materna exclusivamente durante los 6 primeros meses, las probabilidades de desarrollar anemia por deficiencia de hierro son muy bajas.

Zinc: Es esencial para el crecimiento, la inmunidad celular y para la formación de enzimas.

Vitaminas: Las vitaminas presentes en la leche materna cubren las necesidades del bebé pero son variables según el estado nutricional y el aporte de vitaminas que recibe la mamá. Es decir, que existe una estrecha relación entre la alimentación de la mamá y la concentración de vitaminas en la leche materna.

Hormonas: Protegen a las células intestinales del bebé y estimula la formación de glóbulos rojos, la maduración del sistema nervioso central, el sistema inmune y la maduración intestinal.

Factores de crecimiento

Estimulan la proliferación celular, el crecimiento y maduración de ciertos órganos, como el tubo digestivo.

Ventajas de la Lactancia Materna

Ventajas para el niño en los dos primeros años

- El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.

- La leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo.
- La leche materna protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.
- Es higiénica, no contiene gérmenes.
- Está siempre a la temperatura perfecta.
- Establece un vínculo afectivo madre – hijo irremplazable.

Ventajas para la mujer

- Disminuye la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna.
- Disminuye el riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.
- Le ayuda a perder el peso ganado durante el embarazo, ya que la grasa acumulada se utiliza como energía para producir la leche.
- La lactancia incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia.

Ventajas para la familia

- Disminuye el riesgo de enfermedad de los niños y las niñas.
- Se ahorra dinero al no comprar otras leches, teteros chupos.
- La lactancia materna integra la familia, promueve el amor y genera cultura.

Ventajas para el país

- Disminuye los gastos en salud.
- Las madres que amamantan, contribuyen a que el país tenga niños más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos.

POSTURAS PARA DAR DE LACTAR

Agarre de Cuna

Esta posición clásica requiere que se coloque la cabecita del bebé en el hueco de tu brazo. Siéntate en una silla que tenga unos brazos bien firmes o en una cama con muchas almohadas. Reposa tus pies en un taburete, en una mesita de café o sobre cualquier superficie elevada para evitar tener que inclinarte hacia el bebé. Ponlo en tu regazo (o sobre una almohada colocada en tu regazo) de modo que quede tumbado sobre un lado y con la cara, pancita y rodillas mirándote a ti. Luego coloca su brazo bajo el tuyo.

Si le toca mamar de tu seno derecho, deja que su cabeza descansa en el hueco de tu brazo derecho. Extiende tu antebrazo y tu mano a lo largo de su espalda para sujetar su cuello, espina dorsal y colita. Ajusta sus rodillas contra tu cuerpo por encima o ligeramente debajo de tu seno izquierdo. Debería estar tumbado horizontalmente o en un suave ángulo.



Agarre Cruzado

También se denomina agarre de cuna cruzada, aunque difiera del anterior en que la cabeza del bebé no queda apoyada en el hueco de tu brazo, sino que los brazos intercambian sus papeles. Si estás dando el pecho con tu seno derecho, utiliza la mano y brazo izquierdos para sujetar el bebé. Gira un poco su cuerpo para que su pecho y pancita queden directamente frente a ti. Coloca tu mano detrás de su cabeza, bajo sus oídos, y con tus dedos guía su cabecita hacia tu pezón.



Agarre de fútbol americano

Como su propio nombre indica, en esta posición colocas al bebé bajo tu brazo (en el mismo lado en que le estás dando el pecho), como si agarraras una pelota de fútbol americano o un bolso de mano. Primero, coloca al bebé a tu lado, bajo el brazo, de modo que mire hacia ti, con su naricita al mismo nivel que tu pezón y sus pies apuntando hacia tu espalda. Descansa tu brazo en una almohada colocada sobre tu regazo o justo a tu derecha y, con la mano, sujeta los hombros, cuello y cabeza de tu bebé. Con el agarre "C" dirige su boca hacia tu pezón, la barbilla primero. Pero hazlo con cuidado — no lo empujes tanto hacia tu seno que se resista y acabe arqueando su cabeza contra tu mano. Utiliza tu antebrazo para sujetarle la parte de arriba de la

espalda. También es bueno para mujeres con senos grandes o pezones planos, así como para las mamás de gemelos.



Agarre en Posición Reclinada

Coloca varias almohadas detrás de ti para que tu espalda quede bien apoyada. También puedes colocar una almohada bajo tu cabeza y hombros y otra entre tus rodillas dobladas. El objetivo es que tu espalda y tus caderas formen una línea recta. Ponte al bebé justo enfrente tuyo, acércatelo y reposa su cabecita sobre la mano de tu brazo inferior. También puedes reposar su cabeza en el brazo que queda junto a él y colocar tu otro brazo bajo tu cabeza para que no te estorbe. Si ves que el bebé tiene que estar más arriba y más cercano a tu seno, ponle una almohada o una cobija doblada debajo de la cabeza. Tu bebé no debería hacer ningún esfuerzo para alcanzar el pezón y tú tampoco tendrías que doblarte para hacerlo llegar hasta él.



Consejos para todas las posiciones de lactancia.

Apoya bien tu cuerpo:

Elige una silla o sillón cómodo que tenga brazos firmes y usa almohadas muchas para apoyar bien la espalda y los brazos. Pon algunas almohadas también bajo los pies para evitar tener que inclinarte hacia tu bebé. Un taburete, una mesita de café o una pila de libros también pueden cumplir la misma función. Asimismo, puedes colocar una almohada o una manta plegada sobre tu regazo para no doblarte hacia adelante. Sea cual sea la posición que elijas, asegúrate de que acercas el bebé a tu pezón y no al contrario.

Dale buen soporte a tus senos:

Durante la lactancia, tus pechos van a ir aumentando de peso y de tamaño. Al dar el pecho, utiliza la mano que te queda libre para sujetarte el seno con un agarre "C" (cuatro dedos bajo el seno y el pulgar arriba). Otra posibilidad es lo que se denomina agarre "V" (el seno queda sujeto entre los dedos índice y medio).

Dale buen soporte a tu bebé:

Si tu pequeño se siente cómodo y seguro, mamará mucho más feliz y eficazmente. Utiliza tu brazo y tu mano, además de las almohadas o una cobija doblada para darle apoyo a la cabeza, cuello, espalda y caderas del bebé y mantenerlas rectas. También puedes "envolver" al bebé apretadito o colocarle con suavidad los bracitos a los lados para que succione más fácilmente.

Varía tu rutina:

Prueba hasta encontrar la postura en la que te encuentres más cómoda. Muchas mujeres descubren que el mejor método para evitar la congestión de los conductos de la leche es alternando las posiciones de lactancia. Como cada posición pone presión en diferentes partes de tu pezón, así también evitarás el dolor de pezones. Otro consejo; si en cada toma vas alternando el seno con el que empiezas a amamantar, aumentará también tu producción de leche.

Primero relájate, luego da de mamar:

Respira hondo unas cuantas veces, cierra los ojos y piensa en cosas agradables, tranquilas. Ten cerca de ti un vaso grande de agua fresca, leche o jugo para beber mientras das el pecho: la hidratación ayuda a producir leche.

Hora de parar

Idealmente será tu bebé quien decida que ya tiene suficiente una vez que haya agotado ambos senos. Si necesitas variar de posición, cambiarlo al otro seno o terminar la sesión de lactancia por cualquier motivo mete muy suavemente tu dedo en la comisura de su boca. Si escuchas un ligero "pop", quiere decir que se ha interrumpido la succión y ya puedes retirar a tu bebé.

NUTRICIÓN

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades del organismo.

Correcta elección de Alimentos

Alimentación correcta es aquella que:

- Es variada: compuesta por los 5 grupos de alimentos
- Es suficiente: porque su cantidad está en relación con el período de la vida, actividad y trabajo que desarrolla el individuo.
- Está bien distribuida: se realiza con intervalos variables, no menos de 4 comidas al día.
- Es higiénica: porque se realiza siguiendo ciertas reglas que disminuyen el riesgo de transmitir enfermedades infecciosas o tóxicas.

La base de una buena alimentación está asegurada consumiendo diariamente alimentos de los 5 grupos que componen la pirámide alimentaria.

1 - Lácteos (Leche, quesos, yogur) Los lácteos son fuente de proteínas, aportando además calcio y vitaminas A y D.

2 - Carnes, Legumbres y Huevos

Cuando hablamos de carnes incluimos carne vacuna, de pollo y pescado, además de proteínas, las carnes aportan hierro. El consumo deberá estar limitado a una sola porción de carne por día. Las legumbres como el poroto, los garbanzos y las lentejas.

También contienen hierro de origen vegetal que combinado con vitamina C va a ser mejor aprovechado por el organismo.

Los huevos, se incluyen en este grupo porque son una buena fuente de proteínas de alta calidad así como las carnes y las legumbres. También aportan hierro y su yema es muy rica en colesterol.

3- Frutas y Verduras

Dentro de este grupo incluimos todas las frutas y verduras (frescas o envasadas). Las frutas y verduras, sobre todo si son frescas aportan gran cantidad de vitaminas y minerales y fibra. La fibra contribuye a regular la función del intestino y a prevenir enfermedades. Aportan vitamina C (si son frescas y crudas) y las amarillas-anaranjadas y las de color verde oscuro, vitamina A.

4 - Harinas y Cereales

En este grupo se incluyen los granos como el arroz, el trigo, la avena, la sémola, los cereales, sus harinas y los productos que se realicen con ellas como el pan, las pastas y las galletas. Todos ellos son fuente de hidratos de carbono que aportan energía para el crecimiento y la actividad física.

5 - Grasas y Azúcares

Incluimos en este grupo:

Azúcares: el azúcar común, los dulces en general, las mermeladas, el dulce de leche, las golosinas, el chocolate y las gaseosas.

Grasas: Aceites, manteca y crema.

Los alimentos de este grupo aportan fundamentalmente energía, vitamina E, vitamina A y colesterol.

Gráfico N.- 41: Pirámide Alimenticia



Introducción de los alimentos

Lactante de 6 a 9 meses

Inicie la alimentación complementaria con cereales, verduras o frutas, teniendo en cuenta introducir las verduras antes de las frutas, para asegurar la aceptación de las primeras.

Ofrezca el nuevo alimento en pequeñas porciones, empezando por cucharaditas. Al principio no importa tanto la cantidad que coma, sino el hecho de que está aprendiendo a comer.

2. 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 pues la clara puede producir alergias. Tenga en cuenta ofrecer siempre el huevo cocido, nunca crudo.

3. Niño de 1 a 2 años

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. Si es necesario, la familia es la que debe hacer las modificaciones necesarias a sus hábitos alimentarios.

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.

Cuadro N.- 48: Esquema de Índice de Alimentación Complementaria

EDAD	ALIMENTOS	PREPARACIÓN – RECOMENDACIONES	FORMA DE SUMINISTRO	ALIMENTOS QUE PUEDEN CONSUMIR
6 MESES	Cereales: Harina de maíz, de arroz, avena, trigo.	Inicie estos alimentos en papillas, preparadas con un solo alimento y con una consistencia semisólida. Más adelante los puede mezclar con otros alimentos en preparaciones con verduras o legumbres.	Bríndelos con cuchara y cuando el bebé desarrolle el agarre palmar, puede coger pedazos de galletas, pan u otro cereal.	Alimentos en puré
	Frutas: Manzana, pera, banano, papaya, guayaba, durazno, melón.	Prepárelas en jugos y compotas. Luego puede darlas en puré o en pequeños trozos. No se les debe adicionar miel y si se utiliza azúcar (evitar en lo posible) hacerlo en pequeñas cantidades.	Delas con cuchara o vaso. Cuando el bebé esté un poco más grandecito y tenga la habilidad de coger con la mano, se debe estimular para que tenga un buen desarrollo motor.	
	Verduras: Zanahoria, auyama, habichuela, arveja, espinaca.	Sumínstrelas inicialmente en puré o en sopa de una sola verdura mientras se mira tolerancia. También ofrézcalas en trozos pequeños o como parte de otras preparaciones.	Bríndelas con cuchara o pocillo. De igual forma que con el consumo de las frutas, intente darlas en la mano del bebé para que estimule el desarrollo motor.	
7 MESES	Tubérculos: Papa, yuca, guineo, arracacha.	Délos en puré, (maceradas), sopas cremas, compota y/o trocitos.	Ofrézcalos con cuchara o pocillo.	Alimentos en puré. Alimentos picados,
	Cereales: Arroz, espaguetis, pan, galletas.	Prepare estos alimentos en puré o bríndelos en trozos.	Sumínstrelos en cuchara o remojados en migas.	

				cortados, tajados, aquellos que pueda coger con los dedos.
8 MESES	Carnes: Res, pollo, vísceras, no incluir carnes frías por su alto contenido de sal.	Las puede adicionar licuadas a las sopas de verduras, cereales o plátanos y tubérculos. Más adelante las puede ofrecer en textura muy blanda como un rollo ó molida y luego en pequeñas trozos.	Las puede dar con cuchara, en pocillo ó en un plato. Debe estimular la masticación y el agarre palmar y de pinza de los niños, ofreciéndola partida en trozos.	Alimentos picados, cortados, tajados, aquellos que pueda coger con los dedos.
	Leguminosas: Fríjol, lentejas, garbanzos, arveja.	Délas cocidas y preferiblemente en puré cuando apenas el bebé está empezando el proceso de masticación. Posteriormente, puede dar el grano entero en sopas.	Proporciónelas con cuchara.	
12 MESES	Productos lácteos: Kumis, yogurt, leche entera, quesito.	Ofrézcalas después del sexto mes de vida en forma individual, en los intermedios de las comidas principales o adiciónelas a preparaciones con cereales, verduras y/o frutas.	Las puede dar con cuchara o pocillo. El queso delo en trozos para coger con los dedos y para así mejorar el desarrollo motor del niño.	Alimentos picados, cortados, tajados, aquellos que pueda coger con los dedos.
	Yema de huevo	Delo siempre cocido y tibio, no lo dé crudo.	La yema de huevo debe darla con cuchara, inicialmente en poca cantidad y progresivamente se va aumentando de acuerdo a la tolerancia.	
	Huevo completo	Observe la tolerancia de un huevo al día.		
	Pescado	Observe la tolerancia		
	todo lo que consume la familia			

RECETAS DIVERTIDAS

Sándwich de atún

Ingredientes:

- rodajas de pan integral (o el pan que prefieras)
- 1 taza de atún en lata (escurre el atún)
- 1 rama de apio, picada en cubitos pequeños
- cucharadas de mayonesa
- Sal y pimienta al gusto
- Para decorar el sándwich de atún: maíz tierno y moldes para hacer galletas
- Palitos de mango (opcional)

Preparación:

1. Para hacer el relleno del sándwich de atún, mezcla en un recipiente el atún, el apio, la mayonesa, sal y pimienta. Si quieres, puedes agregar otras verduras como cebolla, tomate, zanahoria o maíz tierno.
2. Corta el pan en forma de pescaditos, de hombrecitos, de estrellitas, de animales, etcétera.
3. Con una cuchara, y con la ayuda de tus hijos, pon la preparación por encima de los panes.

4. Puedes decorar como quieras esto hará que tus hijos se sientan involucrados con su comida, y coman mejor.

Tortilla de espinaca en flor

Ingredientes:

- Una taza de espinacas
- 2 papas medianas
- una taza aceite
- cebolla picada
- 2 huevos
- pimienta roja y pimienta verde
- agua

Preparación de la tortilla en flor

1. Lavar las papas y cocerlas con toda cascara por 5 minutos.
2. En una olla con tres dedos de agua ponerla a hervir e introducir las espinacas por 3 minutos, escurrirlas bien.
3. Pelar las patatas y triturarlas con un tenedor.
4. En un sartén con aceite agregar la patata triturada y cocinarla 4 minutos a fuego medio.
5. Batir los huevos en un recipiente, agregar las espinacas y las papas.
6. Verter la mezcla en el sartén aceitado y cocinar a fuego medio, una vez cuajado dar la vuelta.
7. Dejar enfriar y cortarla en forma de flor.

6.7. Modelo Operativo

Cuadro N.- 49: Modelo Operativo

Fases	Etapas	Metas	Actividades	Presupuesto	Responsables
Planificación	<p>1. Recolectar información sobre los temas planteados.</p> <p>2. Elaboración del material didáctico.</p> <p>3. Socialización de la propuesta a las autoridades del Centro de Salud y de la comunidad.</p> <p>4. Establecer el lugar para impartir las charlas.</p>	<p>Obtener información confiable</p> <p>Disponer del material didáctico necesario.</p> <p>Aceptación y apoyo para la realización de la propuesta.</p> <p>Lugar accesible y cómodo para las madres y sus familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar información bibliográfica y en internet • Clasificar la información • Realizar un bosquejo para el material didáctico. • Elaborar el material. • Reunir a las autoridades y dar a conocer la propuesta. • Enviar solicitudes para acceder al lugar elegido. • Enviar comunicados a través 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de escritorio: 50\$ • Elaboración del material didáctico: 50\$ • Transporte: 20 \$ • Internet: 40\$ • Impresiones: 50\$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Srta. Gladys Supe • Autoridades del Cantón Patate. • Personal que labora en el Centro de Salud.

	5. Convocatoria a las madres y familiares.	Lograr una asistencia masiva.	de las autoridades • Entregar volantes con la invitación a las charlas.		
Ejecución	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinámica de bienvenida. 2. Presentación de la charla sobre lactancia materna y nutrición adecuada. 3. Demostración de la preparación de recetas divertidas. 4. Entregar los trípticos y colocar el material didáctico elaborado en el centro de salud. 	<p>Integración de las personas asistentes.</p> <p>Concientizar a las madres y familiares sobre los temas tratados.</p> <p>Aceptación de la demostración</p> <p>Entrega del material de apoyo a todos los asistentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar una dinámica. • Exponer los temas planteados. • Realizar la demostración propuesta. • Repartir los trípticos a los asistentes y colocar los trípticos en el Centro de Salud. 		
Evaluación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicación de los temas tratados por parte de los asistentes. 2. Preguntas sobre los temas tratados. 	<p>Las madres explican de forma sencilla los temas tratados.</p> <p>Las madres responden las preguntas planteadas sobre los temas expuestos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a las madres que socialicen los temas con las personas que no asistieron. • Elaborar un cuestionario sencillo y claro para los asistentes. 		

Elaborado por: Gladys Supe.

6.8. Administración de la Propuesta

La unidad operativa que administrara la propuesta es la Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, a través de la Coordinadora y las Estudiantes del VI Seminario de Graduación de la Carrera de Enfermería en el Centro de Salud de Patate y la colaboración de las autoridades de los sector beneficiado; para la evaluación se tomará en cuenta la unidad de salud de dicha comunidad perteneciente al Área de Salud N.- 5 del Ministerio de Salud Pública del Cantón Patate, Provincia de Tungurahua, tomando en cuenta al personal que labora en la unidad de salud.

6.9. Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta.

Para el monitoreo y la evaluación se tomara en cuenta lo planteado en el plan operativo, se analizará los resultado obtenidos de esta técnica y se tomará en cuenta las sugerencias obtenidas para modificar o mantener la propuesta planteada.

Cuadro N.- 50: Plan de Monitoreo y Evaluación

1.- ¿Qué Evaluar?	<ul style="list-style-type: none">• Componentes principales de la leche materna.• Ventajas de la lactancia materna.• Elección correcta de los alimentos• Preparación de recetas divertidas.
2.- ¿Por qué Evaluar?	<ul style="list-style-type: none">• Se evaluará para comprobar la eficacia de la propuesta y se obtendrán sugerencias importantes que aportaran al cambio o mantenimiento de la misma.
3.- ¿Para qué Evaluar?	<ul style="list-style-type: none">• Comprobar si los conocimientos impartidos fueron asimilados.• Detectar dudas de los temas tratados.• Identificar puntos importantes de los temas tratados.
4.-Indicadores	<ul style="list-style-type: none">• Número de consejos sobre lactancia materna y nutrición.• Claridad sobre la devolución de conocimientos adquiridos.

5.- ¿Quién Evalúa?	La investigadora: Gladys Supe
6.- ¿Cuándo Evaluar?	Luego de haber impartidos las charlas
7.- ¿Cómo Evaluar?	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica en donde se formulen preguntas sencillas y claras. • Devolución de la preparación de recetas nutritivas.
8.- ¿Fuentes de Información?	<ul style="list-style-type: none"> • Trípticos entregados en las charlas. • Expositora de los temas.
9.- ¿Con qué Evaluar?	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario con preguntas sencillas. • Talleres de devolución de conocimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M. (2008). Lactancia Materna. (3ra. Ed.). España: Elsevier.
- Botero Uribe, J. (2008). Obstetricia y Ginecología. (8a. Ed.). Colombia: Quebecor Wordl.
- Coleman, J. (2008). Adolescencia y Salud, Colombia: Manual Moderno.
- Equipo PAI del MSP y Consultor OPS/OMS, (2008). Normas Técnicas y Procedimientos del PAI, Quito.
- Hinojosa, M. y Dávila, M. (2012). Crecimiento y Desarrollo. Quito- Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública, Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública, PAI. (2010). Manual de Normas Técnico-Administrativa, Métodos y Procedimientos de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica del Programa Ampliado de Inmunizaciones Quito-Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud, UNICEF, (2009). Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra.
- Ruiz M. (2012). Enfermería Pediátrica, España: GRAFOS S.A.
- Salas, K. (2007) Importancia de la comunicación familiar durante la adolescencia, Tesis en Maestría de Psicología Educativa, Universidad Iberoamericana de México, Puebla.
- Tapia, J y Gonzáles, A. (2008). Neonatología. Buenos Aires: Mediterráneo Ltda.

LINKOGRAFÍA

- Adolescencia y Salud (2010, 14 de Diciembre). (Base de Datos UTA). Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_serial&pid=1409-4185&nrm=iso&rep=&lng=es.
- Archivos Argentinos de Pediatría (2013, 16 de Agosto). (Base de Datos UTA). Argentina. Sociedad Argentina de Pediatría. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_serial&pid=0325-0075&nrm=iso&rep=&lng=es
- Baro, C. (2009). Niños con Trastorno del Desarrollo. (en línea). Chicana de la Frontera- Cádiz. Disponible en:
<http://www.csicsif.es/andalucia/modules/modense/revista/pdf/Numero24/CRISTINABARO2.PDF>.
- Cattani, A. (2010). Curso de salud y desarrollo. (en línea). Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones07/m317leccion.html>. (15 de Septiembre 2013)
- Código de la Niñez y Adolescencia, publicado por Ley No. 100. en Registro Oficial 737 de 3 de Enero del 2003, disponible en:
http://www.oei.es/quipu/ecuador/Cod_ninez.pdf, (Noviembre 2012)
- Constitución de la República del Ecuador, consultado en Noviembre del 2012, disponible en: <http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/Constitucion-2008.pdf>
- Cuadernos de Salud Pública. Reportes en Salud Pública. (2013, 16 de Agosto). (Base de Datos UTA). Brasil. Escuela Nacional de Salud Pública, Sergio Arouca, Fundación Oswaldo Cruz. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0102-311X&nrm=iso&rep=&lng=es

- Diario americano de la Educación de la Sexualidad (2012). (Base de Datos UTA). USA. Divulgación BDSM y Gestión Estigma. Disponible en: informaworld <http://www.tandfonline.com/toc/wajs20/7/1#.UhytNhvIbrw>
- http://www.casibien.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=398&Itemid
- <http://elcomercio.pe/mundo/1412850/noticia-embarazos-adolescentes-se-multiplican-america-latina>
- <http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101048417/-1/La%20prevenci%C3%B3n%20y%20el%20control%20en%20la%20adolescencia.html#.UAXilLQVnto>
- http://www.ecured.cu/index.php/Sexualidad_en_la_Adolescencia
- http://es.wikipedia.org/wiki/Desnutrici%C3%B3n_infantil
- http://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia_materna
- <http://espanol.babycenter.com/a900391/c%C3%B3mo-lo-sujeto-posiciones-y-consejos-para-amamantar>.
- Las relaciones entre adolescentes conductas de riesgo sexual y emocional autoeficacia (2013, 21 de junio). (Base de Datos UTA). Carolina del Norte. Routledge Taylor & Francis Group. Disponible en: informaworld <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15546128.2013.790224#.UhyyrBvIbrw>.
- salud.kioskea.net/faq/4270-embarazo-en-la-adolescencia

Anexo N.- 1: Encuestas

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

1.- DATOS INFORMATIVOS:

Dirección:

Edad:

2.- Objetivo: Recolectar información sobre la problemática de madres adolescentes y su incidencia en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.

3.- Cuestionario

1.- ¿Actualmente que estado civil tiene?

- a.- Soltera () b.- Casada ()
c.- Unión Libre ()

2.- ¿Qué grado de escolaridad tiene actualmente?

- a.- Primaria () b.- Secundaria Incompleta ()
c.- Secundaria Completa () d.- Superior ()

3.- ¿A qué edad inicio su vida sexual?

- a.- 10-13 años () b.- 14-16 años ()
c.- 17-19 años ()

4.- Señale su edad al convertirse en madre.

- a.- 10-13 años () b.- 14-16 años ()

c.- 17-19 años ()

5.- ¿Qué tipo de complicaciones tuvo durante el embarazo?

a.- Anemia () b.- I.V.U ()

c.- Sobrepeso () d.- Vaginitis ()

6.- ¿Cuántos controles se realizó durante su embarazo?

a.- 1-3 controles () b.- 4-6 controles ()

c.- 7-9 controles () d.- 10-12 controles ()

7.- ¿Qué tipo de parto tuvo?

a.- Céfalovaginal () b.- Cesárea ()

8.- ¿Su parto en que institución fue atendido?

a.- Clínica Privada () b.- Hospital Público ()

c.- En el Domicilio ()

9.- ¿Su embarazo fue planificado?

a.- Si () b.- No ()

10.- ¿A qué edad gestacional nació su hijo?

a.- Término () b.- Pretérmino ()

c.- Postérmino ()

11.- ¿Su niño presentó alguna complicación neonatal cómo?

a.- Distres respiratorio () b.- Asfixia ()

12.- ¿Con que frecuencia lleva al niño al control médico?

a.- Mensual () b.- Trimestral ()

c.- Semestral () d.- Anual ()

Anexo N.- 2: Encuestas dirigida a la investigadora.

LUEGO DE LA ENTREVISTA A LAS MADRES Y LA VISITA DOMICILIARIA, USTED ESTÁ EN CAPACIDAD DE RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, QUE SERÁN CLAVE PARA DETERMINAR SI HAY ALGÚN TIPO DE RIESGO DE SALUD MENTAL EN LOS NIÑOS EN ESTUDIO

1. Qué tipo de conocimiento a observado usted que tiene la madre adolescente en el cuidado de su hijo.
 - a. Buena
 - b. Mala
 - c. Ninguna

2. Como cree usted que influye las características psicológicas maternas y la salud mental de la madre en el crecimiento del niño.
 - a. Causa ansiedad en el niño
 - b. Afecta la personalidad del niño
 - c. Neurosis e inestabilidad en el niño
 - d. Sentimientos ambivalente
 - e. Trastornos alimentarios

3. Quién se encarga del cuidado del hijo de la madre adolescente.
 - a. Abuela
 - b. Otro pariente
 - c. La madre adolescente

4. Desarrollo emocional. Durante su visita usted observó a que miembro de la familia tiene un apego especial en niño.
 - a. Madre adolescente

- b. Otro pariente
- c. Abuela
- d. A todos

5. Usted pudo verificar si la madre adolescente es quien amamanta a su hijo?

- a. Si
- b.No

La siguiente pregunta se debe contestar siempre que la primera haya sido positiva.

6. Y se podría decir que han creado un vínculo afectivo entre los dos.

- a. Si
- b. No

7. El ambiente donde el niño se está desarrollando: física, psicosocial, emocional, sociocultural, económico crea un efecto positivo y/o negativo en el crecimiento y desarrollo del niño.

- a. Si
- b. No

8. La disminución de las actividades psicomotoras, en el transcurso de la edad de 0 a 30 meses causan:

- a. Disminución a gatear
- b. No le agrada participar en juegos
- c. Muestra apatía a otras personas y/o niños.
- d. No demanda atención de la madre

9. El niño al no haber tenido en afecto por parte de su madre en los primeros años de vida puede causarle disfunciones y discapacidades emocionales.

- a. Si
- b. No

LUEGO DE LA ENTREVISTA A LAS MADRES Y LA VISITA DOMICILIARIA, USTED ESTÁ EN CAPACIDAD DE RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, QUE SERÁN CLAVE PARA DETERMINAR SI HAY ALGÚN TIPO DE RIESGO DE SALUD MENTAL EN LAS MADRES DE LOS NIÑOS EN ESTUDIO

1. Ud. Observó si la madre manifiesto afecto a su hijo?
 - a. Si
 - b. No

2. Entre las preguntas que usted realizó a la madre en la entrevista consta: ¿Está preparada psicológica y emocionalmente para recibir y atender a su hijo?
 - a. Si
 - b. No

3. En la revisión de la Historia Clínica de la Madre encontraron antecedentes que la madre recibió atención psicológica?
 - a. Si
 - b. No

4. Que desarrollo emocional observó Ud. Entre la madre adolescente y el niño?
 - a. Afectivo
 - b. De cuidado
 - c. Ninguno

5. Cómo es el comportamiento de madre hacia el niño?
 - a. Tiene habilidad para resolver problemas
 - b. Tiene control sobre la ira
 - c. Brinda confianza

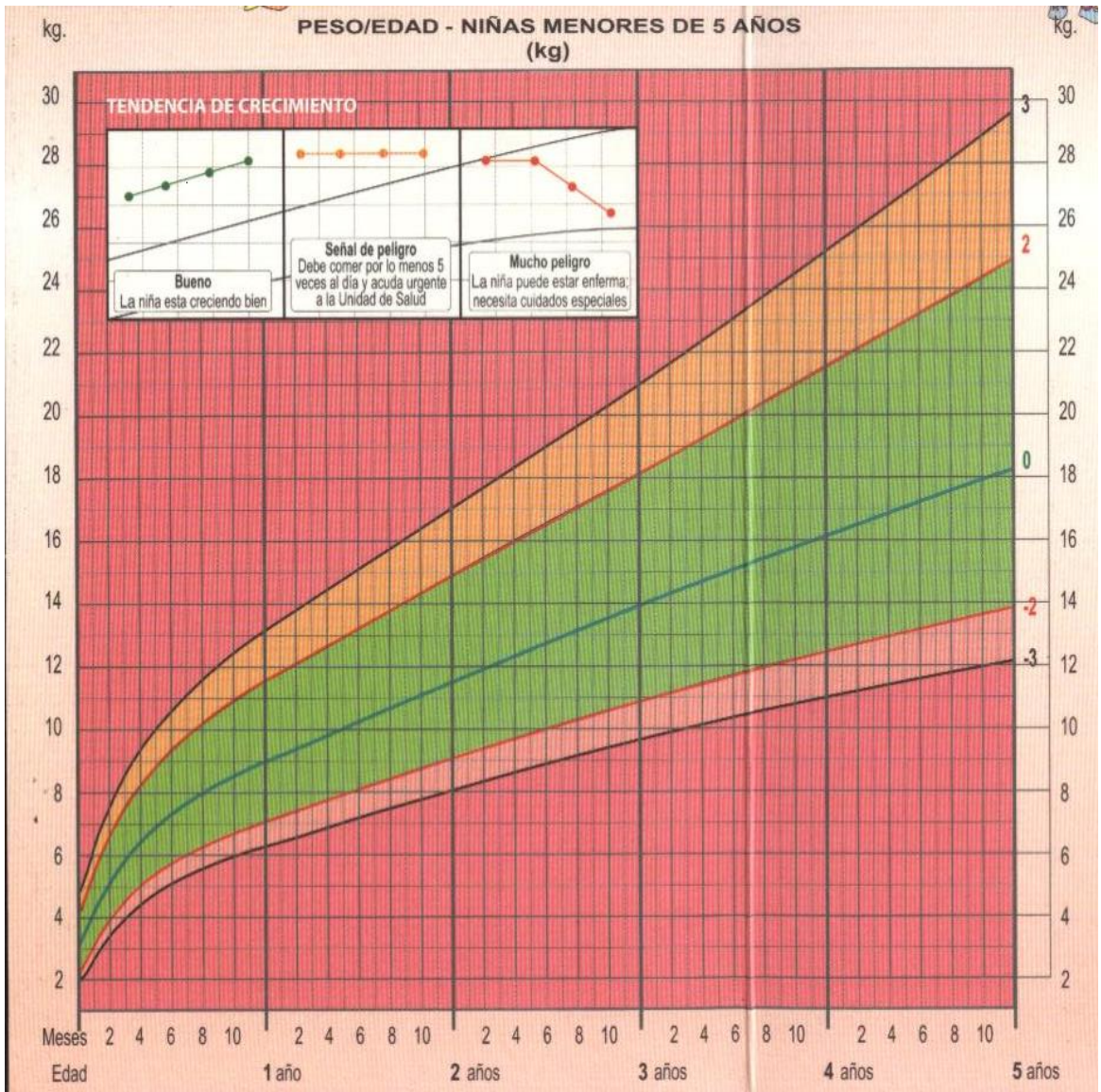
6. La madre adolescente tiene una relación firme con su pareja
 - a. Si
 - b. No

7. Cuál es el ambiente en el que se desenvuelve la vida diaria de la madre adolescente?
 - a. Estable
 - b. Inestable
 - c. De reclamos

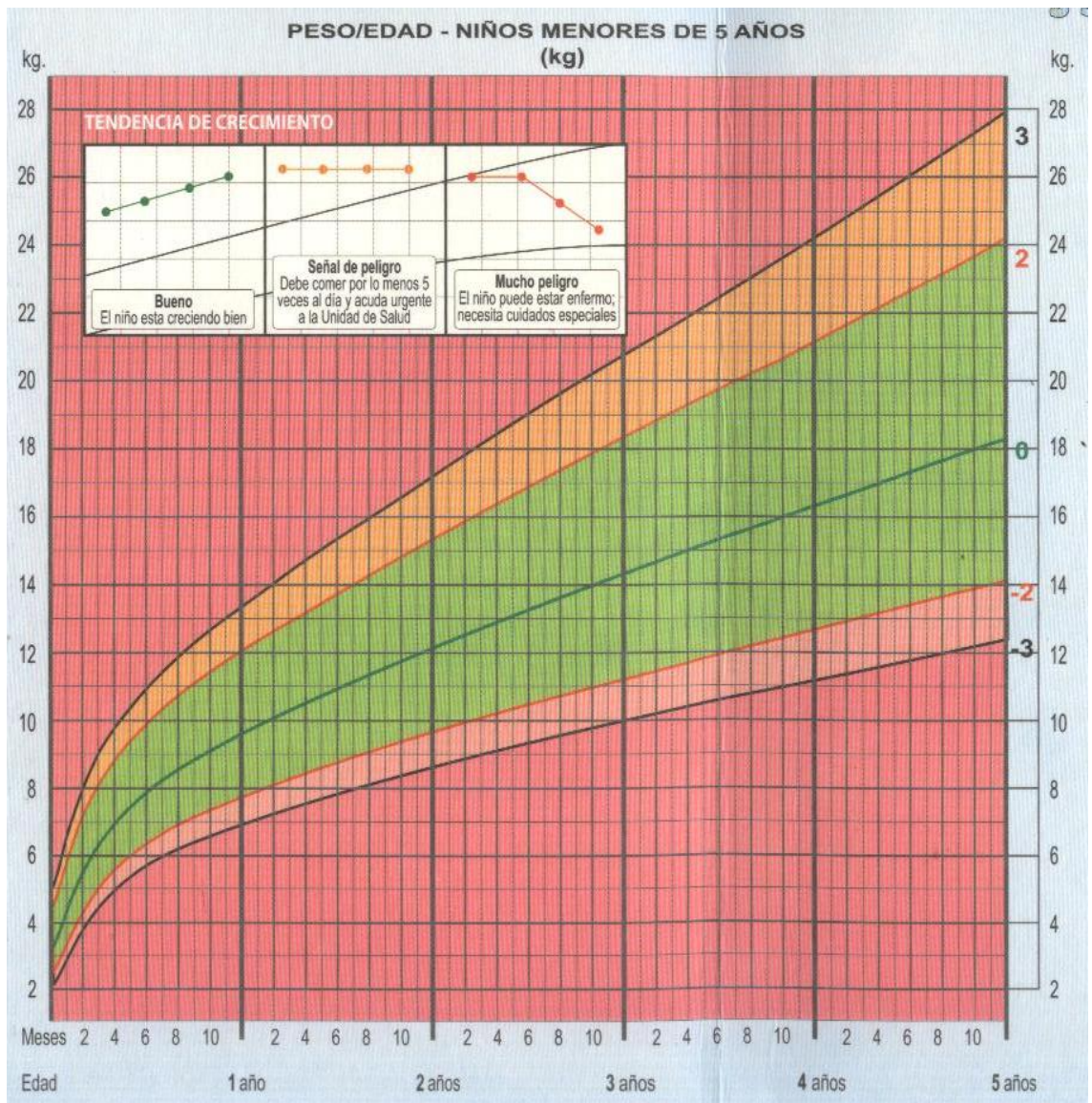
8. La madre adolescente económicamente depende de:
 - a. Autónoma
 - b. De su pareja
 - c. De sus padres

9. La madre adolescente que tipo de educación tiene:
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. analfabeta

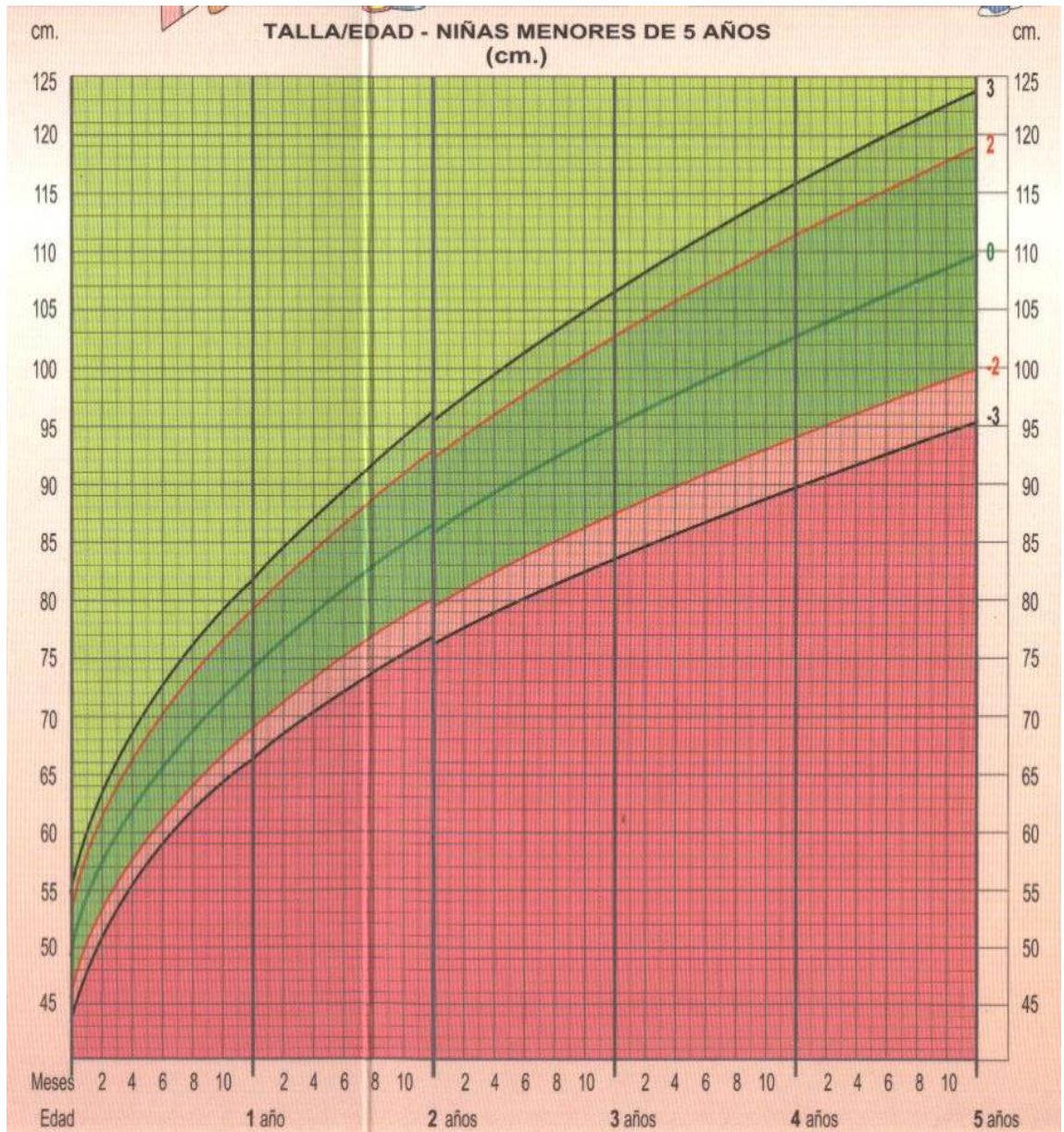
Anexo N.-3: Registro para graficar Peso/Edad de la niña



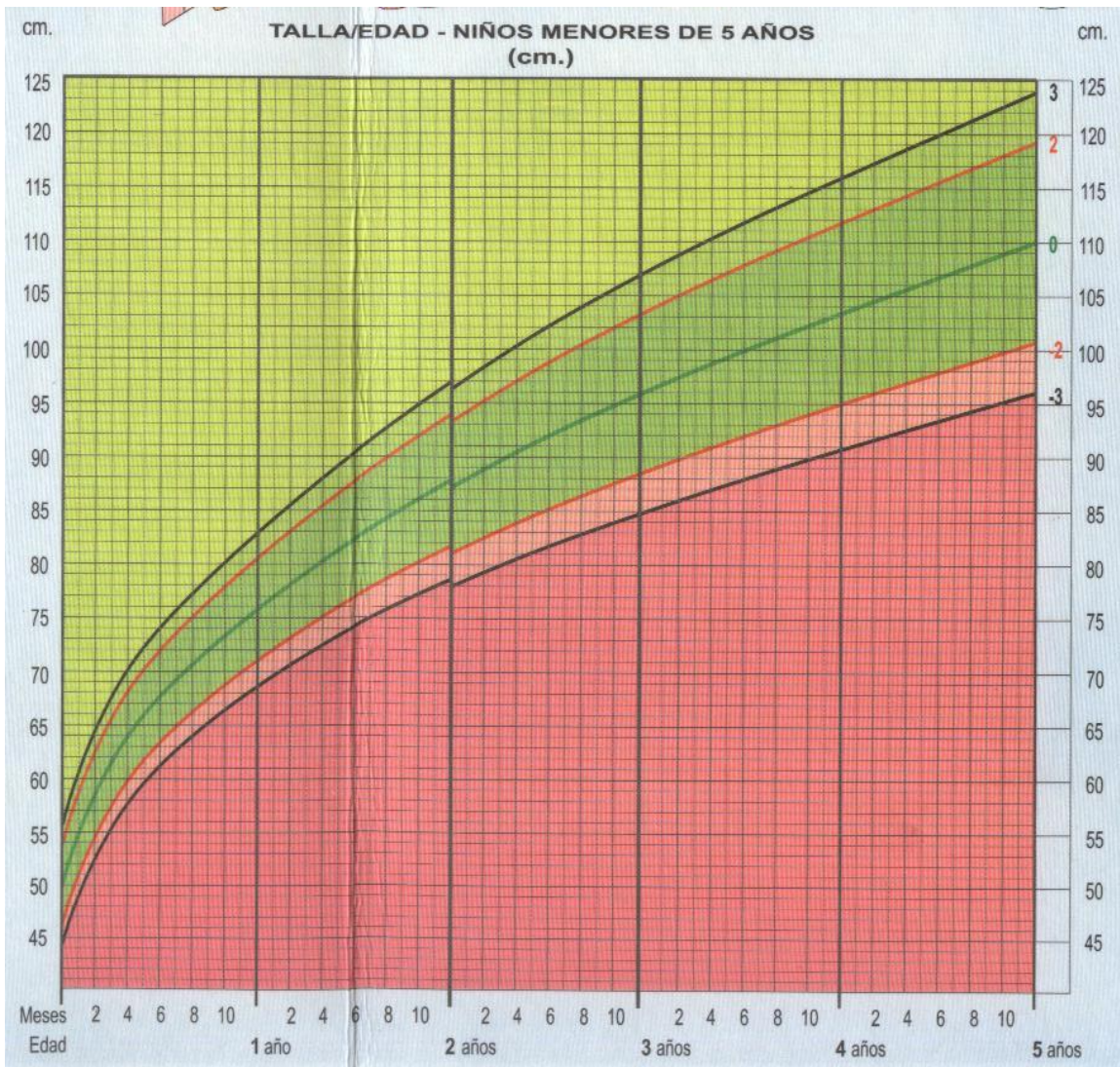
Anexo N.- 4: Registro para graficar Peso/Edad del niño



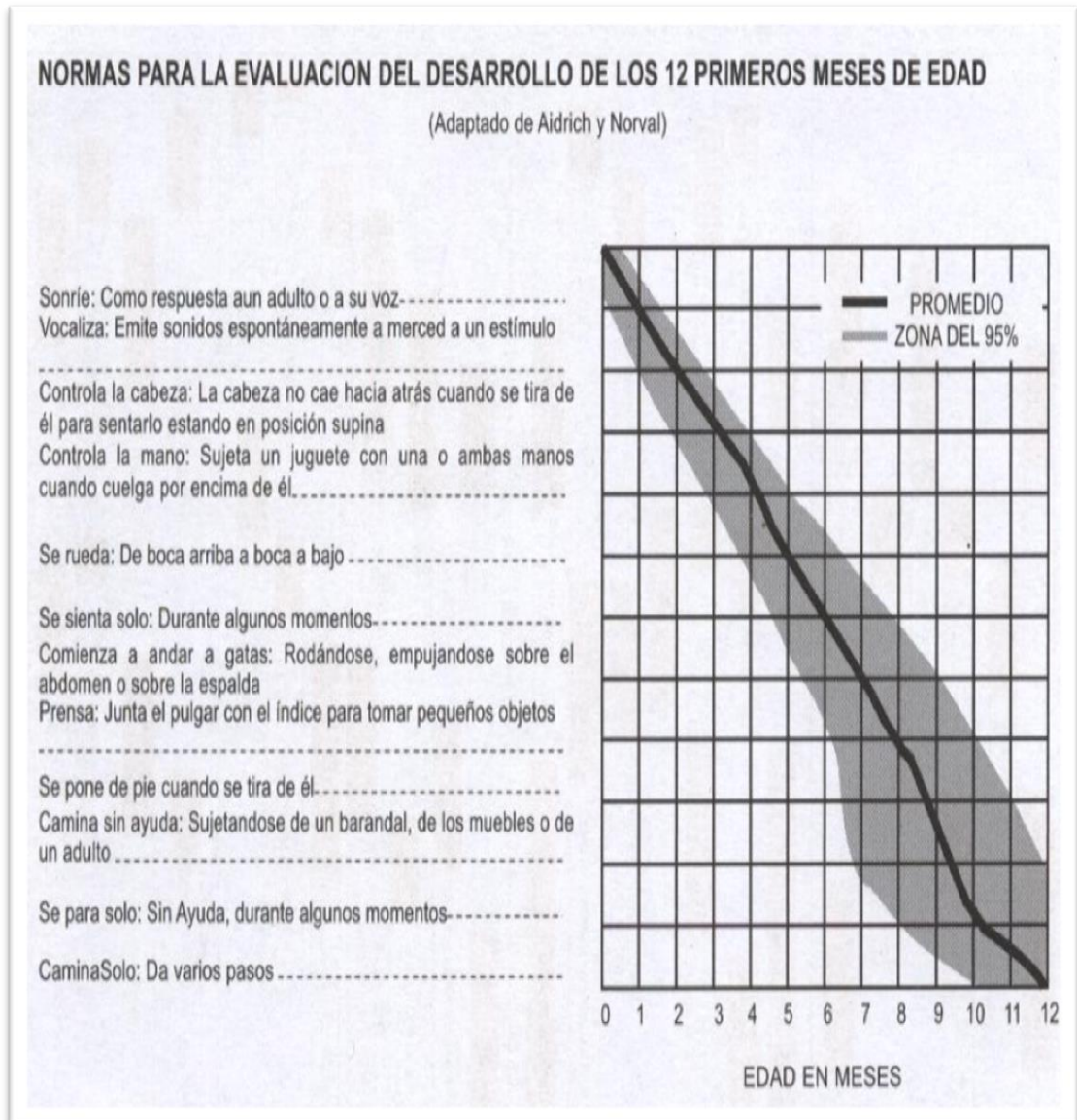
Anexo N.- 5: Registro para graficar Talla/Edad de las niñas



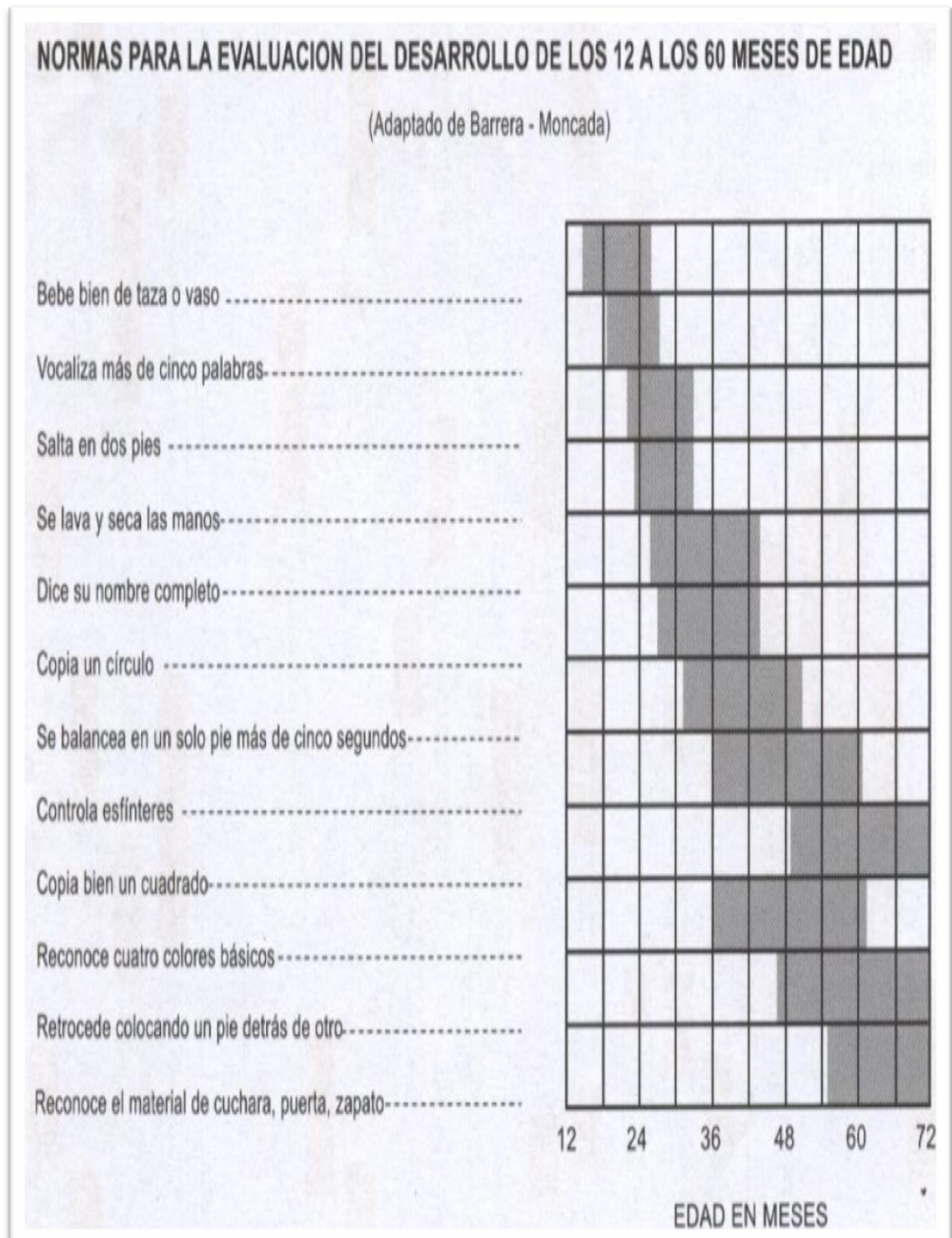
Anexo N.- 6: Registro para graficar Talla/Edad del niño



Anexo N.- 7: Test de Aldrich y Norval



Anexo N.- 8: Test de Barrera-Moncada

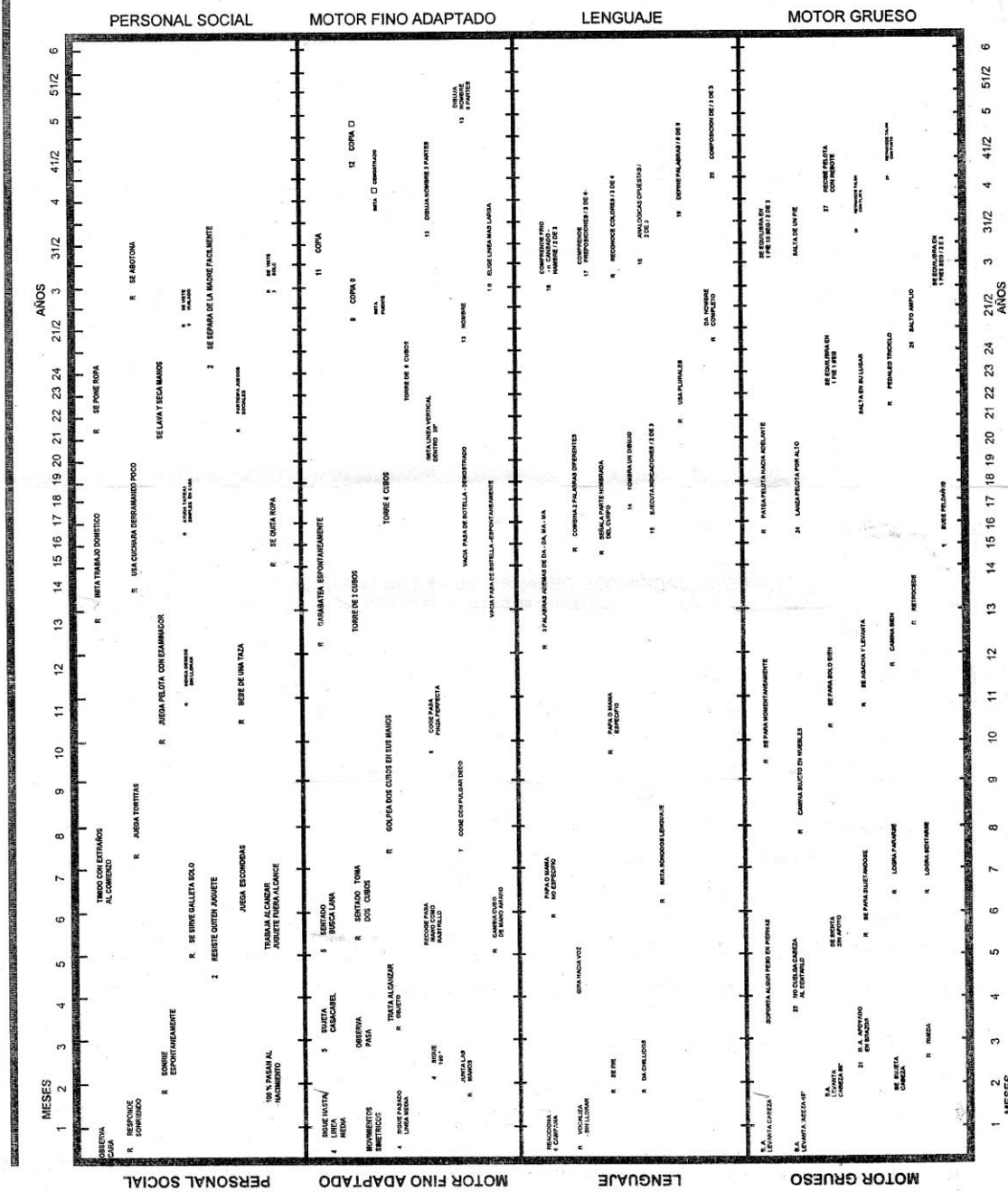


Anexo N.- 9: Test de Denver

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

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

EL "DENVER" EXAMEN DEL DESARROLLO DEL NIÑO



Anexo N.- 10: Triptico sobre Nutrición.

INTRODUCCIÓN DE LOS ALIMENTOS

LACTANTE DE 6 A 9 MESES: Introducir verduras y frutas en papilla.

LACTANTE DE 9 A 11 MESES: trozos de pan, fruta, queso y huevo solo la yema.

NIÑO DE 1 A 2 AÑOS: Misma alimentación que la familia, debe consumir de 5 a 6 comidas al día ofreciéndole refrigerios a media mañana y tarde.

RECETAS DIVERTIDAS

Sándwich de atún

Ingredientes

- rodajas de pan integral (o el pan que prefieras)
- 1 taza de atún en lata (escurre el atún)
- 1 rama de apio, picada en cubitos pequeños
- cucharadas de mayonesa
- Sal y pimienta al gusto
- Para decorar el sándwich de atún: maíz tierno y moldes para hacer galletas

Preparación:

1. Para hacer el relleno del sándwich de atún, mezcla en un recipiente el atún, el apio, la mayonesa, sal y pimienta. Si quieres, puedes agregar otras verduras como cebolla, tomate, zanahoria o maíz tierno.
2. Corta el pan en forma de pescaditos, de hombrecitos, de estrellitas, de animales, etcétera.
3. Con una cuchara, y con la ayuda de tus hijos, pon la preparación por encima de los panes.
4. Puedes decorar como quieras esto hará que tus hijos se sientan involucrados con su comida, y coman mejor.

Tortilla de espinaca en flor

Ingredientes:

- Una taza de espinacas
- 2 papas medianas, una taza aceite,
- cebolla picada, 2 huevos, pimiento rojo, verde y agua.

Preparación de la tortilla en flor

1. Lavar las papas y cocerlas con toda cascara por 5 minutos.
2. En una olla con tres dedos de agua ponerla a hervir e introducir las espinacas por 3 minutos, escurrirlas bien.
3. Pelar las papatas y triturarlas con un tenedor.
4. En un sartén con aceite agregar la patata triturada y cocinarla 4 minutos a fuego medio.
5. Batir los huevos en un recipiente, agregar las espinacas y las papas.
6. Verter la mezcla en el sartén aceitado y cocinar a fuego medio, una vez cuajado dar la vuelta.
7. Dejar enfriar y cortarla en forma de flor.
8. Cortar en pimiento verde con forma de tallo y el pimiento rojo en forma de círculo y colocarlo en el centro de la flor.

Ensaladas de frutas

Ingredientes:

- Manzanas en cuadros.
- Plátano, Mandarinas, Papaya, Melón.
- Yogurt de durazno.

Preparación:

Corta todos los ingredientes en pequeños cuadros y rodajas y ponlos sobre una bandeja lo suficientemente grande. Mezcla cada fruta y acompaña con un chorro de yogurt. Puedes variar las frutas según la estación del año y completar con cereales y miel de abeja.

Postre de avena con fruta

Ingredientes:

- ½ manzana rallada, 1 taza de yogur natural
- 2 cucharadas de avena, 1 cucharada de miel de abeja
- Unas gotas de jugo de limón, Nueces picada

Añadir las gotas de limón a la manzana, mezclar con el resto de los ingredientes y servir.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

NUTRICIÓN ADECUADA
PARA NIÑOS



RESPONSABLE:

GLADYS SUPE

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades del organismo.



Alimentación correcta es aquella que:

- **Es variada:** compuesta por los 5 grupos de alimentos
- **Es suficiente:** porque su cantidad está en relación con el período de la vida, actividad y trabajo que desarrolla el individuo.
- **Está bien distribuida:** se realiza con intervalos variables, no menos de 4 comidas al día.
- **Es higiénica:** porque se realiza siguiendo ciertas reglas que disminuyen el riesgo de transmitir enfermedades infecciosas o tóxicas.



La base de una buena alimentación está asegurada consumiendo diariamente alimentos de los 5 grupos que componen la pirámide alimentaria:

1.- Lácteos: aportan calcio y vitaminas A y D.



2.- Carnes, Legumbres y Huevos: Son fuente de proteínas y hierro.



3.- Frutas y Verduras: Aportan vitaminas (A), minerales y fibra.



4.- Harinas y Cereales: Son fuente de hidratos de carbono que aportan energía para el crecimiento y la actividad física.



5.- Grasas y Azúcares: Aportan energía, vitamina E, vitamina A y colesterol. Pero se deben limitar.



Anexo .-11: Triptico de Lactancia Materna.

Ventajas para la familia.

- Disminuye el riesgo de enfermedad de los niños.
- Se ahorra dinero.
- Integra a la familia, promueve el amor.

Ventajas para el país.

- Disminuye los gastos en salud.
- Contribuyen a que el país tengan niños más sanos e inteligentes.



Posturas para dar de Lactar.

Agarre de Cuna: coloque la cabecita del bebé en el hueco de tu brazo. Siéntate en una silla que tenga unos brazos bien firmes o en una cama con muchas almohadas. Reposa tus pies en un taburete.



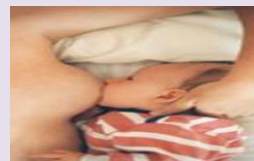
Agarre Cruzado: difiere del anterior los brazos intercambian sus papeles. Gira un poco su cuerpo para que su pecho y pancita queden directamente frente a ti.



Agarre de fútbol americano: colocas al bebe bajo tu brazo (en el mismo lado en que le estás dando el pecho) con la mano, sujeta los hombros, cuello y cabeza de tu bebé.



Agarre en Posición Reclinada: Coloca varias almohadas detrás de ti, tu espalda y caderas forma una línea recta. Ponte al bebé justo enfrente de ti, acércatelo y reposa su cabecita sobre la mano de tu brazo inferior.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA



RESPONSABLE:

GLADYS SUPE

LACTANCIA MATERNA

Alimentación con leche del seno materno, lo cual permite que la madre transmita sus mecanismos de defensa al R.N. y logra fortalecer el vínculo madre-hijo. Se recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

TIPOS DE LECHE MATERNA.

Calostro: Se produce en los 3 a 4 días después del parto. El calostro tiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas A, E, K, colesterol y algunos minerales (sodio, hierro, zinc, azufre, potasio, manganeso, selenio), una alta cantidad de factores de defensa.



Leche Madura: Es la leche propiamente dicha. Los principales componentes de la leche materna son: proteínas, agua, lactosa, grasa, minerales (calcio, fósforo, hierro, potasio, zinc, flúor y magnesio), vitaminas(A, K, E, D, B, C) y factores de crecimiento.



Componentes de la Leche Materna

Agua: contiene 88% de agua. Por lo cual durante los 6 primeros meses los bebés no necesitan beber agua adicional.

Proteínas: constituye el 0.9%, aporta aminoácidos, fósforo y calcio al bebé, además favorece la absorción del hierro.

Grasa: contiene de 3 a 5%, es fuente de ácidos grasos esenciales.

Carbohidratos: aporte de energía, necesaria para el crecimiento y desarrollo del recién nacido. Es fundamental para la absorción del calcio, del hierro, magnesio y otros elementos.

Minerales: contiene todos los minerales que él bebé necesita, promueve el buen funcionamiento renal.

Hierro: Los bebés amantados con leche materna durante los 6 primeros meses, las probabilidades de tener anemia son bajas.



Vitaminas: Las vitaminas presentes en la leche materna cubren las necesidades del bebé.

Zinc: Es esencial para el crecimiento, la inmunidad celular y para la formación de enzimas.

Hormonas: Protegen a las células intestinales del bebé y estimula la formación de glóbulos rojos.

Factores de Crecimiento: Estimula el crecimiento y maduración de ciertos órganos.

Ventajas para el niño.

- Le protege contra infecciones y enfermedades
- Garantiza el crecimiento, desarrollo del niño.
- Fortalece el vínculo afectivo madre-hijo.
- Protege al niño de alergias y desnutrición.
- Es higiénica no contiene gérmenes.
- Está a la temperatura perfecta.

Ventajas para la mujer.

- Disminuye la hemorragia posparto, la anemia.
- Disminuye el riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.
- Ayuda a perder peso.
- La lactancia incrementa el amor entre la madre, el hijo y la familia.



Anexo N.-12 : Ingreso al Centro de Salud



CENTRO DE SALUD PATATE

iblica

La Salud ya es de Todos!



Anexo N.-13: Recolectando Información de Historias Clínicas



Anexo N.-14: Pesando y Tallando a los niños



Anexo N.-15: Servicios del Centro de Salud

