



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

VI SEMINARIO DE GRADUACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE ARTEZÓN DEL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO – 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012.

Previo a optar por el título de Licenciada. en Enfermería

AUTORA: Masabanda Parra, Blanca Beatriz.

TUTORA: Lic. Landázuri Troya, Teresa de Jesús.

Ambato – Ecuador

Junio, 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE ARTEZÓN DEL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO – 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”, de Blanca Beatriz Masabanda Parra estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo 2013

LA TUTORA

Lic. Teresa Landázuri.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE ARTEZÓN DEL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO – 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, Mayo 2013

LA AUTORA

Blanca Beatriz Masabanda Parra.

DERECHOS DEL AUTOR

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

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

Ambato, Mayo 2013

LA AUTORA

Blanca Beatriz Masabanda Parra.

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros de Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE ARTEZÓN DEL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO – 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”**, de Blanca Beatriz Masabanda Parra, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Junio del 2013

Para constancia firman.

PRESIDENTA

1^{er} VOCAL

2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo de Investigación está dedicado especialmente a Dios por que él ha sido el que ha puesto fuerzas y sabiduría en mi vida en segundo lugar a mis padres por que han sido un pilar muy fuerte para poder cumplir mis sueños

Además a toda mi familia, amigo y todas las personas que me han brindado apoyo incondicional y que siempre han puesto un granito de arena para que todos mis sueños se puedan hacer realidad.

Blanca Beatriz Masabanda Parra.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mis sinceros agradecimientos a la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería por haberme brindado la oportunidad de prepararme profesionalmente y personalmente.

Y de manera especial mi agradecimiento a la Lic. Teresa Landázuri que con sus conocimientos y paciencia ha sabido guiar la presente investigación para que se cumplan todas las metas propuestas.

Blanca Beatriz Masabanda Parra.

INDICE GENERAL

Portada	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DEL AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
INDICE GENERAL	viii
INDICE DE TABLAS	xiii
INDICE DE GRÁFICOS	xv
RESUMEN EJECUTIVO	xvii
EXECUTIVE SUMMARY	xix
INTRODUCCIÓN	1

CAPITULO I EL PROBLEMA

1.1 Tema.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 Contextualización.....	2
1.2.2 Análisis crítico.....	6
1.2.3 Prognosis	7
1.2.4 Formulación del problema.....	7
1.2.5 Preguntas directrices.....	8
1.2.6 Delimitación del problema	8
1.3 Justificación	9
1.4 Objetivos	10
1.4.1 Objetivo General:	10
1.4.2 Objetivo Específico	10

CAPITULO II
MARCO TEÒRICO

2.1. Antecedentes investigativos	12
2.2 Fundamentación filosófica	14
2.3 Fundamentación Legal	14
2.3.1 Fundamentación psicológica	16
2.4. Categorías fundamentales	17
VARIABLE INDEPENDIENTE	18
VARIABLE DEPENDIENTE	19
2.4.1.- LA ADOLESCENCIA.....	20
2.4.1.1.- Etapas de la adolescencia	20
2.4.1.2.- Cambios biofisiológicos	22
2.4.1.3 Características Sexuales.....	23
2.4.1.4.- Desarrollo Psicosexual	24
2.4.1.5.- Cambio moral	24
2.4.1.6.- Desarrollo social	25
2.4.2. RELACIONES SEXUALES TEMPRANAS.....	26
2.4.2.1.- Factores Condicionales:.....	27
2.4.3 Factores predisponentes:	27
2.4.4 Impacto del Embarazo precoz	28
2.4.5 Comportamiento frente a la maternidad	30
2.4.5.1 Madres adolescentes	32
2.4.6 Actitud hacia la maternidad.....	33
2.4.6.1 Cómo es la vida de la madre adolescente.	34
2.5. Crecimiento y Desarrollo del Niño	35
2.5.1 Concepto del Crecimiento del Niño	35
2.5.1.1 Medidas antropométricas	35
2.5.1.3 Talla	37
2.5.1.4 Perímetro Cefálico/edad (PC/E).	38
2.5.1.5 Índice de masa corporal	40
2.5.2 Concepto de desarrollo del niño.....	42

2.5.2.1 Evaluación del desarrollo.....	47
2.5.2.1.1 Test de Denver	49
2.5.2.2 Alteraciones en el crecimiento.....	51
2.5.2.3 Alteraciones del Desarrollo.	51
2.5.3. Salud Infantil	52
2.5.3.1 Lactancia Materna.....	53
2.5.3.1.1 Componentes de la leche materna	54
2.5.3.1.2 Importante saber que:.....	56
2.5.3.1.3 Beneficios para la madre.....	56
2.5.3.2 Alimentación Complementaria	56
2.5.3.4 Programa Ampliado de Inmunizaciones (MSP).....	57
2.5.3.5 SISVAN (Sistema de vigilancia alimentario nutricional).....	59
2.5.3.6 P. I. M. (Programa integrado de micronutrientes)	59
2.5.3.7 (PEAN) Programa de educación alimentaria nutricional (PEAN)	60
2.5.4 Salud Pública	60
2.5.4.1 El papel de la Enfermera en Salud Materno Infantil.	60
2.5.4.2 Actividades de la Enfermera en Salud Materno Infantil.....	62
2.5.4.3 Control de Niño Sano (MSP, Normas de atención a la Niñez, 2009)62	
2.6 La hipótesis	63
2.7 Señalamiento de las variables	63

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Enfoque	64
3.2 Modalidad Básica de la Investigación	64
3.3. Nivel o tipo de Investigación	65
3.4 Población y Muestra.....	65
3.4.1. Población	65
3.4.2 Muestra	65
3.5 Operacionalización de las Variables	66
3.5.1 Variable Independiente: Madres Adolescentes.	66

3.5.2 Variable Dependiente: Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad	67
3.6. Técnicas e Instrumentos	68
3.7. Plan de recolección de Información	68
3.8. Plan de Procesamiento de Información e Interpretación de Resultados	68

CAPITULO IV ANALISIS DE RESULTADOS

Características Sociodemograficas de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezòn	69
Características Sociodemográficas de los niños. Análisis de registros diarios de las historias clínicas y aplicación de la ficha de observación a todos los niños menores de 2 años 6 meses que acuden al Puesto de Salud.....	84
Comprobación de la hipótesis	96

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones	97
Recomendaciones:	98

CAPITULO VI PROPUESTA

6.- Tema	100
6.1. Datos Informativos.....	100
6.1.1. Institución Ejecutora	100
6.1.2. Institución Beneficiaria	100
6.1.3. Ubicación	100
6.1.4. Tiempo estimado para la ejecución.....	100
6.1.5 Equipo técnico responsable.....	100

6.1.6 Costo	101
Tabla 29: Costo	101
6.2 Antecedentes de la Propuesta	101
6.3 Justificación	102
6.4 OBJETIVOS	103
6.4.1. Objetivo General.	103
6.4.2. Objetivos Específicos.	104
6.5 Análisis de Factibilidad.....	104
6.5.1 Económica Financiera	104
6.5.2 Legal	104
6.5.3. Organizacional	106
6.5.3.1 Misión	106
6.5.3.2. Visión.....	106
6.6 Fundamentación Científico Técnico	106
6.6.1 Evaluación del Desarrollo.....	106
6.6.2.- Alimentación en los tres primeros años de vida.....	116
6.6.3 Higiene personal	121
6.7 Plan de modelo Operativo	126
6.8 Administración de la Propuesta	128
6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta	128
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	130
ANEXOS	133

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Áreas del Desarrollo	44
Tabla 2: Programa Ampliado de Inmunizaciones	58
Tabla 3: Variable Independiente: Madres Adolescentes.....	66
Tabla 4: Variable Dependiente: Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad	67
Tabla 5: Incidencia de madres adolescentes por grupo etario que acuden al puesto de salud de Artezón.	69
Tabla 6: Características Socio demográficas, estado civil de las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Artezón.	71
Tabla 7: Características Socio demográficas, ocupación de las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Artesón.....	72
Tabla 8: Características Socio demográficas, Nivel Educativo de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.	73
Tabla 9: Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón, iniciaron la menarquía.	74
Tabla 10: Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón iniciaron las relaciones sexuales.	75
Tabla 11: Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón mantienen una vida sexual activa.	76
Tabla 12: Edad gestacional y controles prenatales que se realizaron las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.	77
Tabla 13: Número de ecos realizados en la etapa gestacional de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.	79
Tabla 14: Complicaciones en el embarazo de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.....	80
Tabla 15: Edad gestacional al momento del parto de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón	81
Tabla 16: Tipo de parto de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de Artezón.	82
Tabla 17: Lugar o institución en la que fue atendida al momento del parto las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Artezón.....	83
Tabla 18: Valoración del APGAR de los niños hijos de las madres adolescentes q acuden al puesto de salud de Artezón	84
Tabla 19: Características sociodemográficas edad de las hijas de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.	85
Tabla 20: Características sociodemográficas edad de los hijos de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.	86
Tabla 21: Características nutricionales de los niños hijos de las madres adolescentes que son atendidos en el puesto de salud de Artezón.	87

Tabla 22: Características post natales de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón.....	89
Tabla 23: Características post natales como enfermedades prevalentes de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón	90
Tabla 24: Resultados de la guía de observación según el peso/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón.....	91
Tabla 25: Resultados de la guía de observación según la talla/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón.....	92
Tabla 26: Resultados de la guía de observación según el PC/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón.....	93
Tabla 27: Test que se aplica a los hijos de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.	94
Tabla 28: Características post natales de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón y reciben el esquema de vacunación.	95
Tabla 29: Costo	101
Tabla 30: Condición de desarrollo niño de 2 meses a 2 años	107
Tabla 31: Vigilancia del desarrollo en niños (Menor de un mes).....	108
Tabla 32 : Vigilancia del desarrollo en niños menores de dos meses.....	109
Tabla 33: Áreas del Desarrollo	110
Tabla 34 Modelo Operativo	126
Tabla 35: Cronograma de Plan Operativo.....	129

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Red de inclusiones conceptuales	17
Gráfico 2: Constelación de ideas	18
Gráfico 3: Constelación de ideas	19
Gráfico 5: Graficar la talla	38
Gráfico 6: Graficar el Perímetro cefálico.....	39
Gráfico 7: Cómo graficar el IMC.....	41
Gráfico 8: Normas para la Evaluación del Desarrollo de los 12 Primeros meses de edad	48
Gráfico 9: Normas para la evaluación del desarrollo de los 12 a los 60 meses de edad	48
Gráfico 10: Test de Denver	50
Gráfico 11: Incidencia de madres adolescentes por grupo etario del puesto de salud de Artezón.....	69
Gráfico 12: Características Socio demográficas, estado civil de las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Artezón.	71
Gráfico 13: Características Socio demográficas, ocupación de las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Artezón.	72
Gráfico 14: Características Socio demográficas, nivel educativo de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.	73
Gráfico 15: Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón, iniciaron la menarquía.....	74
Gráfico 16: Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón iniciaron las relaciones sexuales.	75
Gráfico 17: Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón mantienen una vida sexual activa.....	76
Gráfico 18: Edad gestacional y controles prenatales que se realizaron las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.	77
Gráfico 19: Número de ecos realizados en la etapa gestacional de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.	79
Gráfico 20: Complicaciones en el embarazo de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón	80

Gráfico 21: Edad gestacional al momento del parto de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón	81
Gráfico 22: Tipo de parto de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de Artezón.....	82
Gráfico 23: Lugar o institución en la que fue atendida al momento del parto las madres adolescentes que acuden al centro de salud de Artezón.	83
Gráfico 24: Valoración del APGAR de los niños hijos de las madres adolescentes que acude al Puesto de Salud de Artezón.....	84
Gráfico 25: Características sociodemográficas edad de las hijas de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.	85
Gráfico 26: Características sociodemográficas edad de los hijos de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.	86
Gráfico 27: Características nutricionales de los niños hijos de las madres adolescentes que son atendidos en el puesto de salud de Artezón.....	87
Gráfico 28: Características post natales de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón.	89
Gráfico 29: Características post natales como enfermedades prevalentes de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón.	90
Gráfico 30: Resultados de la guía de observación según el peso/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón.....	91
Gráfico 31: Resultados de la guía de observación según la talla/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón.....	92
Gráfico 32: Estudio según el PC/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón.....	93
Gráfico 33: Test aplicado a los hijos de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.	94
Gráfico 34 Características post natales de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón y reciben el esquema de vacunación	95
Gráfico 35: Evaluación del desarrollo	113
Gráfico 36: Normas para la Evaluación del Desarrollo de los 12 Primeros meses de edad	115
Gráfico 37: Normas para la evaluación del desarrollo de los 12 a los 60 meses de edad	115

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: “MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE ARTEZÓN DEL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO – 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”

Autor: Masabanda Parra, Blanca Beatriz

Tutor: Lic. Landázuri Troya, Teresa de Jesús.

Fecha: Mayo, 2013

El objetivo de esta investigación es establecer la relación que existe entre ser hijo de una adolescente, y las alteraciones que se presentan en los niños menores de 2 años 6 meses de edad, Se utilizó una metodología investigativa de campo y bibliográfica, para esto se ha realizado una recolección de información de las historias clínicas, entrevistas aplicadas a las madres adolescentes y las fichas de observación que se enfocan el crecimiento y desarrollo del niño.

Se cree que estos factores son atribuibles a posibles alteraciones como son, la edad al ser madres, el inicio precoz de las relaciones sexuales, la falta de escolaridad y la menarquia precoz, serían las causas mas frecuentes para una maternidad en la adolescencia, añadiendo a esto todos los datos recolectados de los niños menores de 2 años 6 meses hijos de las adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezòn. Enfocando un interés especial el crecimiento y desarrollo del niño de acuerdo a la edad.

Esta investigación está enmarcada en el paradigma crítico propositivo pretendiendo así detectar el problema y buscar una solución para el mismo interactuando puesto de salud y comunidad.

Tomando en cuenta que tenemos como resultado la ausencia de alteraciones en los niños hijos de las madres adolescentes.

PALABRAS CLAVES: MADRES_ADOLESCENTES, CRECIMIENTO, DESARROLLO, SEXUALIDAD_PRECOZ.

AMBATO TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING CARRER

TOPIC: "TEENAGE MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS OLD IN THE STATION AREA HEALTH ISSUE 5 ARTEZON MINISTRY OF PUBLIC HEALTH PELILEO CANTON, PROVINCE OF TUNGURAHUA IN THE PERIOD JUNE 23 to NOVEMBER 23, 2012 "

Author: Masabanda Parra, Blanca Beatriz

Tutor: Lic. Landázuri Troya, Teresa de Jesús.

Date: Junio, 2013

This research aims to establish the relationship between being the son of a teenage girl, and the alterations that occur in children under 2 years 6 months old, for this has been a collection of information from the medical records, thus also specifies interviews applied to adolescent mothers and the observation sheets that focus on the growth and development of the child.

For this was collected a series of information believed are attributable to the alterations that occur in children as they are, the age to be mothers early sex onset, the lack of schooling and early menarche, would be cause for a maternity in adolescence, adding to this all data collected from children under 2 years 6 months children of teenage girls who come to the health post of Artezón.

Focusing on a special interest the growth and development of the child according to age.

This research is framed in the purposeful pretending so critical paradigm detect the problem and find a solution for the same interacting since health and community.

KEY WORDS: MADRES_ADOLESCENTES, GROWTH, DEVELOPMENT, SEXUALIDAD_PRECOZ.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa fundamental dentro del proceso de construcción de la personalidad y el tránsito hacia la edad adulta. Una visión simplista puede reducir ese proceso a un plano puramente biológico: la aparición de caracteres sexuales primarios y secundarios. Pero, en realidad, es mucho más compleja la experiencia en pos de la identidad de hombres y mujeres. Porque en él intervienen las personas, con toda su complejidad, y entran en juego los sistemas de relaciones y modelos sociales y culturales.

La etapa más conflictiva en la experiencia de padre e hijos suele ser la adolescencia. Por ello, tanto para unos y otros, es indispensable conocer mejor, en sus diversas dimensiones, las características y naturaleza del proceso en esta etapa vital.

La principal causa del embarazo en la adolescencia es la falta de conciencia y/o de responsabilidad. Si bien es cierto que el uso de anticonceptivos disminuye la probabilidad de embarazo, no la anula, y mucho menos que sea la solución al problema. La respuesta está en la educación; enseñarles a los adolescentes a usar anticonceptivos no es educarlos.

Se plantea el Plan de capacitación a las madres adolescentes sobre la importancia de mantener una buena alimentación e higiene adecuada en los niños hijos de las madres adolescentes, con el fin de detectar a tiempo posibles complicaciones además una capacitación para el personal de salud en cuanto a la aplicación mensual del test de Denver.

Las necesidades de nutrientes de un niño van de acuerdo con estos cambios en proporciones de crecimiento, lo cual quiere decir que un bebé necesita más calorías. Generalmente, un niño sano seguirá una curva de crecimiento individual, aunque la ingesta de nutrientes puede ser diferente para cada niño.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema.

MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE ARTEZÓN DEL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CANTON PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERIODO 23 DE JUNIO – 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.2.1 Contextualización

Macro

Dado que el embarazo en la adolescencia es una situación condicionante de alto riesgo obstétrico y perinatal que involucra factores sociales, psicológicos, familiares y en sí el desarrollo pleno del adolescente, en donde en la mayoría de los casos se trunca o se retrasa la preparación intelectual.

Este tema de madres adolescentes es preocupante puesto que las cifras en lugar de disminuir han aumentado y trae consecuencias desfavorables tanto para la madre, como para el niño y la sociedad, que conlleva a un aumento de la morbilidad y mortalidad materna y fetal; además el embarazo adolescente supone un riesgo nutricional.

Los datos de la Organización **Mundial** de la Salud (OMS) indican que alrededor de 14 millones de niñas y adolescentes dan a luz cada año a nivel mundial, esta situación de acuerdo a lo indicado por los especialistas, ocasiona impactos de gravedad sobre la salud física, social y sobre todo emocional de las jóvenes adolescentes.

Según Galimberti, “Además la OMS subraya que los hijos de las madres adolescentes corren un alto riesgo de sufrimiento, prematuridad, bajo peso al nacer y otras complicaciones derivadas de la inmadurez biológica de las niñas y jóvenes que se convierten en madres. Básicamente, porque a menor edad de la madre hay más riesgo de situaciones de negligencia (accidentes, descuidos) por falta de madurez e ignorancia de los cuidados necesarios de un recién nacido”.

Se puede decir que la maternidad adolescente tiene una estrecha relación con el avance hacia los objetivos del Milenio. En primer lugar, porque se da con mayor frecuencia entre las jóvenes de familias pobres, tiende a reproducir la pobreza y la falta de oportunidades de una generación a la siguiente y junto con ello, las probabilidades de desnutrición infantil. En segundo lugar, porque implica mayores probabilidades de mortalidad y morbilidad infantiles, así como de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres. En tercer lugar, porque se vincula a la deserción educativa temprana de las jóvenes adolescentes.

Meso

En el **Ecuador** el promedio nacional es de 67 mujeres que mueren por cada 100.000 nacidos vivos cifras mayores en el área rural, mujeres pobres y con menor acceso a educación 77,9% de las muertes maternas se dieron por causas obstétricas directas. En el año 2011 el 20% fue de adolescentes menores de edad niñas de 10-14 años que tuvieron alrededor de 1.100 hijos por lo cual se considera que la adolescente está condenada a no salir de la pobreza, además informo de 149 muertes maternas registradas: 3 son niñas de 10 a 14 años, 27 fueron adolescentes de 15 a 19 años.

Según SOLEDAD LEZCANO Silvina Amalia, VALLEJOS ARCE María Selva (2009, Pág. 6-8) “De cada 10 niños que nacen en Ecuador, uno es hijo de una adolescente de los nacidos de bajo peso, 31,25% fueron de madres de menos de 15 años y un 19,5% de madres de 15 a 19 años; de los que se deprimieron al primer minuto el 17,8% fueron hijos de madres de menos de 15 años y el 11% de madres de 15 a 19 años; y de los partos por cesárea el 27% fueron en chicas de 10 a 14 años y el 20,8% de 15 a 19 años. Se observó que el mayor porcentaje de recién nacidos con bajo peso, depresión al minuto y terminación por cesárea se encuentra en las madres adolescentes comprendidas en edades de entre 10 a 14 años”.

Micro

Los embarazos en las adolescentes, especialmente en **Tungurahua**, permanecen en un ocho por ciento de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de Salud.

Los cuales tienen altos riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el bebé que debería ser un niño que venga al mundo con la finalidad de luchar contra la pobreza y disminuir el índice de enfermedades materno infantiles pero en el caso de las adolescentes tenemos un alto riesgo de muerte infantil, Desnutrición por bajo peso al nacer, retardo en el desarrollo físico y mental.

Según datos estadísticos de la Dirección de Salud de Tungurahua se puede decir que la muerte de madres adolescentes es muy alta ya que tenemos 12 muertes maternas con 10 nacidos vivos. Haciendo una comparación con madres no adolescentes tenemos 3580 madres y niños con 36 nacidos y 5 madres muertas siendo el 1% el problema

Según Diario la Hora “la madre no tiene conocimientos para criar y educar a su hijo por lo cual el niño sufre un maltrato físico ya sea por su madre o por las

personas que se quedan a su cuidado, incrementando los problemas de salud tanto física como mental para el niño.

El cantón **Pelileo** se encuentra en la provincia de Tungurahua, está ubicada en el área de salud numero 5 siendo una área rural poco alejada de la ciudad por que no se encuentra medios de transporte para el ingreso.

En el cantón Pelileo existe un índice alto de adolescentes embarazadas, en su mayoría no acude a los servicios de salud por desconocimiento o por despreocupación. Además se encuentra a los alrededores de Pelileo puestos de salud entre ellos el de Artezón que cuenta con una población no muy extensa en la cual las adolescentes tiene un alto índice de embarazos no deseados relacionando que de un total de 60 adolescentes tenemos 10 madres siendo el 16.6% que son cifras demasiado altas causando un problema serio en la comunidad, añadiendo que esto se puede dar por desconocimiento y falta de comunicación familiar tomando en cuenta que todos los embarazos no terminan en parto.

Este puesto de salud además carece del personal necesario para una atención de calidad lo cual podría ser un factor agravante para la comunidad al no contar con suficiente personal como obstetra, psicóloga que es algo fundamental para la atención.

Podemos mencionar que la poca responsabilidad que tiene cada adolescente en mantener relaciones sexuales, y las consecuencias que esto les conlleva no saben cómo afrontar y necesitan atención integral.

Acotando a esto podríamos decir que esta situación aumenta por que el gobierno ayuda económicamente aparte de brindar una atención especial paga por cada parto y los controles mensuales lo cual causa un conformismo empujando a llevar un nivel de vida bajo.

1.2.2 Análisis crítico

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez. Así como la maternidad es una experiencia gratificante que muchas mujeres asumen felices, pero cuando es adolescente la noticia de ser madres puede representar angustia, tristeza, desesperación e infinidad de sentimientos contradictorios.

La falta de comunicación familiar se convierte en el problema más grande de las adolescentes, al no existir una figura paterna para brindar afecto en su núcleo familiar y esto puede desencadenar con un inicio de relaciones sexuales precoces ya sea por la inexperiencia de un sentimiento no orientado hacia la otra persona o por la confusión de sentimientos en la adolescencia, esto la llevara a tomar decisiones inadecuadas y podrán terminaran lamentablemente en un embarazo no deseado por ella y mucho más si hablamos del progenitor de ese nuevo ser.

El bajo nivel económico creara un ambiente familiar negativo, caracterizado por problemas de comunicación entre padres e hijos, pues al ser hija y madre a la vez empezara a tener una mayor dependencia familiar disminuyendo su capacidad de decisión y autonomía, debido a la dependencia económica hacia la familia; tendrá relaciones tensas por la excesiva vigilancia y control de sus familiares además las exigencias con respecto a su moral interviniendo en la vida privada de la joven especialmente en temas afectivos y sexuales, este problema la llevara a tener un concepto distorsionado de la realidad provocando un sentimiento irreal de rechazo y aislamiento social, critica entre las personas de su misma edad creando en ella un sentimiento de culpa.

La inexperiencia en la adolescencia hace que la madre no tenga un conocimiento adecuado sobre los cuidados que debe tener con su niño, debido a la inmadurez física e intelectual, el niño puede presentar retardo en el crecimiento y desarrollo anormalidades físicas que se relacionan con altos índices de retardo mental

desordenes nerviosos concluyendo en un inadecuado desarrollo motor que a largo plazo terminaran aumentando las tasas de mortalidad en los niños.

El embarazo en adolescentes es un hecho cada vez más frecuente en el país condición que favorece la reproducción de la pobreza, la mayoría de estos no son planificados y aparecen en comunidades con bajos recursos económicos y con poco acceso a los sistemas de salud, circunstancia que pone en riesgo la vida de la joven madre y del bebe, sin embargo los servicios de salud no ofrecen programas de apoyo diferenciado y una atención específica para la adolescente y su niño, al no tener este tipo de atención la madre en muchos de los casos desconoce sobre los cuidados, controles y el régimen establecido de vacunación que su niño debe tener para evitar varias enfermedades prevenibles por vacunas, sin embargo con programas especializados y diferenciados para estas madres y sus bebes conseguirán establecer una vida saludable.

1.2.3 Prognosis

Los hijos de las madres adolescentes nacerán con un alto riesgo de sufrir abandono, maltrato y morbilidad materna fetal, al no proveer la atención, cuidados y formación adecuada desde su nacimiento estos niños presentaran problemas de desnutrición y retardo en el crecimiento y desarrollo. A esto se sumara el descuido la falta de responsabilidad, inmadurez de la madre que se notara en la ausencia a los controles mensuales posterior a esto se presentaran notables alteraciones tomando en cuenta que en lo posterior estos podrían llegar a ser víctimas de enfermedades mortales aumentando así las tasas de muerte infantil.

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, del puesto de salud de Artezón del área número 6 del cantón Pelileo del ministerio de Salud Pública Provincia de Tungurahua.

1.2.5 Preguntas directrices

- ✚ ¿Cuáles son los factores que influyen en las adolescentes para que se embaracen en tempranas edades?
- ✚ ¿Cuáles son los factores que influyen en el crecimiento de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad?
- ✚ ¿Cuál es el desarrollo psicomotor de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad hijos de madres adolescentes aplicando los test de Denver Barrera Moncada y Aldrich y Norval?
- ✚ ¿Cómo influye el no cumplir con el esquema de vacunación en el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad que asiste al puesto de salud de Artezón?
- ✚ Proponer un plan educativo de apoyo psicológico y de capacitación en cuanto al crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz para disminuir así las alteraciones en los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad

1.2.6 Delimitación del problema

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

Delimitación Temporal

La investigación comprenderá desde mayo 23 del 2012 a diciembre 23 del 2012

Delimitación Espacial

Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tungurahua, área N° 5 Cantón Pelileo, Puesto de Salud Artezón.

1.3 Justificación

La educación desde siempre es un instrumento que tiene la humanidad para prevenir sucesos que puedan crear dilemas y problemas en una comunidad, por lo tanto se hace cada vez más urgente el desarrollo de una conciencia crítica que permita al hombre transformar la realidad.

En la medida en que las jóvenes de una sociedad van contestando a los desafíos del mundo, van temporizando los espacios geográficos y se van haciendo historia . Desde este punto de vista se reflexiona sobre la importancia de generar y crear Proyectos Pedagógico Comunitario que nacen de las de las necesidades educativas especiales asociadas específicamente en las adolescentes para dar respuesta a una población.

La Salud Pública es la ciencia de prevenir enfermedades, que está encargada de proteger y mejorar la salud de las comunidades a través de la educación para promocionar un estilo de vida saludable, es necesario realizar la presente investigación por que existe un alto índice de embarazos no deseados, que en su mayoría se dan en las adolescentes pues nuestro **interés** es determinar cuáles son los factores que están afectando para q se produzcan altos índices de embarazos.

Es relevante porque estudiaremos no solo a la adolescente como madre sino como un ente biopsicosocial, siendo este es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula el factor biológico, psicológico, pensamiento, acciones y conductas como también los factores sociales que desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad poniendo a prueba las competencias profesionales y la formación de habilidades y destrezas de la enfermera rural que ayudara a disminuir los problemas de salud.

Es **novedoso** por que se plantean proyectos que logren solucionar los problemas, no en su totalidad pero si en un porcentaje aceptable para poder disminuir las tasas de morbi-mortalidad.

La investigación nos dará datos reales de la relación que existe en ser adolescente y tener un hijo y con esto todas las complicaciones que tienen para cuidar, estimular, alimentar, y realizar estrictamente los chequeos de su hijo ayudando así a mejorar el crecimiento y desarrollo de su niño.

De esta investigación se **beneficiara** directamente la comunidad por que obtendremos una disminución de los embarazos a tempranas edades y las alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños de cero a dos años seis meses, el centro de salud, porque tendrá más acogida en la comunidad educando oportunamente, la universidad y de manera especial la investigadora por que tendrá la oportunidad de conocer la realidad y la esencia de los problemas que existen.

Esta investigación es **factible** porque se dispone de información teniendo accesibilidad al lugar de los hechos y extensa información relacionada con el tema siendo financiada por las estudiantes.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General:

- ✚ Establecer qué relación existe entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.

1.4.2 Objetivo Especifico

- ✚ Determinar los factores que influyen en las adolescentes para que se embaracen en tempranas edades
- ✚ Identificar los factores que influyen en el crecimiento de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad

- ✚ Analizar el desarrollo psicomotor de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad hijos de madres adolescentes aplicando los test de Denver Barrera Moncada y Aldrich y Norval
- ✚ Verificar cómo influye el no cumplir con el esquema de vacunación en el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad que asiste al puesto de salud de Artezón
- ✚ Proponer un plan educativo de apoyo psicológico y de capacitación en cuanto al crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz para disminuir así las alteraciones en los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes investigativos

ILBAY, Ibeth (2010), en la Universidad Técnica de Ambato, en su trabajo “La importancia de la aplicación de técnicas psicomotrices en el desarrollo de la motricidad gruesa en los niños-as de 3 a 4 años de la Comunidad la Florida”. Concluye que:

“La presente investigación tiene como finalidad dar respuesta a una gran interrogante ¿Qué importancia tienen las Técnicas Psicomotrices en el desarrollo de la motricidad gruesa?, puesto que desde el mismo momento que el niño ingresa al sistema escolar que hoy en día es básico y de vital importancia, podemos observar el grado de desarrollo en el cual se encuentra.” Realizando una encuesta previa a la investigación.

Tomando en cuenta que el desarrollo psicomotriz es una parte fundamental en el desenvolvimiento del niño ya que esto ayudara al mismo a ser más ágil y activo.

CORONADO, Yelitza. (2010), en el trabajo sobre “Riesgos del Embarazo Precoz. “Realizado en la Universidad Técnica de Ambato. Concluye que: “Múltiples factores de riesgo afectan negativamente al futuro del niño, entre Los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo. Los padres adolescentes no se encuentran en condiciones de proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su hijo.”

Dependiendo de la situación socioeconómica en la que se encuentran las madres adolescentes es desfavorable, la salud del niño está en peligro porque sus

progenitores no están preparados para la llegada de un nuevo ser y esto les afectara emocional, psicológica, económicamente y en el aspecto educacional.

ALONSO, M (2005), en un estudio descriptivo y perspectivo en seguimiento al hijo de madres adolescentes concluye que:

“La incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer y el parto instrumentado presentaron incrementos significados en hijos de madres adolescente, aunque a pesar de ello el seguimiento preciso y mantenido sobre este grupo de riesgos en las consultas demostró la importancia de la asesoría del personal de Salud, así como la efectividad de la educación sanitaria a padres y familiares lo cual indicó obtener indicadores positivos en etapas posteriores de la etapa del neonato.” Con el objetivo de controlar en parte los partos prematuros en madres adolescentes.

LLANES, A y otros (2009), En España con el tema: “El grupo de adolescentes de 14 a 17 años y de sexo femenino, con nivel socioeconómico bajo y parejas sexuales inestables”, concluye que: En ambos sexos existió un conocimiento previo inadecuado de los anticonceptivos y de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. Con la finalidad de disminuir los factores de riesgo psicosociales mayormente reconocidos, que influyeron en el empeoramiento de la condición socioeconómica familiar, abandono del hijo y deserción escolar.

Se incrementaron en ambos sexos, los conocimientos sobre el inicio de las relaciones sexuales en la etapa final de la adolescencia (mayor de 18 años) y sobre los diferentes métodos anticonceptivos, principalmente los hormonales por el sexo femenino y el uso del condón para el masculino después de la intervención educativa, la que demostró ser eficaz.

Se concluye que los hijos de madres adolescentes tuvieron mayores factores de riesgo de mortalidad infantil que los hijos de madres de 14^a 20 años. En efecto, los primeros mostraron mayores posibilidades de no haber recibido atención prenatal oportuna de un médico o cualquier otra persona. Por otra parte, los hijos de

madres adolescentes tuvieron mayores posibilidades de tener bajo peso al nacer, carecían del carné de vacunación y sobretodo no recibían la vacunación oportuna. Las posibilidades fueron aún mayores cuando la madre no se encontraba legalmente casada, tenía dos hijos o más, vivía en una zona rural, era de bajos ingresos o tenía poca escolaridad. Con esta visión clara del problema podremos buscar soluciones que nos ayuden a disminuir el índice de problemas en las adolescentes y sus hijos.

2.2 Fundamentación filosófica

La investigación está basada dentro del paradigma crítico propositivo. Crítico porque los problemas parten de situaciones reales y tienen por objeto transformar esa realidad en pro del mejoramiento de los grupos o individuos implicados en ella. Por tanto, los problemas de investigación arrancan de la acción. En este caso se investigara a la madre adolescente y las alteraciones del niño en proceso de crecimiento y desarrollo en su contexto. Y propositivo porque definitivamente se busca plantear soluciones a dicho problema de investigación propuesto.

En el área afectiva social el adolescente, debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar y alcanzar la autonomía, además dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores (Castillo, pág. 12)

2.3 Fundamentación Legal

CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA LIBRO PRIMERO

LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE DERECHOS

Esta investigación se ampara en el código de la niñez y adolescencia en el que se da a conocer los siguientes artículos.

- ✚ Art. 1.- Finalidad.- Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.

DERECHOS, GARANTIAS Y DEBERES

Capítulo II

Derechos de supervivencia

- ✚ **Art. 24.-** Derecho a la lactancia materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna.
- ✚ **Art. 25.-** Atención al embarazo y al parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.
- ✚ **Art. 26.-** Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral.
- ✚ **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.
- ✚ **Art. 28.-** 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.

PLAN DECENAL PARA EL DESARROLLO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA (2003)

- ✚ **Política 04.-** Asegurar condiciones nutricionales adecuadas y oportunas a todos los niños y niñas.
- ✚ **Política 05.-** Garantizar el acceso de niños y niñas a servicios, proyectos y programas de desarrollo infantil de calidad.
- ✚ **Meta:** Disminución en un sexto el nacimiento de niñas y niños con menos de 2.5 kg de peso.

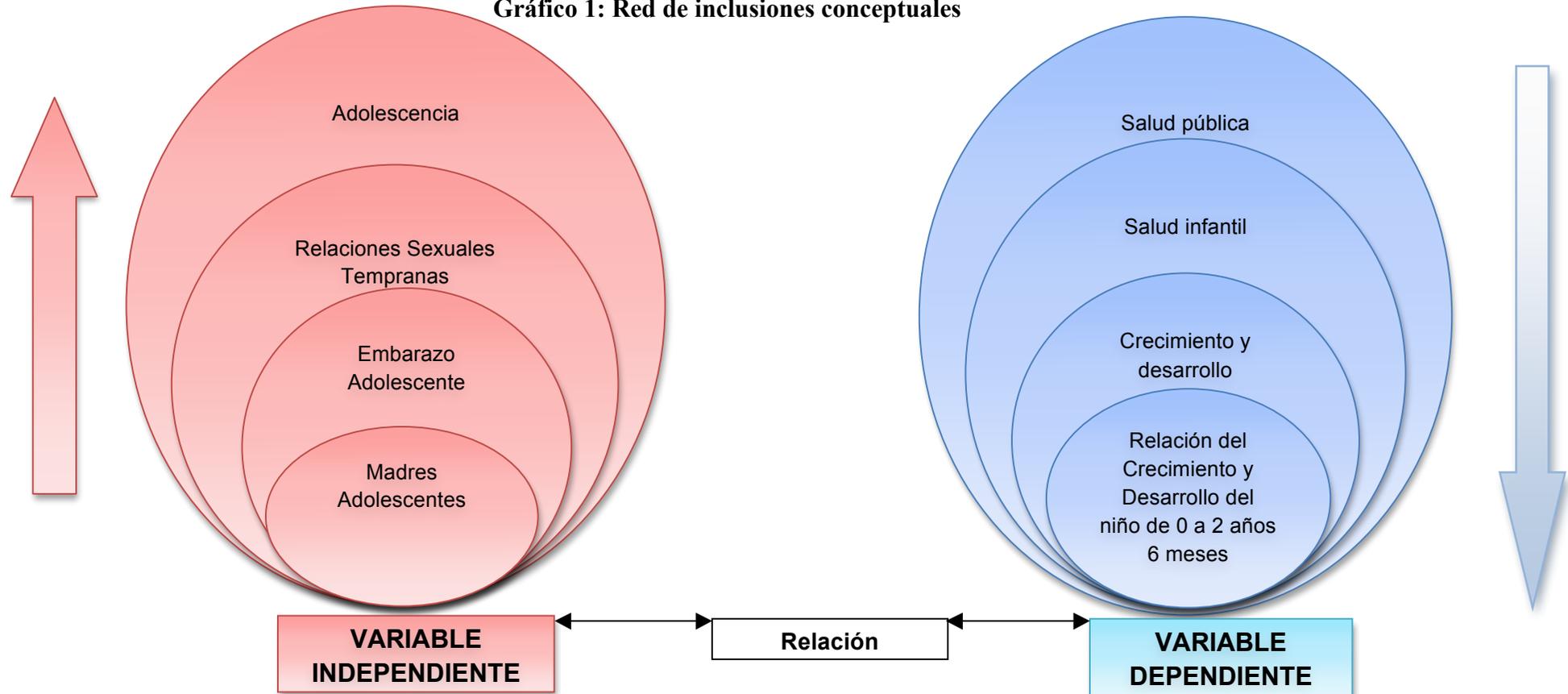
2.3.1 Fundamentación psicológica

En el área psicológica el adolescente debe ser capaz de “examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar”. La autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. Otra de las tareas en esta área es la de alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja cuya elección le llevara a constituir su personalidad (Pérez. 2005, P 31)

Las adolescentes embarazadas en su mayoría han demostrado no tener amor propio, valores, ética en el ámbito personal ellas no pueden enfrentar este problema con sus padres por lo q tratan de ocultárselo y esto les produce sentimientos de depresión, temor y bajo autoestima ya que tradicionalmente la sexualidad se ha reprimido impidiendo la construcción sana, responsable, gratificante y enriquecedora de la personalidad, ya q la sexualidad humana forma parte del inherente de la sexualidad.

2.4. Categorías fundamentales

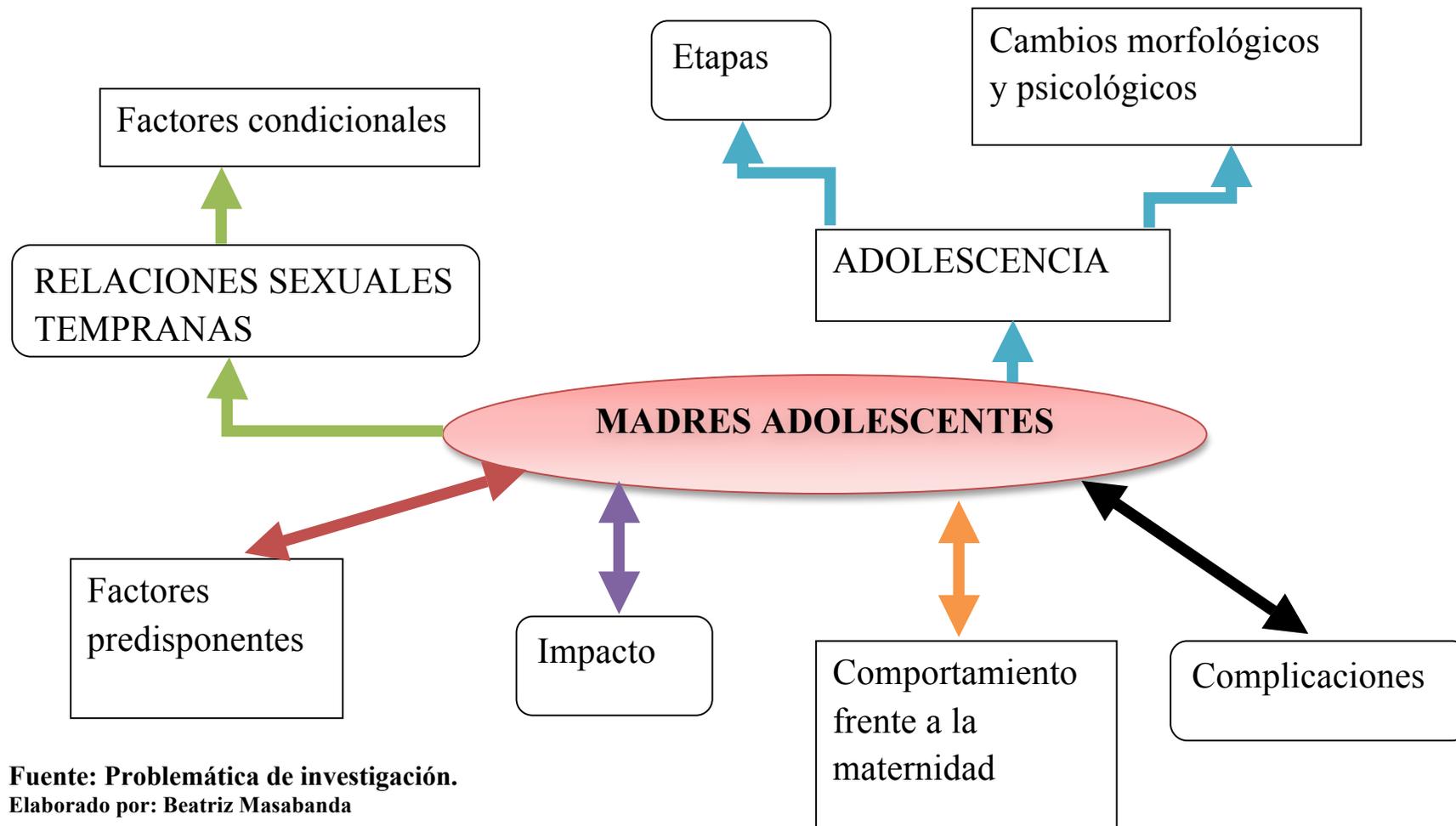
Gráfico 1: Red de inclusiones conceptuales



Fuente: Problemática de investigación.
Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 2: Constelación de ideas

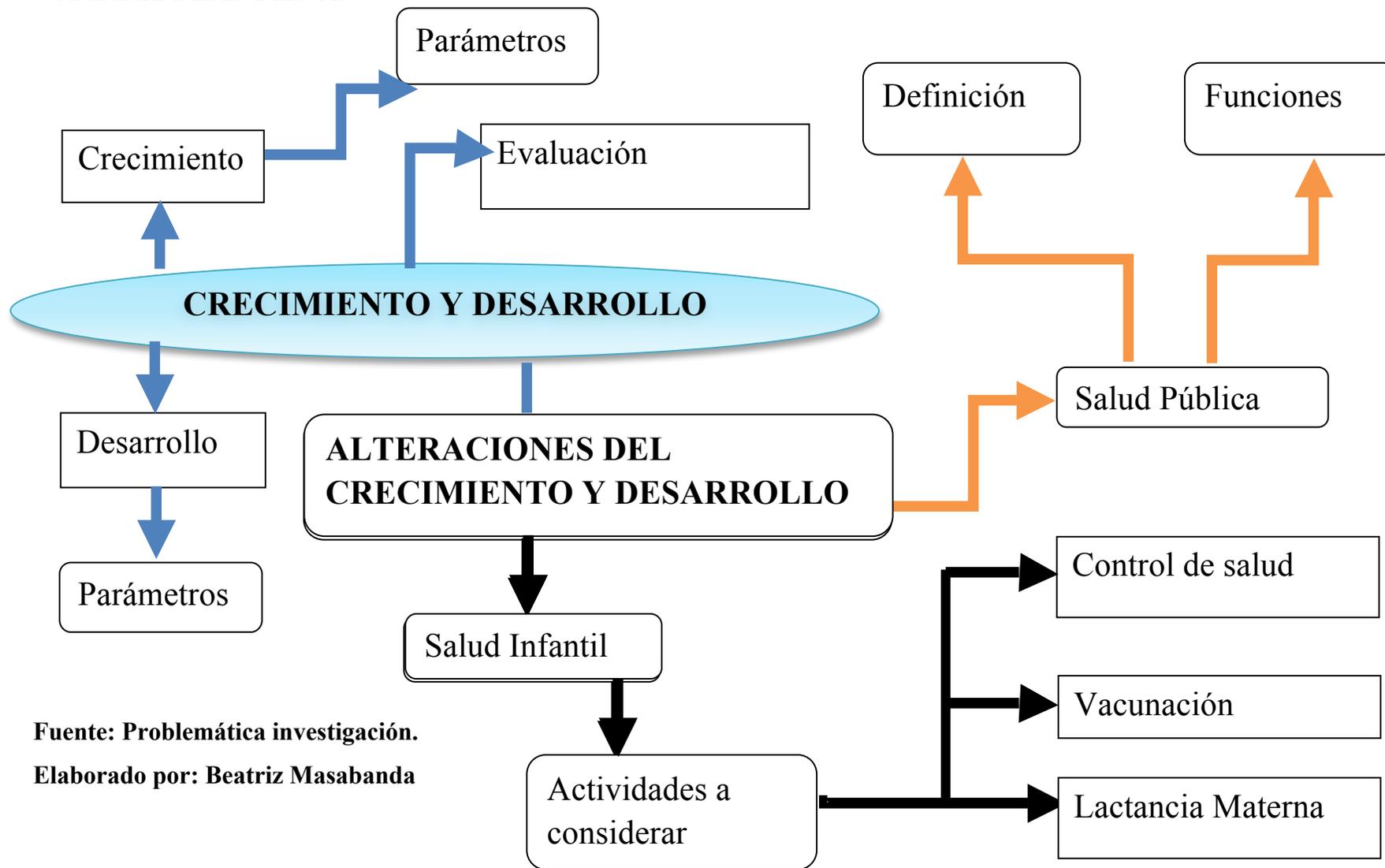
VARIABLE INDEPENDIENTE



Fuente: Problemática de investigación.
Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 3: Constelación de ideas

VARIABLE DEPENDIENTE



Fuente: Problemática investigación.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

VARIABLE INDEPENDIENTE

2.4.1.- LA ADOLESCENCIA.

Proviene del latín **adolescere**, que significa alcanzar la madurez. La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica". Cronológicamente comprende aproximadamente entre los 10 y los 19 años.

2.4.1.1.- Etapas de la adolescencia

- + a) Adolescencia Temprana
- + b) Adolescencia Media
- + c) Adolescencia Tardía

a) Adolescencia temprana (10 a 13 años)

- + Biológicamente, es el periodo con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia.
- + Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.
- + Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.
- + Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Problemas médicos habituales:

- + Trastornos de alimentación en las chicas
- + Lesiones por abuso o no intencionales
- + Acné

b) Adolescencia media (14 a 16 años)

- + Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

- ✚ Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.
- ✚ Psicológicamente es el período de máxima relación con el sexo opuesto, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.
- ✚ Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Problemas médicos habituales:

- ✚ Lesiones intencionales: homicidio o suicidio.
- ✚ Lesiones no intencionales: lesiones de abuso, accidentes de vehículos.
- ✚ Problemas relacionados con la sexualidad: embarazo, enfermedades de transmisión sexual.
- ✚ Uso de drogas: tabaco, alcohol, y otras sustancias que alteran el estado mental.

c) Adolescencia tardía (17 a 19 años)

- ✚ Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal.
- ✚ Se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta.
- ✚ Adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de amigos va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.
- ✚ Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo.

Problemas médicos habituales:

- ✚ Segundo pico de anorexia nerviosa, pico de bulimia nerviosa, otros trastornos de alimentación.
- ✚ Riesgo continuado de lesiones intencionales por adultos jóvenes.

2.4.1.2.- Cambios biofisiológicos

- ✚ Cambios biofisiológicos masculinos
- ✚ Cambios femeninos

Cambios en el hombre y la mujer.- Se acepta que el inicio de la adolescencia está señalado por cambios anatómicos y fisiológicos que se producen en el organismo y que suelen ser progresivos, en las chicas los primeros cambios suelen aparecer sobre los 10-11 años y en los chicos entre los 12-13 años.

Cambios masculinos:

- ✚ Aparece vello facial (bigote y barba)
- ✚ Posible acné (debido a las hormonas)
- ✚ La voz falla y se hace más grave
- ✚ Los hombros se ensanchan
- ✚ Aparece el vello púbico
- ✚ Crece el vello en el pecho y la espalda
- ✚ El cuerpo transpira más
- ✚ Aparece el vello en las axilas
- ✚ Los testículos y el pene aumentan de tamaño
- ✚ El cabello y la piel se vuelven más grasos
- ✚ Aumenta el peso y la altura
- ✚ Las manos y los pies aumentan de tamaño
- ✚ Aumenta el vello en los brazos
- ✚ Crece el vello en las piernas

- ✚ Se inicia la capacidad reproductora
- ✚ Eyaculación

Cambios femeninos:

- ✚ La piel se vuelve más grasa
- ✚ Aumenta el peso y la altura
- ✚ Aumenta el sudor
- ✚ Rostro más lleno
- ✚ Posible acné (debido a las hormonas)
- ✚ Los brazos engordan
- ✚ Aparece el vello en las axilas
- ✚ Se destacan los pezones
- ✚ Crece el vello púbico
- ✚ Los genitales se engrosan y oscurecen
- ✚ Aumenta el vello en los brazos
- ✚ Los muslos y las nalgas engordan
- ✚ Las caderas se ensanchan
- ✚ Crece el vello en las piernas
- ✚ Se inicia la capacidad reproductora

2.4.1.3 Características Sexuales

Características sexuales primarias y secundarias (Dorothy R, Marlow, (2007)

a) Primarias.- Las características sexuales primarias son todas aquellas en el cual está la presencia de los órganos necesarios para la reproducción, como son:

- ✚ En mujeres: ovarios, trompas de Falopio, útero, vagina.
- ✚ En hombres: testículos, pene, escroto, vesículas seminales, próstata.

b) Secundarias.- Son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores.

- ✚ En mujeres: crecimiento de los senos, aparición del vello púbico, vello axilar, cambios en la voz, cambios en la piel, ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis, presencia de la menstruación.
- ✚ En hombres: vello púbico, vello axilar, vello facial, cambios en la voz, cambios en la piel, ensanchamiento de los hombros, presencia del semen.

2.4.1.4.- Desarrollo Psicosexual

Según García, (2008) “La sexualidad en la adolescencia se desarrolla en tres áreas”:

- ✚ **Física:** aparición de los caracteres sexuales secundarios que preparan al individuo para participar en el acto sexual.
- ✚ **Psicológica:** Se manifiesta en el conocimiento, la curiosidad y las intenciones acerca de la sexualidad. El pensamiento proposicional le permite al adolescente imaginarse como persona sexual y elaborar planes. La mayoría de estas actividades ocurren en la imaginación del adolescente.
- ✚ **Social:** Comprende la involucración sexual efectiva con otras personas la que se refleja en sus elecciones de objetos sexuales siendo cada expresión un reflejo de la experiencia contextual del adolescente, donde la familia es su ámbito más inmediato.

2.4.1.5.- Cambio moral

Según Meneghello, (2008) “Al tiempo que los procesos de pensamiento maduran, también lo hace el razonamiento moral; el desarrollo cognoscitivo y psicosocial permite a los adolescentes un pensamiento más abstracto y un cuestionamiento de las opiniones morales de sus padres”

Al mismo tiempo el desarrollo social los expone a una variedad de valores éticos, a su vez las experiencias personales fuerzan a los adolescentes a tomar decisiones por sí mismos y a cavilar sobre cuestiones morales de forma más amplia que cuando eran más jóvenes. A medida que los adolescentes maduran en el aspecto cognoscitivo y ganan experiencias con el bien y el mal van desarrollando su propio código moral y personal.

2.4.1.6.- Desarrollo social

Según Meneghello, (2008) “Algunos psicólogos se refieren a esta etapa como una de la más crítica del ser humano ya que el adolescente ve a la sociedad o al mundo como un tema de crítica y rechazo, rompe el cordón umbilical que lo liga de sus padres, desconoce la autoridad o cualquier liderato y entra en ese período transitorio en donde no se pertenece a una pandilla pero tampoco forma parte de un grupo puberal. La comprensión la buscan fuera, hasta encontrar el que va a convertirse en su confidente”

El trayecto de la adolescencia, época de transición, es caracterizada por muchos, como una etapa de cambios radicales y de grandes retos.

La búsqueda de respuestas a preguntas como ¿quién quiero ser?, ¿cómo quiero ser? o ¿qué quiero ser?, pasan a primer plano. Las ideas infantiles se topan de frente con las nuevas prioridades y expectativas.

Las decisiones y los proyectos encuentran un terreno fértil en la etapa de vida en que se encuentran los adolescentes. Es común escuchar a los jóvenes hablar sobre lo que desean ser o lo desean lograr en diferentes ámbitos de su vida. Metas como terminar el colegio, poder ingresar a la Universidad, viajar y conseguir un buen trabajo.

2.4.1.7 Problemas frecuentes en el adolescente: (verano)

Ante una etapa de transición, los adolescentes se ven propensos a riesgos ocasionados por:

- ✚ **Alcohol y drogas.-** se convierte en el camino más útil y fácil para alcanzar una diversión.
- ✚ **Desórdenes alimenticios.-** Tradicionalmente más comunes entre las chicas, pero cada vez más presentes en los chicos. Los más comunes son la anorexia nerviosa y la bulimia.
- ✚ **Depresión y suicidio.-** Las causas son situaciones de conflictividad familiar o divorcio.
- ✚ **Problemas de aprendizaje.-** Los problemas de aprendizaje desde un punto de vista científico se caracterizan por un desorden neurológico que les dificulta almacenar, utilizar o producir información.
- ✚ **Conducta rebelde antisocial.**
- ✚ **Tendencia al retraimiento y a la agresividad.**
- ✚ **Baja autoestima.** No se valoran
- ✚ **Pobre empatía con los demás.** No se relacionan fácilmente
- ✚ **Frecuentes mentiras.**
- ✚ **Poco control de los impulsos.**
- ✚ **Deterioro socioeconómico de la familia.**
- ✚ **Situación familiar conflictiva.**
- ✚ **Relaciones sexuales precoces.-** la presión entre jóvenes y el interés por descubrir nuevas sensaciones de lo desconocido y hasta cierto punto prohibido, transforma a este aspecto en una de los factores de riesgo que se convierte en una realidad de complicación para la adolescencia.

2.4.2. RELACIONES SEXUALES TEMPRANAS

Las relaciones sexuales a muy temprana edad se deben a que no tenemos suficiente conocimiento acerca de esto y si lo tenemos no hacemos conciencia a las consecuencias que esto nos conlleva.

2.4.2.1.- Factores Condicionales:

Existen verdaderas causas para la promiscuidad, que en si constituyen factores de alto riesgo sobre todo en la adolescencia; estos son:

- ✚ La evasión nos acerca a la adicción: a las drogas, al alcohol, al sexo
- ✚ La baja autoestima.
- ✚ La represión de la sexualidad
- ✚ Los carretes con alcohol que empiezan a altas horas de la noche y finalizan de madrugada
- ✚ Cambios en la sociedad
- ✚ Precaria educación sexual
- ✚ Mayor libertad sexual.
- ✚ Presión de parejas
- ✚ Padres más rígidos
- ✚ Curiosidad
- ✚ Sentirse bien

Se considera que mientras más temprano la adolescente comienza su vida sexual, es más probable que tenga consecuencias negativas para su vida:

El hecho de comenzar las adolescentes con las relaciones sexuales tan tempranamente tiene una importancia grande, pero no tendría realmente una implicación vital si nuestros adolescentes asistieran a esta primera experiencia protegidos, ya que la repercusión que este hecho acarrea lo hace a través de las complicaciones que esta omisión les conlleva.

2.4.3 Factores predisponentes:

- ✚ **Factores familiares.-** La pérdida del vínculo familiar, la ausencia, genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a

relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

- ✚ **Factores ambientales** Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales.
- ✚ **No utilización de anticoncepción.-** Por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos.
- ✚ **Falta de Educación Sexual** La responsabilidad de padres, profesores, médicos, de la sociedad en fin, se diluye cada vez más y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos entre sus amigos.
- ✚ **Difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos.-** La principal dificultad que señalan los adolescentes para acercarse a un Centro de Orientación Familiar (COF) estriba en que desconocen el tipo de lugar y el tipo de personas con que se van a encontrar.
- ✚ **Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres** Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

2.4.4 Impacto del Embarazo precoz

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica 0 = edad de la menarquía)

y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.

Factores sociales que inciden en el embarazo adolescente:

- ✚ **La familia.-** Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. La estructura y el ambiente familiar, con sus particulares características, pueden contribuir al desarrollo sano del adolescente con factores protectores de la salud integral o contrariamente determinar factores generadores de daño al adolescente que se perpetúan en la edad adulta.

Según Sáenz I Estos factores involucran,:

- ✚ Estructura familiar: padres presentes o ausentes.
 - ✚ Comunicación familiar: frecuencia, amplitud.
 - ✚ Crisis de la edad adulta: de sus padres y su manejo intrafamiliar.
 - ✚ Conflictos familiares; violencia, abuso sexual.
 - ✚ Ejemplo familiar: hábitos, drogas, embarazo en la adolescencia.
 - ✚ Normas éticas y morales: flexibles, estrictas, muy permisivas.
 - ✚ Presencia de embarazos premaritales en hermanas y/o madres, en donde la madre tuvo una historia de embarazo adolescente o donde una hermana se embarazó cuando era adolescente.
-
- ✚ **La condición socioeconómica.-** Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. El estrato socioeconómico también parece establecer diferencias en el recurso al aborto. Wartemberg concluye que ha abortado el 15,3% de las adolescentes de los estratos

bajo-bajo y bajo, el 9,3% de las de los estratos medio-bajo y medio-medio y el 7,6% de las que pertenecen a los estratos medio alto y alto.

✚ **La educación.-** La relación inversa entre nivel de educación y fecundidad es posiblemente la más documentada y parece cruzar las barreras culturales, pues se verifica en todos los países, también para el caso de la fecundidad adolescente.

✚ La cultura y religión.- La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. (VEGA C. (2011). Prevención de Embarazos en las adolescentes.

2.4.5 Comportamiento frente a la maternidad

No debemos confundir la maternidad con la capacidad física de engendrar hijos e hijas. Los animales también engendran y satisfacen las necesidades de alimentación, y de protección de sus crías hasta que estas pueden buscarse, por sí mismas, el sustento. En cambio, la mujer que es verdaderamente madre ama a sus hijos, los protege durante toda la vida y jamás los abandona.

Consecuencias sociales, emocionales y económicas son:

- ✚ Deserción escolar
- ✚ Necesita trabajar para cubrir su responsabilidad.
- ✚ Menores posibilidades laborales
- ✚ Matrimonios menos estables
- ✚ Menores ingresos
- ✚ Riesgo de futuros embarazos no deseados
- ✚ Sentimiento de minusvalía
- ✚ Baja autoestima
- ✚ La adolescente se siente insegura, desvalorizada, angustiada, temerosa, con culpa, rechazada.

- ✚ Bajas aspiraciones en la vida y emocionalmente se encuentra afectada y esto de alguna manera le puede traer como consecuencia depresión o suicidio.
- ✚ Una adolescente embarazada recibe reclamos, hostigamiento, castigos y maltrato físico por parte de los padres.
- ✚ Existirá una confusión de roles, afecto y confianza.
- ✚ Pensar en abortos provocados

Consecuencias sociales, emocionales y económicas son:

- ✚ Mayor riesgo de negligencia
- ✚ Maltrato infantil.
- ✚ Ser dado en adopción y en muchos casos abandonado, lo que implica un enorme costo emocional y una gran injusticia para el bebé.
- ✚ No ser esperado o deseado por sus padres, lo que va a repercutir en su desarrollo emocional y en el trato que va a recibir.
- ✚ Tener menos oportunidades de una vida digna, un hogar propio y todas sus necesidades de vestido, alimento, educación, salud, recreación, cubiertas.

Cabe agregar que estos riesgos suelen verse agravados por la condición de "ilegitimidad" que aún se mantiene en muchos países de América Latina y que limita el ejercicio de los derechos del hijo e incluso su acceso a servicios de salud.

Consecuencias patológicas para la madre.- Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que una mujer adulta, tales como:

- ✚ Toxemias del embarazo y del parto prematuro
- ✚ Eclampsia
- ✚ Anemia
- ✚ Desproporción céfalo pélvica
- ✚ Distocias mecánicas y dinámicas

- ✚ Parto prolongado y difícil
- ✚ Perforaciones uterinas
- ✚ Hemorragias
- ✚ Infecciones
- ✚ Muerte

Cabe destacar, sin embargo, que cuando la adolescente embarazada recibe atención oportuna, suficiente y de calidad apropiada a sus particulares necesidades, estos riesgos disminuyen notoriamente.

Consecuencias patológicas para el hijo.- El hijo de una madre adolescente tiene, en general, mayores riesgos que el de una madre de más de 20 años. Estos riesgos se expresa en mayor frecuencia los siguientes:

Consecuencias patológicas:

- ✚ Morbilidad en el período perinatal
- ✚ Malformaciones congénitas
- ✚ Nacer prematuramente y con bajo peso, lo que influye en el desarrollo de más enfermedades infecciosas.
- ✚ Retardo en el desarrollo psicomotor y afectivo
- ✚ Nacer con alguna deficiencia física y mental, fundamentalmente debido a la falta de inmadurez en las células sexuales femenina o masculina.
- ✚ Tasas más altas de mortalidad en la infancia
- ✚ Posteriormente mayor probabilidad de desnutrición

2.4.5.1 Madres adolescentes

Se llama madre adolescente a quien a concebido un nuevo ser en la edad comprendida entre los 10 y 19 años de edad.

Situación en el Ecuador.-El Ecuador cuenta actualmente con un total de 15.007.343 habitantes, según datos obtenidos por el INEC en el 2011, de ellos aproximadamente el 30% son adolescentes de entre 10 a 19 años.

Una de las principales problemáticas que se presenta a esta edad y sobre la cual nuestro país está luchando, en lo referente al embarazo precoz y la maternidad adolescente.

Según datos obtenidos por el MIES, la tendencia de la fecundidad adolescente en el Ecuador en la última década es al incremento, siendo la más alta de la subregión andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes.

La tasa de fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la región andina, dijo Susana Guijarro, encargada del área de adolescentes del Ministerio de Salud. "Dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década es del 74 % y en mayores de 15 años es del 9 %", añadió.

El 26% de la población adolescente y joven del país, con edades entre 15 y 19 años, está embarazada, informó hoy el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP).

2.4.6 Actitud hacia la maternidad.

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

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

2.4.6.1 Cómo es la vida de la madre adolescente.

En sí cambian totalmente las expectativas y la vida de las adolescentes; ya que no podrán seguir compartiendo con su grupo de compañeros y amigos, con lo cual pierden una importante fuente de satisfacción social y psicológica y un elemento de apoyo afectivo para el logro de confianza en sí mismo, de autoestima y de identidad personal

Generalmente tienen que interrumpir sus estudios, lo cual limita sus posibilidades de alcanzar mejores niveles profesionales y laborales. Las madres adolescentes tienen alto riesgo de sufrir desventajas económicas y sociales, de permanecer en la pobreza, no completan su escolaridad, de tener matrimonios inestables y problemas en la crianza de sus hijos.

Un grupo importante de ellas continúa sufriendo el rechazo que comenzó durante el embarazo. La joven madre recibe desprecio, violencia y discriminación de parte de su grupo familiar y de la comunidad.

Hay una demora o cese de su desarrollo personal y en el logro de su madurez psicosocial

VARIABLE DEPENDIENTE

2.5. Crecimiento y Desarrollo del Niño

Están estrechamente vinculados entre sí, son procesos continuos pero no uniformes, se efectúan a lo largo de 4 períodos predeterminados biológicamente.

- ✚ El **primer período.**- Va desde el nacimiento hasta los dos años y se caracteriza por el crecimiento rápido sobre todo el primer año.
- ✚ El **segundo período.**- Va desde los dos años hasta la pubertad y se caracteriza por crecimiento lento sobre todo entre los 6 y 8 años.
- ✚ El **tercer período.**-Es el crecimiento rápido, va desde la pubertad hasta los 15 o 16 años.
- ✚ El **cuarto período.**- Es rápido, va desde los 15 o 16 años hasta la madurez.

2.5.1 Concepto del Crecimiento del Niño

Es el aumento en el número de células de un organismo, lo que conlleva el aumento de tamaño que inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se extiende durante la gestación, infancia, niñez, adolescencia. El crecimiento se consigue por una doble acción: un aumento en el tamaño de las células del cuerpo, y un aumento en su número real, cuantificable en el peso, la talla y el perímetro cefálico que son los parámetros antropométricos más útiles para la valoración del crecimiento físico, que pueden verse afectados por factores genéticos y ambientales.

2.5.1.1 Medidas antropométricas

- ✚ Peso
- ✚ Talla
- ✚ Perímetro cefálico
- ✚ Índice de masa corporal

2.5.1.2. Peso

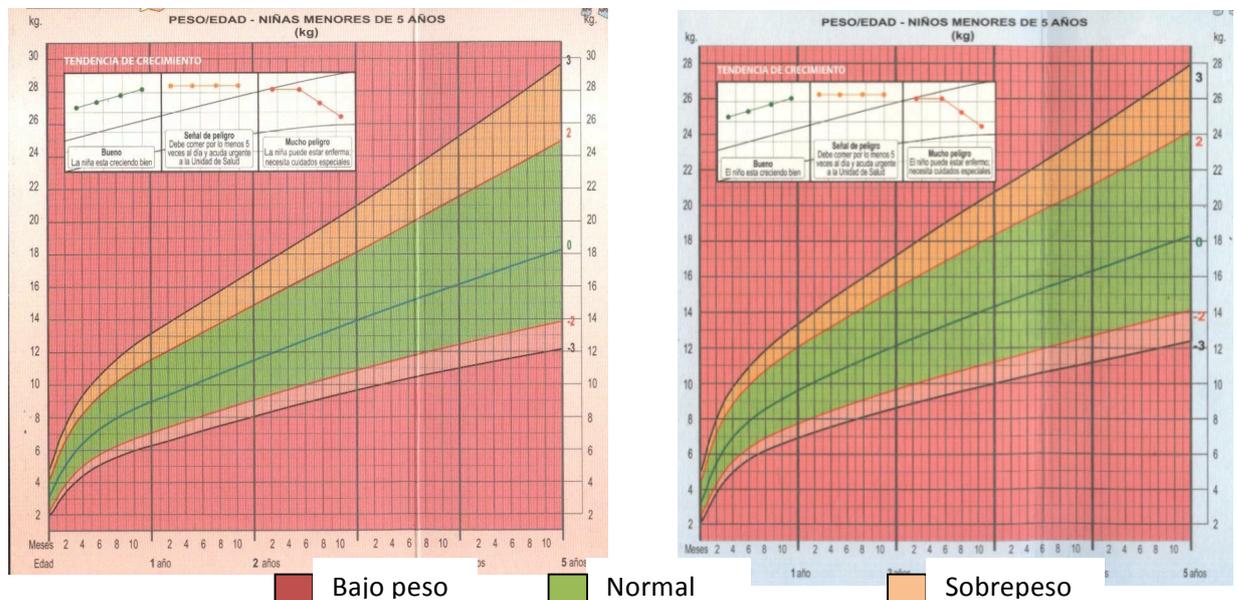
El peso refleja la acumulación o aumento de los diferentes tejidos del organismo; es un parámetro muy importante y de gran utilidad especialmente en lactantes para estimar el estado nutricional y de la salud en general.

Parámetros

- ✚ Nace 3.000 – 3.500 gr
- ✚ 1ª Trimestre: 25 -30 gr / día
- ✚ 2ª Trimestre: 20 gr / día
- ✚ 3ª Trimestre: 10 -15 gr / día
- ✚ 4ª Trimestre: 10 gr / día
- ✚ 1ª Año: 9500 – 10.250
- ✚ 1ª Trimestre: 800 gr / mes
- ✚ 2ª Trimestre: 600 gr / mes
- ✚ 3ª Trimestre: 500 gr / mes
- ✚ 4ª Trimestre: 300 gr / mes
- ✚ 1ª al 2ª año: 2500 – 3500 gr / año
- ✚ 2ª al 5ª año: 2 Kg. Por año

Graficar el Peso

Gráfico 4: Graficar el Peso



Fuente: Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

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

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

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

2.5.1.3 Talla

La estatura mide exclusivamente el tejido óseo, es un excelente reflejo del crecimiento global del niño.

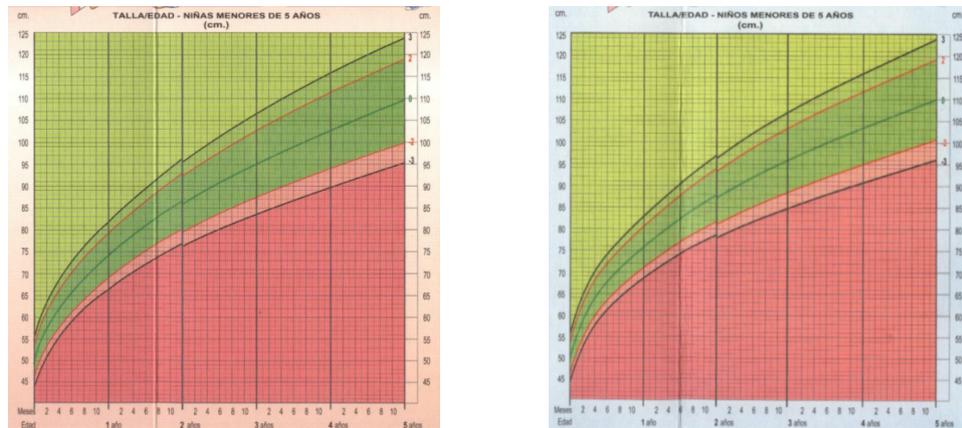
En este parámetro nos solo influyen los factores de alimentación sino también la herencia o el medio ambiente en mayor o menor proporción.

Parámetros

- ✚ Nacen de 48-52 centímetros de 9 meses de gestación.
- ✚ 1ª Mes: 4cm en el mes
- ✚ 2ª Mes: 3cm en el mes
- ✚ 3ª al 7ª Mes: 2cm en el mes
- ✚ 8ª al 12ª Mes: 1cm por mes.
- ✚ 1ª Año: 72cm
- ✚ 2ª Año: 82 cm
- ✚ 2ª al 5ª Año: 10 cm por mes

Graficar la talla

Gráfico 5: Graficar la talla



Fuente: Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

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

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

Después de tomar la longitud-talla en centímetros a la niña o al niño, marque de inmediato un punto donde se cruzan los datos de longitud o talla en relación con la edad (años y meses cumplidos).

2.5.1.4 Perímetro Cefálico/edad (PC/E).

El PC es sumamente importante en los dos primeros años de vida en que su crecimiento es sumamente rápido y puede poner inmediatamente en evidencia trastornos por retardo del crecimiento cefálico como **microcefalia** por falta de crecimiento cerebral o de los huesos craneales. O a la inversa el excesivo

crecimiento **macrocefalia** que puede deberse a problemas de hidrocefalia, megaencefalia entre otros.

Perímetro Cefálico

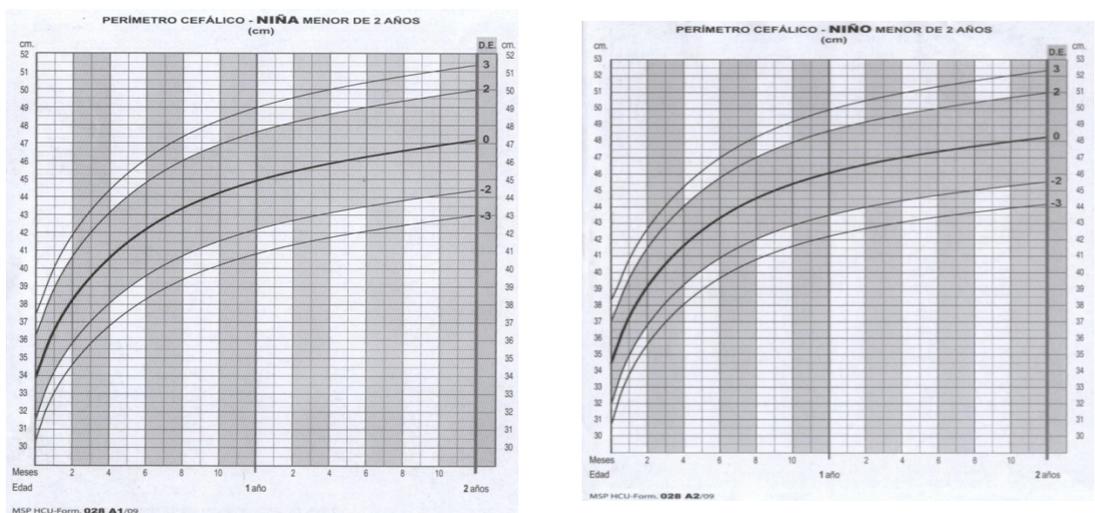
La medición del perímetro cefálico (PC) es un dato clínico fundamental en la exploración pediátrica, ya que puede constituir la base del diagnóstico de un gran número de enfermedades neurológicas

Parámetros

- ✚ Nace 33cm
- ✚ 1ª Trimestre: 2cm por mes
- ✚ 2ª Trimestre: 1cm por mes
- ✚ 7ª al 12ª mes: medio cm por mes
- ✚ 1ª al 2ª año 3cm
- ✚ 2ª al 5ª año 2cm

Graficar el Perímetro cefálico

Gráfico 6: Graficar el Perímetro cefálico



Fuente: Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

La lectura debe hacer en la región parietal izquierda, se medirá el perímetro máximo, en lo posible sin el espesor del pelo. Esta medida se realizara hasta los 2 años de edad y se registrara en centímetro y decimales en el formulario correspondiente.

2.5.1.5 Índice de masa corporal

El IMC relaciona el peso con la talla/longitud. Puede ser un indicador de crecimiento útil cuando está marcado en una gráfica relacionándolo con la edad de la niña o el niño.

Suele estar relacionado con enfermedades graves el exceso de masa corporal considerando que esta va cambiando con la edad en los niños.

- ✚ Se puede calcular un nivel de grasa corporal inferior en personas mayores o personas con poca masa muscular.
- ✚ Además nos da el nivel de grasa corporal superior en personas musculosas y un buen estado físico.
- ✚ Con esto podemos evaluar de forma inadecuada los riesgos de salud de personas con exceso de la grasa abdominal.

Parámetros

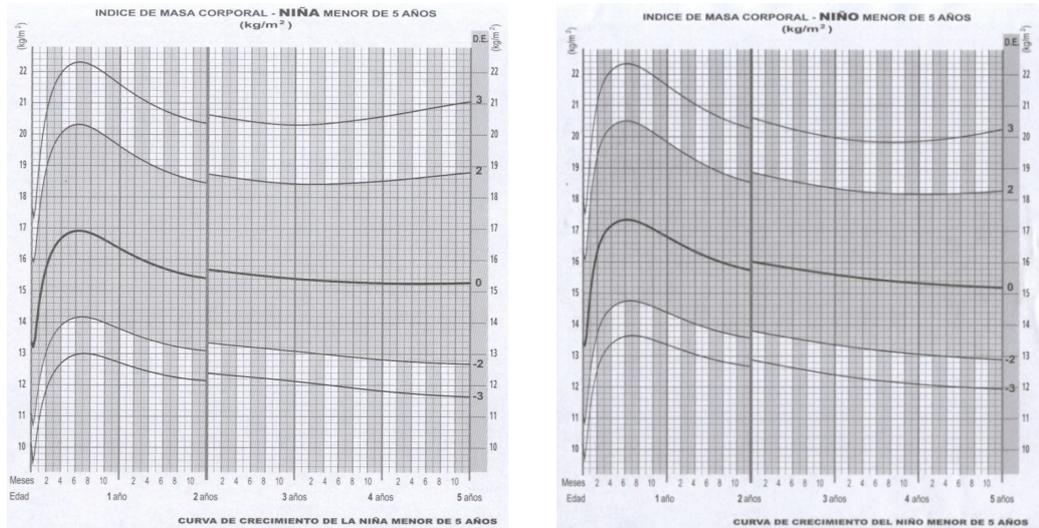
Cálculo del IMC: El Índice de Masa Corporal (IMC) se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura en metros.

$$\text{IMC, Kg/ m}^2 = \text{Peso (Kg) / Estatura (m}^2)$$

Percentiles del IMC

- ✚ **Monitoreo decrecimiento**
- ✚ Mayor que el percentil 97 = Sobrepeso
- ✚ Entre el percentil 97 y el percentil 3 = Normal
- ✚ Entre el percentil 3 y -3 desviación estándar = Peso bajo
- ✚ Por debajo de -3 desviación estándar = Peso muy bajo

Gráfico 7: Cómo graficar el IMC



Fuente: Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

El indicador IMC/edad es más útil para evaluar el sobrepeso y obesidad en las niñas y los niños.

En las líneas verticales de la gráfica del IMC/edad se presentan los valores del IMC de la niña o el niño y en las líneas horizontales se encuentra la edad en años y meses cumplidos

Marcar la edad en años y meses cumplidos sobre una línea vertical (no entre líneas verticales); luego marcar el IMC sobre una línea horizontal. La curva contiene 6 zonas separadas por líneas curvas que señalan la clasificación del estado nutricional en: obesidad, sobrepeso, normal, desnutrición leve, moderada y severa.

El punto de unión de ambas líneas determina en qué área se encuentra la niña o el niño. Cuando hay puntos marcados de dos o más evaluaciones, unir los puntos con una línea y observar la tendencia del crecimiento

2.5.2 Concepto de desarrollo del niño.

Significa madurez de los órganos y sistemas, adquisición y habilidades, capacidad para adaptarse más fácilmente al stress, y capacidad para asumir la máxima responsabilidad y alcanzar la libertad en su expresión creadora.

Los niños desarrollan destrezas en cinco áreas principales:

- ✚ Motor Grueso:

- ✚ Capacidad del niño para utilizar los músculos pequeños

- ✚ Motor Fino:

- ✚ Capacidad del niño para utilizar los músculos pequeños

- ✚ Desarrollo Cognitivo

- ✚ Capacidad del niño para resolver problemas

- ✚ Desarrollo Social

- ✚ Capacidad para interactuar con otros

- ✚ Desarrollo Lenguaje

- ✚ Capacidad para utilizar y comprender el lenguaje

Tabla 1: Áreas del Desarrollo

MESES	MOTOR FINO	MOTOR GRUESO	VISIÓN Y LENGUAJE	COMPORTAMIENTO SOCIAL	JUEGO Y APRENDIZAJE
1 mes	-Levanta la cabeza por momentos -Aprieta cualquier objeto colocado en su mano	-Mueve los brazos y piernas	-Mira momentáneamente a la persona que se acerca. -Se queda quieto cuando escucha un ruido -Llora por una causa (hambre, frío, sueño)	-Sonríe ante caras familiares	-Mama “chupa”
2 mes	-Junta las manos	-Estando de lado se pone boca arriba	-Sigue con la vista a la persona que se mueve -Voltea hacia el sonido -Vocaliza A, E, U, sonríe -Sonríe ante caras familiares		
mes	-Se levanta apoyado en brazos -Estira los brazos hacia un objeto sin conseguirlo	-Sentado rodeado de cojines	-Observa los objetos a su alcance -Reconoce la voz de su madre a distancia -Hace diferentes sonidos (agú)	-Se alegra cuando le van a dar el pecho	-Se interesa por la sonaja -Juega con sus manos
3 mes	-Levanta la cabeza y hombros -Toca los objetos	-De boca arriba se pone de lado -Necesita apoyo para sentarse	-Responde con sonidos cuando le hablan	-Se ríe con las personas	-Mueve la sonaja y la mira -Relaciona el ruido con el sonajero
4 mes	-Se apoya en un lado -Agarra objetos con toda la mano	-De boca abajo se voltea boca arriba	-Da gritos de alegría		-Come de la cuchara -Coge un objeto mientras mira otro -Ríe y vocaliza al jugar con los objetos
5 mes	-Al levantarlo la cabeza no cae -Se pasa objetos de una mano a otra -Hace pinza	-De boca arriba se voltea boca abajo -Se mantiene sentado apoyado en sus manos -Se pone en posición de gateo por algunos momentos	-Se alegra con la música -Hace gorgoritos	-Reconoce a diferentes personas	-Come galleta solo -Desparrama objetos -Coge sus pies con las manos -Busca objetos caídos

6 mes	-Coge un objeto en cada mano	-Comienza sentarse solo -Se arrastra	-Repite TA, LA, CA, etc.	-Toca su imagen en el espejo	-Lleva sus pies a la boca
7 mes	-Mueve la cabeza en toda dirección	-Se voltea fácilmente -Gatea	-Dice PA – PA	-Dice adiós con la mano	-Bebe del vaso con ayuda -Tira los juguetes al suelo -Intenta coger objetos lejanos
8 mes	-Coge con el pulgar e índice	-Desde cualquier posición logar sentarse -Se para apoyándose en las cosas	-Dice MA – MA		-Saca objetos de un recipiente
9 mes		-Camina apoyándose en las cosas	-Dirige su mirada a un objeto lejano -Repite los sonidos que escucha	Entiende la palabra “no”	-Se le comienza a sentar el bacín con ayuda -Mete objetos en un recipiente -Juega a dar palmadas -Examina objetos
10 mes		-Da pasos sujeto de la mano	-Dice 2 – 3 palabras		-Come con los dedos -Sujeto de la mano empuja la pelota -Busca el contenido de las cajas
11 mes		-Comienza a caminar solo	-Señala lo que quiere		Entiende el “dame – toma”
15 mes	Mete objetos pequeños en una botella	-Se sienta y sabe pararse del banquito -Sube y baja gradas gateando	-Señala lo que quiere		-Avisa que se ha mojado -Coloca un objeto sobre otro -Empuja y arrastra juguetes
18 mes		-Camina con seguridad	-Dice más palabras		-Pide el bacín -Pasa páginas de un libro -Abraza su muñeco -Reconoce los objetos en las figuras

21 mes			-Junta dos palabras “mamá, agu”	Ayuda en tareas simples en la casa	-Se viste con ayuda -Coloca objetos uno junto al otro -Imita juegos -Señala partes del cuerpo en las figuras
24 mes			-Dice oraciones simples “vamos mamá”		Usa pañales sólo de noche Juega con otros niños Cumple órdenes sencillas
30 mes			-Usa el “yo” y “tú”	-Puede jugar con niños y adultos	-Ya no usa pañales -Hace puentes con los objetos -Construye juegos de varias piezas -Dibuja

2.5.2.1 Evaluación del desarrollo

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

Para la evaluación se aplican los test:

- ✚ Test de Aldrich y Norval para los 12 primeros meses de edad.
- ✚ Test de Barrera – Moncada para los niños de 12-60 meses de edad
valoración se hace en cuatro áreas:
 - ✚ Psicomotriz Gruesa
 - ✚ Personal Social
 - ✚ Motor Fino Adaptivo
 - ✚ Del Lenguaje

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

El niño/a ubicado en la zona blanca superior requiere una valoración más completa, para lo cual se utilizará el Test de Denver.

Gráfico 8: Normas para la Evaluación del Desarrollo de los 12 Primeros meses de edad

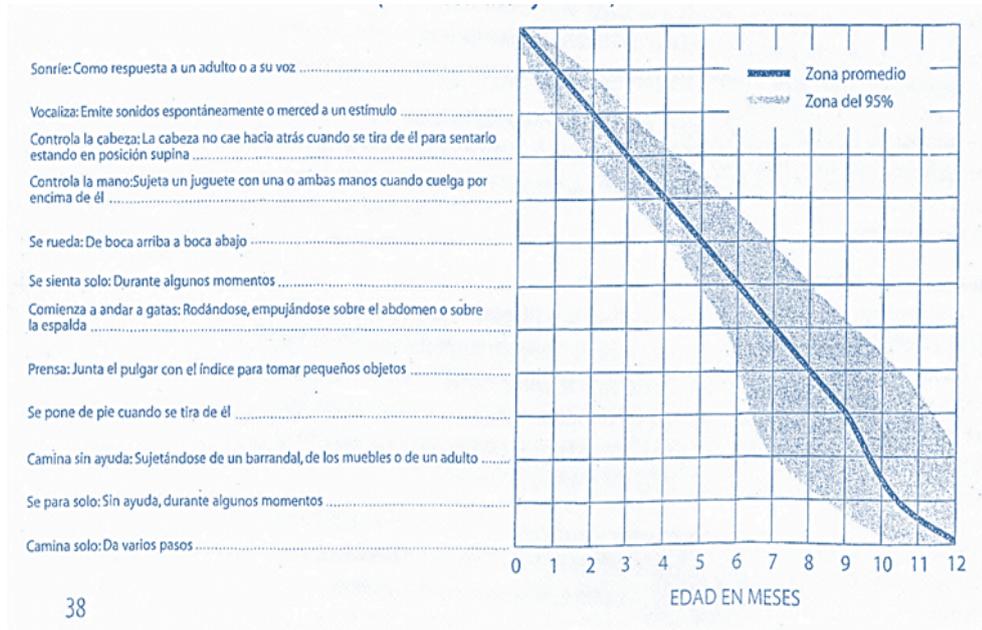


Figura N. 10: Test de Aldrich y Norval
Fuente: MSP, hojas del MSP FORM 028 A/02

Gráfico 9: Normas para la evaluación del desarrollo de los 12 a los 60 meses de edad

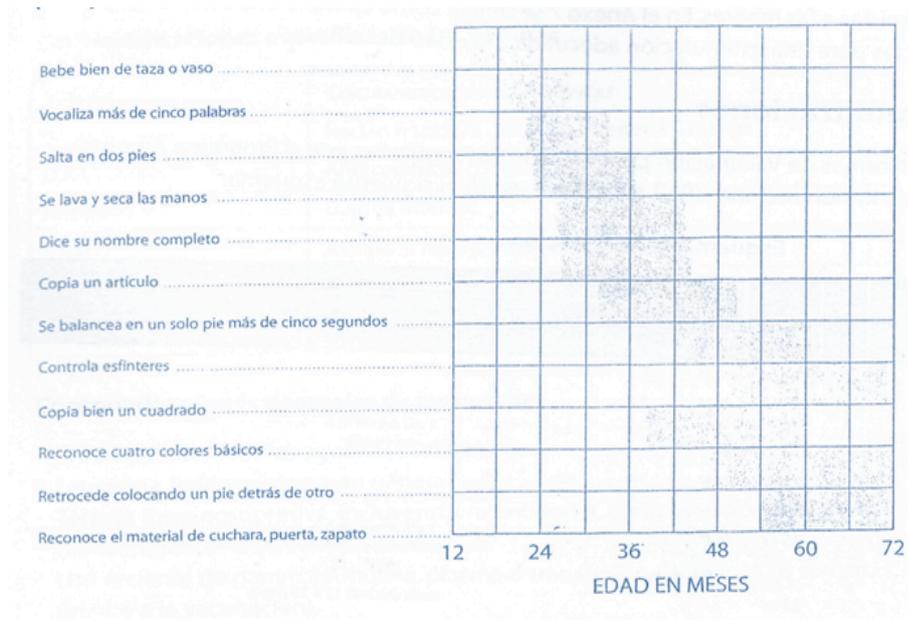


Figura N. 10: Adaptado de Barrera Moncada
Fuente: MSP, hojas del MSP FORM 028 A/02

2.5.2.1.1 Test de Denver

El Test de Denver, EDIP o Escala de Denver, es una herramienta que permite recolectar datos, observarlos, evaluarlos y en función de ellos, indicar si el desarrollo psicomotor del niño (adquisición progresiva de habilidades a consecuencia de la maduración del Sistema Nervioso Central), es acorde a lo esperable para su edad, es decir, se encuentra dentro de los límites considerados normales para la edad cronológica de ese niño. El rango de edad que evalúa este test es entre los 14 meses y los 6 años de vida.

Su función es fundamentalmente preventiva, se busca advertir futuros problemas en el desarrollo psicomotor del niño

Evalúa cuatro áreas del desarrollo: Motricidad fina, motricidad gruesa, sociabilidad, adquisición del lenguaje.

Materiales que se utilizan en el Test de Denver

Frasco de tapa rosca, Cubos, Pelota, Campana, Canicas, Lápices, Sonajero, Madeja de lana roja

Los resultados del Test de Denver:

-  **Anormal:** Es considerado anormal cuando hay dos fallas o más en dos áreas o más
-  **Dudoso:** Es considerado dudoso cuando hay una falla en varias áreas o dos en una misma
-  **Irrealizable:** Es considerado irrealizable cuando hay tantas fallas que imposibilitan la evaluación (Test de Denver. Por Patricia Carambula el 28-10-2010. 1. Permite valorar el desarrollo psicomotor del niño durante sus primeros 6 años de vida.

2.5.2.2 Alteraciones en el crecimiento

Se denominan también períodos críticos o períodos especialmente vulnerables, el período de vida fetal es de alta vulnerabilidad y está sujeto al riesgo de la madre. Las enfermedades, la toxicidad ambiental, el consumo de drogas o sustancias bio activas pueden alterar el crecimiento fetal y peor aún otros aspectos de su biología.

- ✚ Durante el período postnatal los períodos sensibles son menos frecuentes y tienen que ver principalmente con la dependencia del niño para su sustentación y protección.
- ✚ Además tempranamente entra en un mundo de dificultades como la ablactación y la introducción de alimentación complementaria con sus respectivos trastornos nutricionales e infecciosos posibles.

2.5.2.3 Alteraciones del Desarrollo.

Un retraso importante en todas o varias de las áreas del desarrollo pueden indicar:

- ✚ Prematuridad
- ✚ Menor rendimiento intelectual
- ✚ Menor capacidad física.
- ✚ Mayor riesgo a padecer enfermedades de tipo infeccioso.
- ✚ Mayor peligro de morir en los primeros años de vida.
- ✚ Retardo mental
- ✚ Anomalías genéticas
- ✚ Parálisis cerebral
- ✚ Depresión emocional.
- ✚ Si el retraso ocurre aisladamente en el área motora fina puede deberse a pérdida sensorial, tal vez ceguera.
- ✚ El retraso en la vocalización y en el lenguaje puede deberse a sordera.

- ✚ En cuanto al aspecto cognitivo es muy común que a los individuos con alteraciones en su desarrollo, se les dificulte responder de una forma adecuada a los estímulos que el medio les brinda y resolver pequeños problemas de la vida cotidiana.
- ✚ Con relación al desempeño motor, estas personas suelen presentar movilidad reducida; muchos no pueden desplazarse, sentarse o ponerse en pie; realizan en forma lenta acciones como rolado, control cefálico, llevar sus manos a los objetos entre otras.
- ✚ En cuanto a la comunicación, la mayoría tienen dificultad para hablar o gesticular de manera comprensible y responder a los intentos de comunicación.
- ✚ En el desarrollo personal, a algunos de ellos les cuesta satisfacer independientemente sus necesidades básicas como controlar esfínteres, comer, lavarse, vestirse; generalmente para aprenderlas pueden necesitar entrenamiento especial o la ayuda de aparatos especializados.
- ✚ La interacción social a menudo se ve bloqueada, pues se les dificulta establecer relaciones con los demás y expresar emociones humanas básicas, puede resultar difícil atraer su atención y lograr que manifiesten algún tipo de respuesta observable.

2.5.3. Salud Infantil

La salud de los niños engloba un bienestar físico, mental, emocional y social, desde la infancia hasta la adolescencia.

El Ministerio de Salud Pública a través del Subproceso Modelo de Atención Integral con sus Programas:

- ✚ Lactancia Materna Exclusiva (LME)
- ✚ Programa Amplio de Inmunización (PAI)
- ✚ Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN)
- ✚ Programa Integrado de Micronutrientes (PIM)
- ✚ Programa de Alimentación Alimentaria Nutricional (PEAN)

Los objetivos son:

- ✚ Disminuir las tasas de morbi-mortalidad a través de la promoción de la lactancia materna.
- ✚ Mejorar el nivel de salud de la población materna infantil.

El crecimiento de los niños menores de 5 años se fija en un apropiado estado nutricional, el mismo que está dado por el equilibrio entre el estado de salud (o la presencia de enfermedades) y la ingestión alimentaria (o la disponibilidad de alimentos).

Casi siempre todas las enfermedades pueden provocar deterioro en el crecimiento, pero en nuestro país al igual que en la mayoría de los países en desarrollo son las enfermedades infecciosas las que afectan en mayor proporción a los niños.

Se identifican reconocen como las enfermedades de mayor prevalencia las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Procesos Febriles diagnosticables a través de algoritmos de manejo de Sarampión y Paludismo y la Desnutrición, que a más de provocar una buena proporción de mortalidad, es el sustrato sobre el que se asienta la patología mencionada.

2.5.3.1 Lactancia Materna

La leche materna es el alimento natural cuyo propósito primordial es su uso para la alimentación o para amamantar al recién nacido. La leche materna se considera generalmente la mejor fuente de nutrición para los niños, ya que contiene nutrientes necesarios para su desarrollo, es limpia y genera el vínculo madre-hijo.

La OMS recomienda a todas las madres la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, con el fin de ofrecer a sus hijos un crecimiento, desarrollo y

salud óptimos. Posteriormente, hasta los 2 años o más, los lactantes deben seguir con la lactancia materna, complementada con otros alimentos nutritivos.

En la última revisión sistemática sobre esta cuestión, publicada en 2009 (Kramer MS, Kakuma R. *Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review)*), se incluyeron dos ensayos clínicos controlados y otros 18 estudios realizados en países tanto desarrollados como en desarrollo. Sus resultados respaldan las recomendaciones actuales de la OMS. Dichos resultados indican que la lactancia materna exclusiva, sin otros alimentos ni líquidos, durante los primeros 6 meses de vida tiene varias ventajas en comparación con la lactancia materna exclusiva durante solo 3 a 4 meses, seguida de la combinación de la lactancia materna con otros alimentos.

Entre esas ventajas se encuentran, para el niño, una reducción del riesgo de infecciones gastrointestinales, y para la madre, una pérdida de peso más rápida tras el parto y un retraso del retorno de las menstruaciones. No se ha demostrado una reducción del riesgo de otras infecciones ni de enfermedades alérgicas. Tampoco se han documentado efectos adversos de la lactancia materna exclusiva durante 6 meses en el crecimiento, aunque en algunos países en desarrollo se ha observado una reducción de la concentración de hierro.

2.5.3.1.1 Componentes de la leche materna

La leche no es simplemente un líquido, se la considera un tejido vivo. Contiene células provenientes de la sangre materna: linfocitos T y B, macrófagos, mastocitos y células epiteliales en concentración aproximada de 4.000 mm³.

Son responsables de las respuestas inmunológicas y anti infecciosas mediadas por células, de la síntesis de lactoferrina, lisozima, complemento y prostaglandinas. Almacenan y liberan IgA e interferón.

Composición centesimal de la leche humana madura:

✚	Nutriente g %
✚	Proteína total 0.90
✚	Caseína 0.27
✚	Proteínas del suero 0.63
✚	Grasas 7.20
✚	Hidratos de carbono 3.0 - 4.0
✚	Cenizas 0.20

Beneficios de la leche materna para el bebé

- ✚ La leche es el elemento más nutritivo para un bebé, contiene calostro, el cual es un alimento que contiene alto valor nutritivo y le proporciona anticuerpos necesarios para que el bebé esté protegido de ciertas infecciones y enfermedades futuras.
- ✚ La anemia por carencia de hierro es rara entre los niños nacidos a término y alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses.
- ✚ Los niños alimentados a pecho presentan menos casos de diarrea, otitis, infecciones gastrointestinales e infecciones de las vías respiratorias.
- ✚ Favorece el desarrollo cerebral y del sistema nervioso, mejorando la capacidad intelectual y la agudeza visual Protege al niño de posibles alergias.
- ✚ La succión contribuye a un mejor desarrollo de la estructura bucal, ayudando al crecimiento de dientes sanos.
- ✚ El contacto de la piel del bebé con la de su madre le va a aportar muchos beneficios ya que el tacto es el sistema sensorial que está más maduro en los primeros meses de vida.
- ✚ La lactancia hace que se mantenga la unión entre madre-hijo que se crea durante el embarazo, contribuyendo al equilibrio emocional y afectivo del niño.

- ✚ A través de la piel de la madre el bebé capta el cariño y apoyo de la madre, lo que hace que se vaya desarrollando la confianza y seguridad en sí mismo.

2.5.3.1.2 Importante saber que:

Cuando el bebé lacta por completo de una mama, se obtiene la mejor nutrición para el bebé, ya que la parte final de la leche contiene más lípidos y tiene mayor concentración de calorías.

2.5.3.1.3 Beneficios para la madre

- ✚ Ayuda a recuperar el aspecto físico que poseía antes del embarazo.
- ✚ Consume alrededor de 500 calorías al día, lo que facilita la pérdida de peso.
- ✚ Suele perder la grasa acumulada en la zona de cintura y caderas, excepto si se come en exceso.
- ✚ La succión estimula las contracciones uterinas y permite que el útero recupere antes su tamaño normal.
- ✚ El amamantamiento puede ser un protector contra el cáncer de mama.
- ✚ Ventajas psicológicas y emocionales, ya que tranquiliza al bebé, fortalece los sentimientos de la madre hacia el recién nacido y le da seguridad en el cuidado de su hijo.

2.5.3.2 Alimentación Complementaria

Como su propio nombre indica, la alimentación debe ser “complementaria” al pecho durante el primer año de vida, y no sustituta de él. Se aconseja dar siempre el pecho antes y después de ofrecer una toma de alimentación complementaria: de esta manera, se preserva la producción de leche. Además, se ha demostrado que al tomar un nuevo alimento habiendo ingerido con anterioridad leche materna, se

disminuye de forma considerable la aparición de intolerancias alimenticias en el lactante. Sólo para aquellas personas que se hayan planteado un destete precoz, y decidan abandonar la lactancia antes del año, se les sugiere sustituir la toma de pecho por tomas de alimento.

2.5.3.4 Programa Ampliado de Inmunizaciones (MSP)

Este programa está en cargado de prevenir y erradicar las enfermedades prevalentes en la infancia. Se aplican según el siguiente esquema.

Tabla 2: Programa Ampliado de Inmunizaciones

Edad	Vacuna	N. Dosis	Dosis	Vía	Frecuencia de admiración			
					Dosis según edad			Refuerzos
					1 d.	2 d.	3 d.	
Menores de 1 año	BCG	1	0,1 ml	I.D.	R.N			
	HB(Amazonia)		0,5 ml	I.M	R.N			
	Pentavalente (DTP+HB+Hib)	3	0,5 ml	I.M.	2 m.	4 m.	6 m.	
	Triple bacteriana (DPT)	1	0,5 ml	I.M	1 año después de la 3dosis de penta.			
	Neumococo conjugada	1	0,5 ml	I.M	2 m.	4 m.	1a.	
	Rotavirus	2	2 ml	V.O.	2 m.	4 m.		
	Antipoliomielítica (OPV)	4	2 gotas	V.O.	2 m.	4 m.	6 m.	1 año después de la tercera dosis.
	Influenza (Hib)	2	0,5 ml	I.	<ul style="list-style-type: none"> • Primer contacto y al mes • En campañas 			
12- 23 meses	Triple Viral (SRP)	1	0,5 ml	S.C.	12-23 meses			
	SR	1	0,5 ml	S.C.	Campañas			
	Fiebre amarilla (FA)	1	0,5 ml	S.C.	15 meses			

Fuente: MSP, Programa Ampliado de Inmunizaciones, carnet del niño sano

2.5.3.5 SISVAN (Sistema de vigilancia alimentario nutricional)

Programa mediante el cual se va a determinar la Incidencia y Prevalencia de la Desnutrición, Obesidad y Sobrepeso tanto en Mujeres Embarazadas así como en niños de 0 meses a 4 años.

Determinándose el estado Nutricional en las Mujeres Embarazadas considerando como categorías: Bajo peso, Normal, Sobrepeso y Obesidad; mientras que en los niños de 0 a 4 años se ha considerado las categorías de: Sobrepeso, Normal, Desnutrición (Leve, Moderado y Grave)

2.5.3.6 P. I. M. (Programa integrado de micronutrientes)

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 entregados: 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.

Vitamina A: 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 meses de edad 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.

2.5.3.7 (PEAN) 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. (CAÑAR Cruz Eduardo Ing.; Instructivo para el manejo de “Registro diario de atenciones en Nutrición SISVAN – PIM – PEAN – PANN 2000”.

2.5.4 Salud Pública

Según la OMS la Salud Pública es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población en este sentido busca mejorar las condiciones de la salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, con campañas de concientización, educación e investigación.

El desarrollo de la salud pública está relacionado directamente con el gobierno que elaboran distintos programas de salud para cumplir con los mencionados objetivos.

2.5.4.1 El papel de la Enfermera en Salud Materno Infantil.

La enfermería de salud comunitaria, según Archer, Flesman y Jacobson (1982), "es una disciplina de aprendizaje de servicio cuyo propósito final es contribuir, en lo individual y en colaboración con los demás, a conseguir el nivel funcional del cliente mediante la enseñanza y la prestación de atención".

El presente proyecto se basa en el estudio de las adolescentes embarazadas con el fin de elaborar planes de atención para ellas y su familia que coadyuven a un feliz

término de ese embarazo precoz. También para la comunidad a fin de que se tomen medidas de prevención tendientes a mantener los niveles óptimos de salud en la misma.

La función de la enfermera abarca un amplio campo para desarrollar planes y programas encaminados a mejorar el aspecto físico, psíquico y social en este grupo atareo como los siguientes:

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

“Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un

programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades.”

2.5.4.2 Actividades de la Enfermera en Salud Materno Infantil

La enfermería de salud comunitaria, La función de la enfermera abarca un amplio campo para desarrollar planes y programas encaminados a mejorar el aspecto físico, psíquico y social en este grupo.

2.5.4.3 Control de Niño Sano (MSP, Normas de atención a la Niñez, 2009)

De acuerdo a las Normas de Atención de los Niños/as menores de cinco años: el control del niño debe ser una actividad precoz, periódica, integrada

Con una concentración óptima o mínima siendo estas:

Concentración Óptima:

- Un control mensual durante los primeros 24 meses de vida
- Un control semestral entre los 24 a 60 meses de vida

Concentración Mínima

- Controles en el 1°, 2°, 4°, 6° y 12° mes durante el primer año de vida
- Controles trimestrales durante el 2° año de vida.

Un control anual entre los 24 y 60 meses de vida. (MSP, Programa Ampliado de Inmunizaciones, carnet del niño sano.

2.6 La hipótesis

¿Incide ser Madre adolescente en la relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el puesto de salud de Artezón del área Área de salud N° 5 del MSP cantón Pelileo, Provincia de Tungurahua en el periodo 23 de junio – 23 de noviembre del 2012?

2.7 Señalamiento de las variables

Variable independiente

✚ Madre adolescente

Variable Dependiente

✚ Relación en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1 Enfoque

Al tratarse de una investigación enmarcada dentro de un paradigma crítico-propositivo, por naturaleza del problema formulado de la investigación será predominantemente cualitativa; es decir que lo cuantitativo, expresado estadísticamente, será un apoyo para penetrar en el aspecto cualitativo del objeto de estudio, puesto que trata de comprender el fenómeno en su totalidad, logrando una visión más amplia en los aspectos globales del mismo. Se busca comprender los problemas buscando soluciones acertadas, en una acción conjunta participativa interactuando con la madre adolescente y su hijo dentro del contexto en el que se desenvuelven.

3.2 Modalidad Básica de la Investigación

Se trabajará con una modalidad mixta tanto de campo como bibliográfica, pues se investigarán a los hijos de las madres adolescentes en su entorno, pudiendo observar la realidad de su situación, sus condiciones de vida; y de manera especial se identificarán las alteraciones que se pudieran estar presentado en cuanto a su crecimiento y desarrollo durante los 2 años y seis meses de vida. Al mismo tiempo se profundizará en el aspecto teórico de esta problemática basándose en criterios científicos de varios autores al igual que se revisarán estándares utilizados por el Ministerio de Salud Pública para valorar el crecimiento y desarrollo de los niños. Para la realización de esta investigación se revisarán los programas y políticas de salud dirigidos hacia esta población y que están siendo utilizados actualmente en las áreas de trabajo.

3.3. Nivel o tipo de Investigación

La investigación empezará desde un nivel descriptivo que nos permita ubicar de manera correcta la situación objeto para continuar en el nivel exploratorio en el que se comparará las diferentes problemáticas que se presenten en el estudio y finalmente se utilizará la asociación de variables con el fin de poder identificar si la presencia de alteraciones o patologías en el desarrollo y crecimiento del niño tienen relación con el embarazo ocurrido en la adolescencia. Esta investigación permite evaluar las variaciones de comportamiento de una variable en función de la otra.

La investigación será además perspectiva. En cuanto se estudiarán a los hijos de madres adolescentes nacidos dentro del tiempo indicado, período en el cual los niños tendrán edades comprendidas entre 0 meses a 2 años 6 meses.

3.4 Población y Muestra

3.4.1. Población

El universo de trabajo en Pelileo está ubicado en el área de salud N° 5 de la comunidad de Artezón, provincia de Tungurahua. Este lugar de atención cuenta con aproximadamente 2289 historias clínicas, con 10 casos para la investigación de los cuales la población incluyente serán:

Madres adolescentes entre 10 a 19 años y que pertenezcan a la comunidad del área de estudio y además deberán tener hijos de 0 a 2 años 6 meses.

3.4.2 Muestra

La muestra poblacional con la que trabajaremos es de 10 casos de madres adolescentes y sus hijos de 0 a 2 años 6 meses que acuden a los controles en el puesto de salud de Artezón cantón Pelileo, por lo que se realizara un muestreo no pro balístico, intencional para la investigación.

3.5 Operacionalización de las Variables

3.5.1 Variable Independiente: **Madres Adolescentes.**

Tabla 3: Variable Independiente: **Madres Adolescentes.**

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Es la mujer que ha tenido un parto entre los 10 a 19 años de edad.	Características Sociodemográficas.	-Nivel Educativo -Ocupación -Cambios fisiológicos	¿Qué características socio demográfico y prenatal presentan las madres adolescentes en el sector a ser investigado?	Encuesta	Cuestionario
	Características prenatales.	-Frecuencia de controles médicos -Complicaciones en el embarazo -Tipo de parto	¿Qué complicaciones presento en el embarazo y en el parto?	Encuesta	Cuestionario
	Embarazo en adolescentes y sus etapas	-Etapas de la adolescencia al ser madre -Temprana -Media -Tardía	¿Cuántas madres y en qué etapa de su adolescencia tuvieron su primer hijo? ¿Temprana entre 10-13 años? ¿Media entre 14-16 años? ¿Tardía entre 17-19 años?	Encuesta	Cuestionario

Elaborado por: Beatriz Masabanda

3.5.2 Variable Dependiente: Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad

Tabla 4: Variable Dependiente: Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Son manifestaciones que pueden alterar el normal crecimiento y desarrollo de los niños	Alteraciones en el Crecimiento.	Peso Talla Perímetro cefálico Índice de masa corporal.	¿Con que frecuencia lleva al niño al control médico y las vacunas? ¿Cuáles son los índices antropométricos de los niños hijos de madres adolescentes?	Observación	Registros específicos. (observación)
	Alteraciones en el Desarrollo.	Motricidad Fina Motricidad Gruesa Lenguaje Desarrollo Cognoscitivo Desarrollo Social	¿El desarrollo motor, cognoscitivo, social y del lenguaje de los niños está acorde a su edad? ¿Cree usted que la elaboración de un rota folio ayudara a detectar oportunamente alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño?	Test	Cuestionario (Test de Aldrich y Norval) (Test de Barrera Moncada) (Test de Denver)

Elaborado por: Beatriz Masabanda

3.6. Técnicas e Instrumentos

La observación permitió identificar el aspecto y salud general del infante, al igual que las condiciones ambientales que rodean al niño y a la madre. Como instrumentos se utilizó registros específicos como son la historia clínica y el carnet de salud de los niños a fin de obtener información sobre medidas antropométricas y evolución de su crecimiento y desarrollo. Además se aplicara encuestas con un cuestionario elaborado para la madre y una ficha de observación para los niños además los test que nos permitirán valorar el desarrollo.

3.7. Plan de recolección de Información

Esta investigación sirve para alcanzar los objetivos y comprobar la hipótesis planteada acerca de las madres adolescentes y sus hijos también se valorara el crecimiento (peso talla P/C) desarrollo (psicomotriz) que estará a cargo de la investigadora desde el 23 de junio 2012 al 23 de diciembre 2012 en el puesto de Salud de Artezón. En el cual se recolectara información las veces que sean necesarias utilizando así la recolección de datos mediante encuesta y observación para la cual se utilizara esfero, papel, cuestionario, fichas y test. Tomando en cuenta que la accesibilidad es favorable.

3.8. Plan de Procesamiento de Información e Interpretación de Resultados

Una vez aplicada las encuestas a las madres adolescentes a través de la estadística descriptiva se realizara una depuración de las entrevistas se tabulara los datos los mismos que serán representados a través de los gráficos además analizados e interpretados para de este modo concluir, para llegar a verificar la hipótesis planteada.

CAPITULO IV

ANALISIS DE RESULTADOS

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD DE ARTEZON

1.- ¿Cuál fue su edad al momento de ser madre, y el estado civil actual?

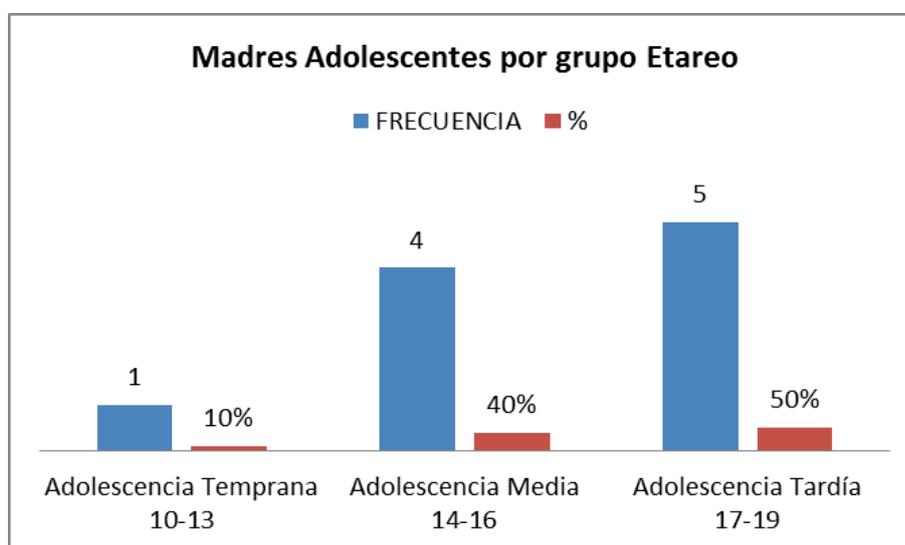
Tabla 5: Incidencia de madres adolescentes por grupo etario que acuden al puesto de salud de Artezón.

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	%
Adolescencia Temprana 10-13	1	10%
Adolescencia Media 14-16	4	40%
Adolescencia Tardía 17-19	5	50%
Total	10	100%

Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 11: Incidencia de madres adolescentes por grupo etario del puesto de salud de Artezón.



Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Se puede determinar que en el puesto de salud de Artezón el mayor porcentaje ocupan las madres adolescentes en edad tardía representando 5 de ellas al 50%, además se puede notar claramente que las adolescentes en edad media también tienen un 40% representado por 4 de las madres que es un porcentaje considerablemente alto y tan solo un 10% que solo es 1 la que ocupa este lugar que se convirtió en madre en la etapa temprana.

Con esto se puede concluir que el embarazo en adolescentes en esta comunidad se da más en la edad tardía y va aumentando día a día en todas las etapas.

Señalando que en los últimos tiempos varios organismos de prevención social y de salud dan apoyo a adolescentes que han sido madres a temprana edad además de crear conciencia en adolescentes que están en las instituciones para que reflexionen con el hecho de cuidarse entre niños.

2.- Características Socio demográficas, estado civil de las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Artezón

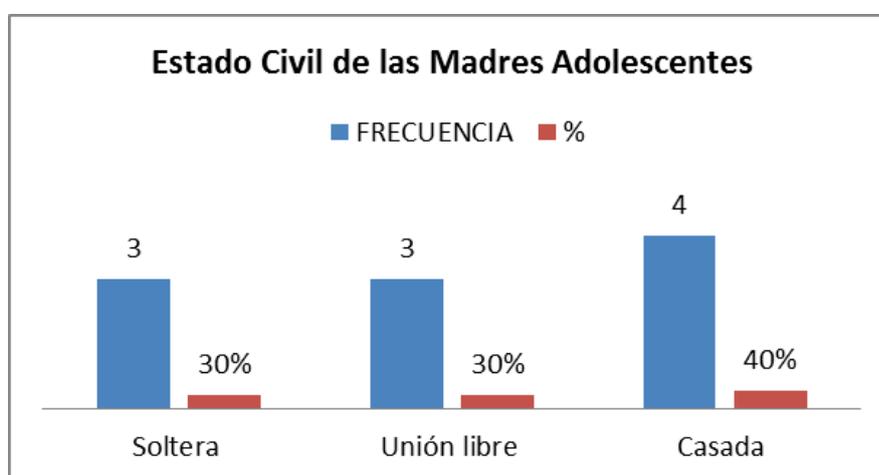
Tabla 6: Características Socio demográficas, estado civil de las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Artezón.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Soltera	3	30%
Unión libre	3	30%
Casada	4	40%
Total	10	100%

Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 12: Características Socio demográficas, estado civil de las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Artezón.



Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e interpretación de datos:

Se determina que gran parte de las madres adolescentes están casadas ocupando 4 de ellas un 40%, además se puede notar que las adolescentes en unión libre y solteras ocupan el 30% representado por 3 madres respectivamente, tomando en cuenta que hoy en día las adolescentes contraen matrimonio a edades tempranas esto se puede dar por tener un embarazo no deseado, obligando indirectamente a las madres a formar un hogar para dar estabilidad a su futuro hijo en el mejor de los casos, y si no se quedan solas por la falta de responsabilidad de sus parejas.

3.- ¿Cuál es la ocupación de las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Artesón?

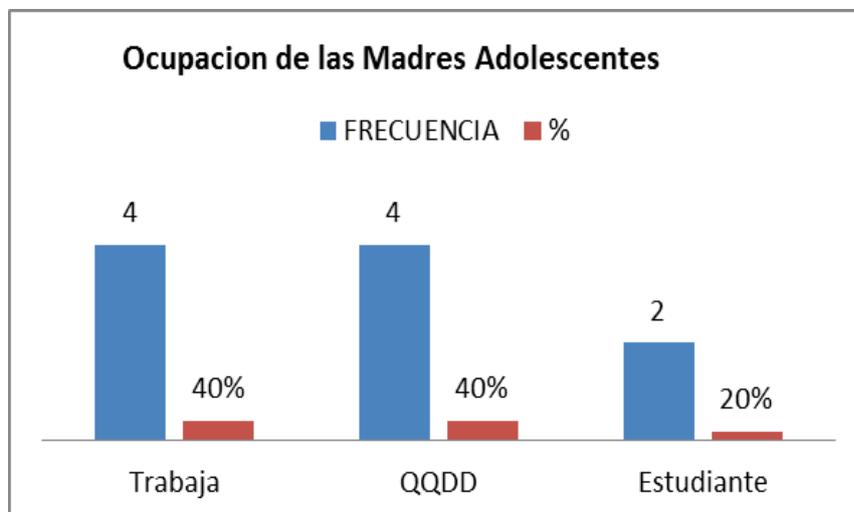
Tabla 7: **Características Socio demográficas, ocupación de las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Artesón.**

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
Trabaja	4	40%
QQDD	4	40%
Estudiante	2	20%
Total	10	100%

Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artesón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 13: **Características Socio demográficas, ocupación de las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Artesón.**



Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artesón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Las madres trabajan y se dedican a los quehaceres domésticos en un 40% que representan 4 respectivamente y solo el 20% que son 2 de ellas que estudian por que cuentan con el apoyo de sus padres.

Se puede determinar que las mujeres que no estudian tienen menos oportunidades de trabajo y es más probable que aumente las condiciones de pobreza, afectando el nivel psicológico notándose con la expresión de sentimientos de tristeza al sentirse mantenida o con mucha responsabilidad q recae sobre ella.

4.- ¿Cuál es el Nivel Educativo de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón?

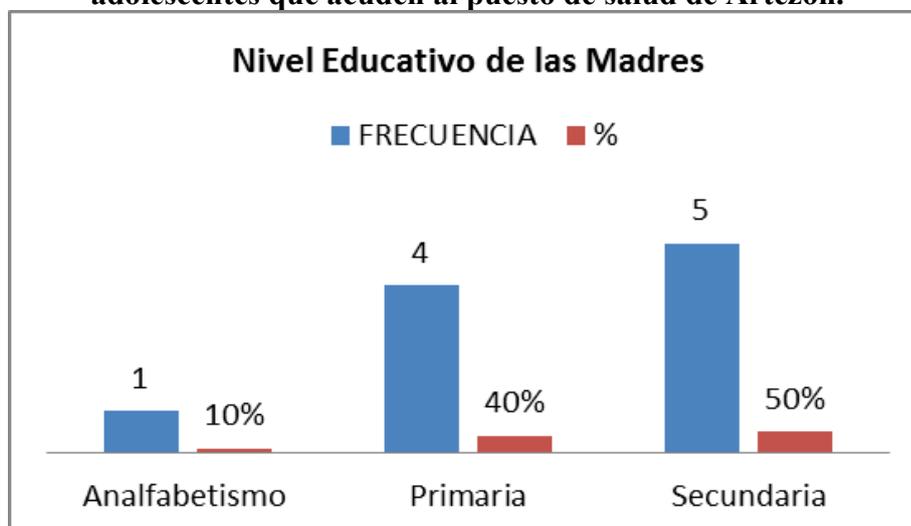
Tabla 8: Características Socio demográficas, Nivel Educativo de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	%
Analfabetismo	1	10%
Primaria	4	40%
Secundaria	5	50%
Total	10	100%

Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 14: Características Socio demográficas, nivel educativo de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.



Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Se determina que en el sitio investigado el 50% que son 5 de las adolescentes han terminado su bachillerato y un 40 % representado por 4 ha concluido solo la primaria por lo que se puede decir que es una población que necesita incentivo y responsabilidad para continuar con sus estudios tomando en cuenta que tan solo el 10% que es 1 madre analfabeta por lo cual se puede concluir que si existiera apoyo familiar en todos los casos estas madres podrían acabar sus estudios.

5.- Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón, iniciaron la menarquía.

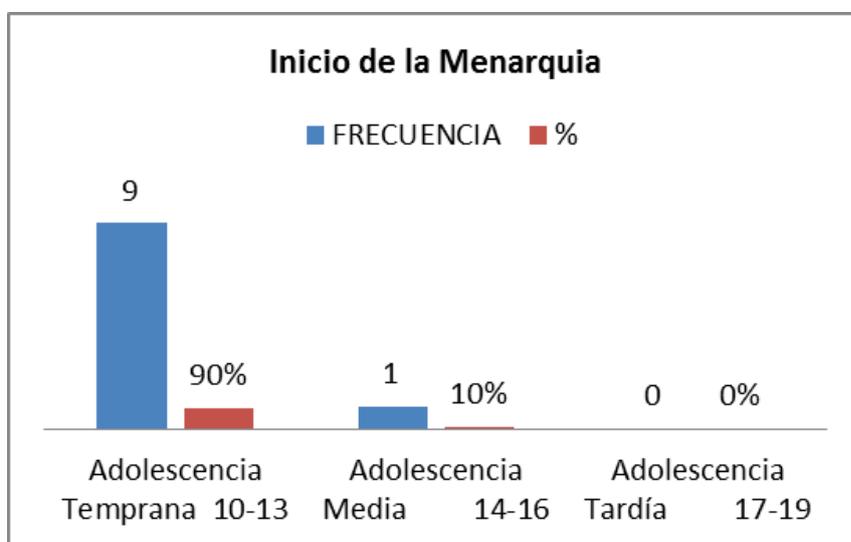
Tabla 9: Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón, iniciaron la menarquía.

INICIO DE LA MENARQUÍA	FRECUENCIA	%
Adolescencia Temprana 10-13	9	90%
Adolescencia Media 14-16	1	10%
Adolescencia Tardía 17-19	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 15: Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón, iniciaron la menarquía.



Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e interpretación de datos:

Según la encuesta realizada las adolescentes han visto su menarquia en edades tempranas, sabiendo que esto puede haber sido un factor predisponente para incrementar el índice de embarazos no deseados, tomando en cuenta que el 90% que es representado por 9 adolescentes iniciaron su vida sexual en la etapa temprana y tan solo 1 madre que representa el 10% tuvo su menarquia en la etapa media lo que puede ser un factor desencadenante para que se embaracen a tempranas edades afectando todo su entorno familiar y social.

6.- Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón iniciaron las relaciones sexuales.

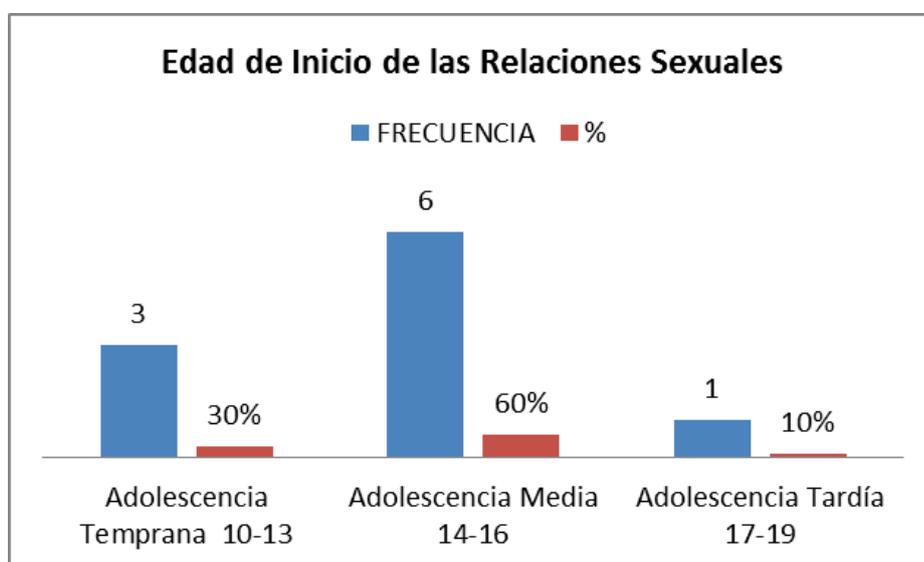
Tabla 10: Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón iniciaron las relaciones sexuales.

INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	%
Adolescencia Temprana 10-13	3	30%
Adolescencia Media 14-16	6	60%
Adolescencia Tardía 17-19	1	10%
Total	10	100%

Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 16: Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón iniciaron las relaciones sexuales.



Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Tomando en cuenta que en la edad media 6 de ellas que son el 60% de las adolescentes ha empezado a tener relaciones sexuales, de 3 que es un 30% que inicio en la edad temprana y solo una representado por el 10% en edad tardía por lo cual podemos concluir que en esta etapa las adolescentes podrían tener mayor conciencia y responsabilidad de sus actos siempre y cuando tenga una buena guía familiar para que brinden consejos sabios y adecuados para la adolescente.

7.- Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón mantienen una vida sexual activa.

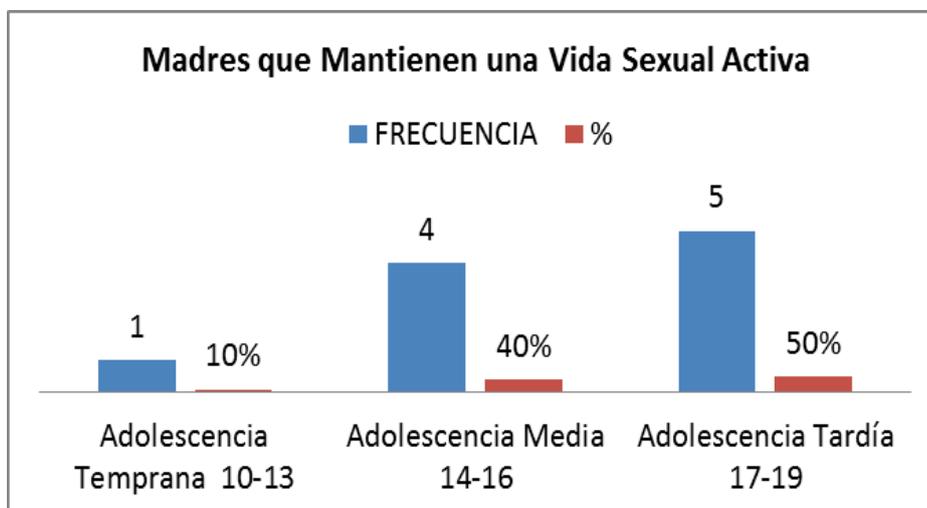
Tabla 11: Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón mantienen una vida sexual activa.

VIDA SEXUAL ACTIVA	FRECUENCIA	%
Adolescencia Temprana 10-13	1	10%
Adolescencia Media 14-16	4	40%
Adolescencia Tardía 17-19	5	50%
Total	10	100%

Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 17: Edad en que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón mantienen una vida sexual activa.



Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Debemos tomar en cuenta varios factores que afectan la sexualidad pero además analizaremos a las adolescentes si mantienen vida sexual activa. Dándonos como resultado de la encuesta que 5 adolescentes que representan el 50% mantienen relaciones sexuales perteneciendo estas a la adolescencia tardía, además el 40% que son 4 madres que pertenecen a la edad media y el 10% representado por 1 madre en la etapa temprana, siguen manteniendo relaciones con sus parejas sin importar el estado civil y ninguna responsabilidad de protección o anticoncepción.

8.- Edad gestacional y controles prenatales que se realizaron las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.

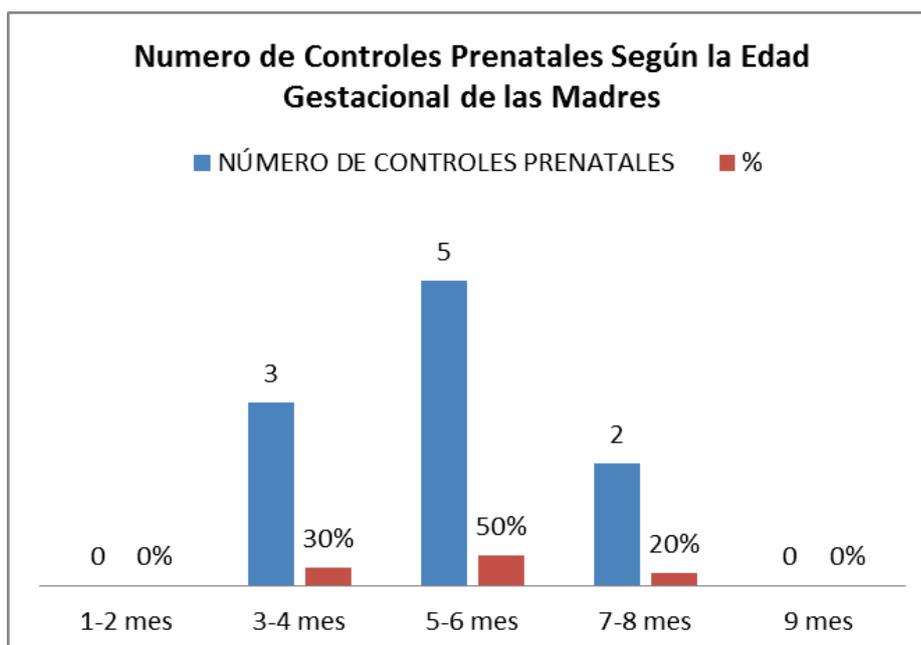
Tabla 12: Edad gestacional y controles prenatales que se realizaron las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.

EDAD GESTACIONAL	NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	%
1-2 mes	0	0%
3-4 mes	3	30%
5-6 mes	5	50%
7-8 mes	2	20%
9 mes	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 18: Edad gestacional y controles prenatales que se realizaron las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.



Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

El Ministerio de Salud Pública dice que los controles deben ser precoz y periódico (12 consultas óptimo, 5 consultas eficiente), según la encuesta realizada las adolescentes que acuden al puesto de salud cuando estaban embarazadas, no eran responsables con la vida de sus hijos y las suyas directamente, focalizando también que 5 de ellas llegan a cumplir con el 50% que es un nivel eficiente de atención cuando cruzaban los 5 y 6 meses de gestación, y un 20% que son 2 madres que acuden a los controles entre los 7 y 8 meses tomando en cuenta que no cumple con los controles establecidos por el ministerio por varias causas: falta de tiempo, desinterés o vergüenza que le vean embarazada.

Además 3 madres representando el 30% asisten entre el 3 y 4 mes lo cual no es saludable, además deberíamos tomar en cuenta la importancia de los controles prenatales porque se puede prevenir enfermedades a tiempo, es un beneficio primordial para la salud de los niños por lo que se necesita que las madres cumplan con los controles de modo óptimo en un 100% tomando en cuenta que al momento del parto las mismas no tendrán ninguna complicación además cumplirán con lo establecido por el ministerio de salud.

Es notable que las madres adolescentes no tiene la responsabilidad adecuada dándonos cuenta que el 50% se ha hecho sus primeros controles al 5 – 6 mes mientras que el otro 30% lo realizó del 3-4 mes y tan solo el 20% se controló del 7-8 mes dándonos como resultado las estadísticas que ninguna madre tubo conciencia y responsabilidad en su embarazo.

9.- Número de ecos realizados en la etapa gestacional de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.

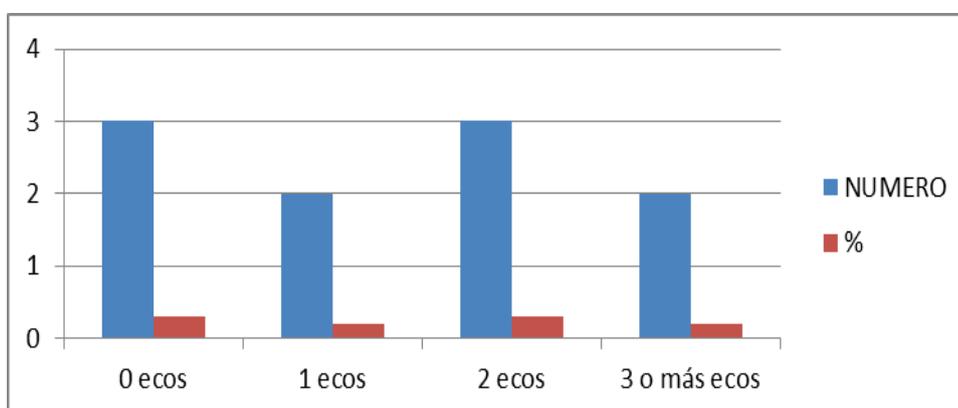
Tabla 13: Número de ecos realizados en la etapa gestacional de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.

ECOGRAFÍAS	NUMERO	%
0 ecos	3	30%
1 ecos	2	20%
2 ecos	3	30%
3 o más ecos	2	20%
Total	10	100%

Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 19: Número de ecos realizados en la etapa gestacional de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.



Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Según la encuesta realizada se puede determinar que las madres adolescentes no fueron plenamente responsables con su embarazo, sin darse cuenta que ponían en riesgo la vida de sus hijos además podían evitar cualquier complicación en las semanas de gestación y al momento del parto, como resultado de 3 que son el 30% no se realizó ningún eco para controlar a su producto y un 20% que son 2 se realizó por lo menos uno, el 30% representado por 3 se realizó dos durante toda la gestación y el otro 20% de 2 madres se realizó de tres a cuatro ecos totales por lo que podemos concluir que las adolescentes en la etapa gestacional no son responsables con la vida que lleva en su vientre poniendo en riesgo su integridad.

10.-Complicaciones en el embarazo de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón

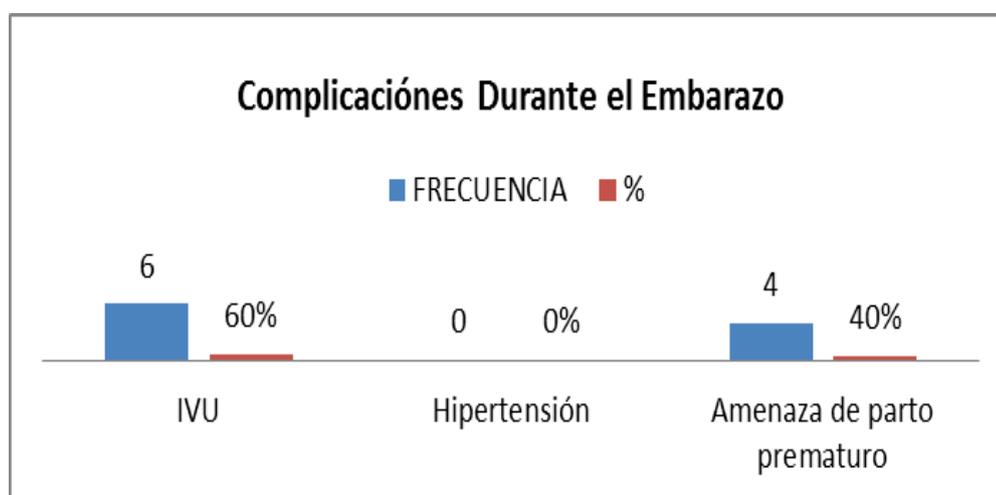
Tabla 14: **Complicaciones en el embarazo de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón**

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO	FRECUENCIA	%
IVU	6	60%
Hipertensión	0	0%
Amenaza de parto prematuro	4	40%
Total	10	100%

Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 20: **Complicaciones en el embarazo de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón**



Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Sabemos que en Ecuador las complicaciones más frecuentes del embarazo en adolescentes son, hipertensión inducida por el embarazo, embarazo pre término, parto prolongado, desproporción céfalo pélvica, IVU, parto prematuro. Mediante las encuestas se puede determinar que las adolescentes que acuden al centro de salud de Artezón la mayor parte que son 6 representando el 60% ha tenido IVU y un 40% representada por 4 madres adolescentes han presentado amenaza de parto prematuro. Lo cual es un factor alarmante porque todo esto conlleva a complicaciones en las madres y los niños de ahí la importancia de una adecuada educación a las adolescentes en estado de gestación.

11.- Edad gestacional al momento del parto de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón

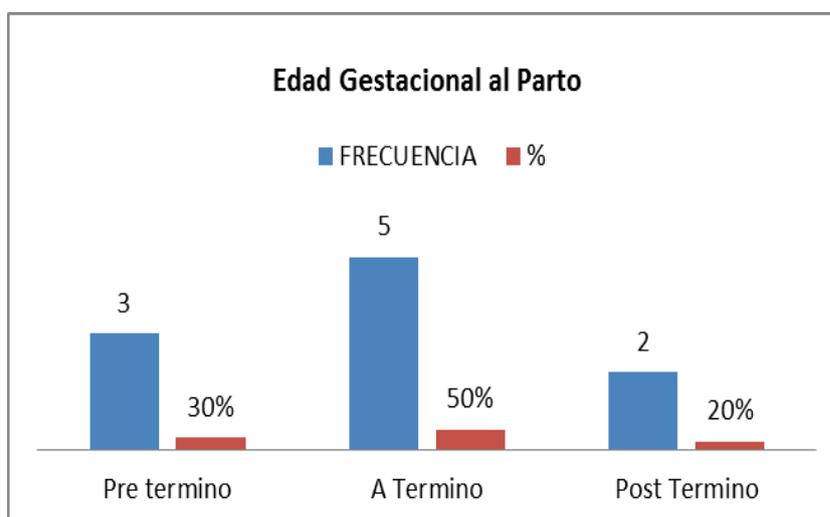
Tabla 15: Edad gestacional al momento del parto de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón

EDAD GESTACIONAL AL PARTO	FRECUENCIA	%
Pre termino	3	30%
A Termino	5	50%
Post Termino	2	20%
Total	10	100%

Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 21: Edad gestacional al momento del parto de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón



Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Según la OMS las adolescentes tienen mayor riesgo que las mujeres adultas ya que durante la gestación puede llegar hasta la muerte de la madre y el producto por eso recomienda la importancia de los controles antes, durante y después del embarazo. Para así proteger la vida del producto y la madre.

Se puede decir que 5 adolescentes que representan el 50% según las encuestas ha cumplido su periodo de gestación y su producto ha nacido a término, mientras que el 30% que son 3 madres sus niños han nacido pre término poniendo ya en riesgo la vida del producto y solo un 20% que son 2 a nacido post término a esto se le atribuye la falla en el cálculo de la edad gestacional en muchos casos.

De ahí la importancia de los controles mensuales y los ecos necesarios para valorar el crecimiento y desarrollo de sus productos.

12.- Tipo de parto de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de Artezón.

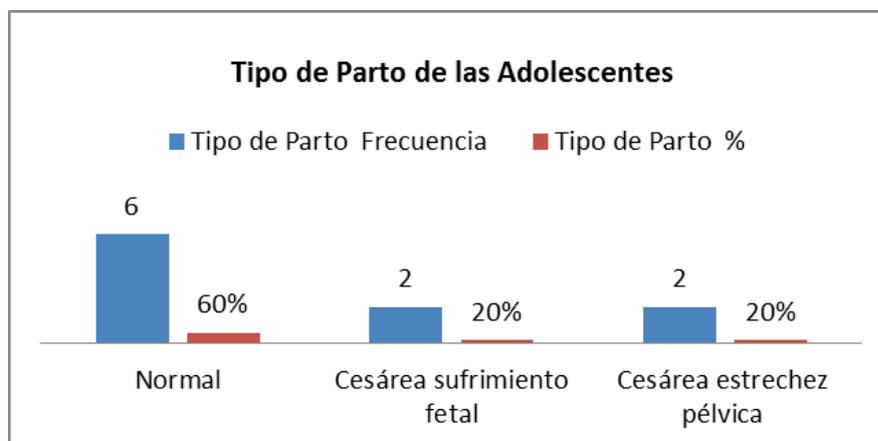
Tabla 16: Tipo de parto de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de Artezón.

Tipo de Parto		
Parto	Frecuencia	%
Normal	6	60%
Cesárea sufrimiento fetal	2	20%
Cesárea estrechez pélvica	2	20%
Total	10	100%

Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 22: Tipo de parto de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de Artezón.



Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Se puede determinar que las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón 6 que representan el 60% tuvieron parto por vía vaginal (normal), contradiciendo los datos del ministerio de salud que afirma que se han incrementado los partos por cesárea, según las encuestas realizadas el 20% que representan 2 personas les realizaron cesárea por sufrimiento fetal poniendo en riesgo la integridad del producto y el otro 20% que son 2 madres también le realizaron la cesárea por estrechez pélvica, lo que se puede dar cuenta que si hubieran llevado un adecuado control todo esto se hubiera programado.

13.- Lugar o institución en la que fue atendida al momento del parto las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Artezón.

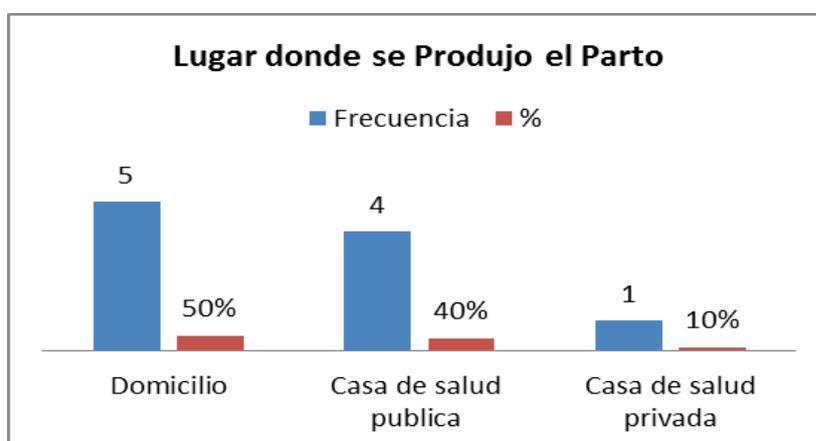
Tabla 17: Lugar o institución en la que fue atendida al momento del parto las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Artezón

Lugar del parto	Frecuencia	%
Domicilio	5	50%
Casa de salud publica	4	40%
Casa de salud privada	1	10%
Total	10	100%

Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 23: Lugar o institución en la que fue atendida al momento del parto las madres adolescentes que acuden al centro de salud de Artezón.



Fuente: Encuestas y registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente. En el puesto de Salud de Artezón.

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Se puede determinar que el 50% representado por 5 personas tuvieron un parto domiciliario incrementando el riesgo de muerte materno infantil durante el parto ya que estas son atendidas por parteras en el mejor de los casos de lo contrario les atienden sus familiares utilizando materiales no óptimos para el parto.

Y cuatro madres que son el 40 % acudieron a una institución de salud pública pero no por responsabilidad sino por necesidad. Y tan solo el 10% que es 1 adolescente asistió a una casa de salud por sus posibilidades económicas y la responsabilidad de sus padres. Por lo que concluimos que las madres deberían ser orientadas de manera constante para que acudan a los puestos de salud para asegurar una atención adecuada en el momento del parto sin poner en riesgo la vida de ambos.

Características Sociodemográficas de los niños. Análisis de registros diarios de las historias clínicas y aplicación de la ficha de observación a todos los niños menores de 2 años 6 meses que acuden al Puesto de Salud.

1.- Valoración del APGAR de los niños hijos de las madres adolescentes q acuden al puesto de salud de Artezón

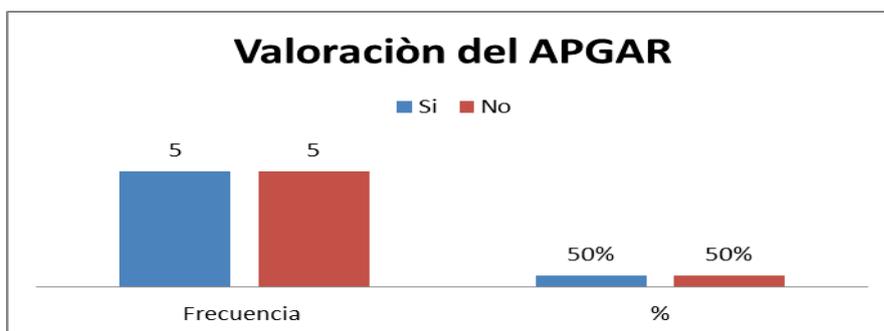
Tabla 18: Valoración del APGAR de los niños hijos de las madres adolescentes q acuden al puesto de salud de Artezón

Valoración del APGAR	Frecuencia	%
Si	5	50%
No	5	50%
Total	10	100%

Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 24: Valoración del APGAR de los niños hijos de las madres adolescentes que acude al Puesto de Salud de Artezón



Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Una de las deficiencias de los partos en casa son que no se le dé una atención adecuada al momento de nacer además que no se valore el APGAR tomando en cuenta que 5 niños que son el 50% se les valoro y el otro 50% no se le valoro por el lugar donde nacieron, mientras que si un producto es alumbrado en una casa de salud se valorara el APGAR y así se podrá evitar posibles complicaciones posteriores en el niño. Tomando en cuenta que también el personal está en la capacidad y la obligación de realizar un examen físico minucioso.

2.- Características sociodemográficas edad de las hijas de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.

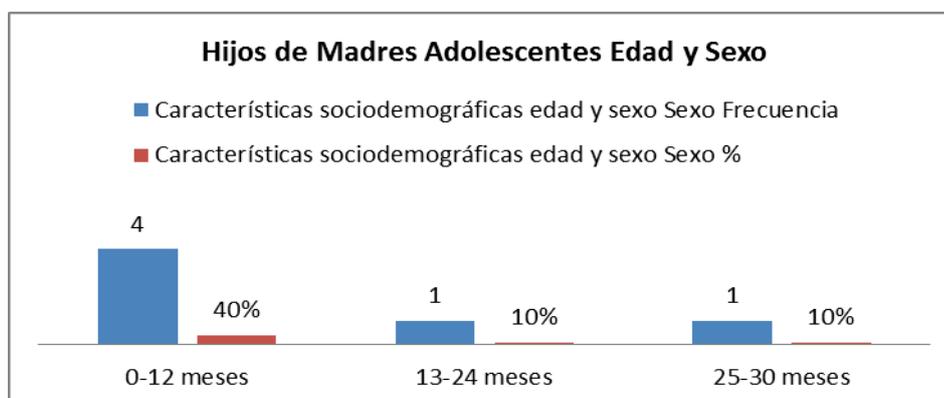
Tabla 19: Características sociodemográficas edad de las hijas de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.

Características sociodemográficas edad y sexo		
Edad en meses	Sexo Femenino	
	Frecuencia	%
0-12 meses	4	40%
13-24 meses	1	10%
25-30 meses	1	10%
Total	6	100%

Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 25: Características sociodemográficas edad de las hijas de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.



Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Tomando en cuenta que la mayoría de los hijos de las madres adolescentes son mujeres ya que 6 niñas representan el 60% y están entre los 0-12 meses 4 dándonos el 40% y de 13-24 meses 1 representando el 10% además tenemos 1 persona de 25-30 meses que representa el 1% acotando que deben tener una alimentación adecuada para su crecimiento y estimulación para su desarrollo, determinando que la mayor parte de los hijos de las madres adolescentes son de sexo femenino.

3.- Características sociodemográficas edad de los hijos de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.

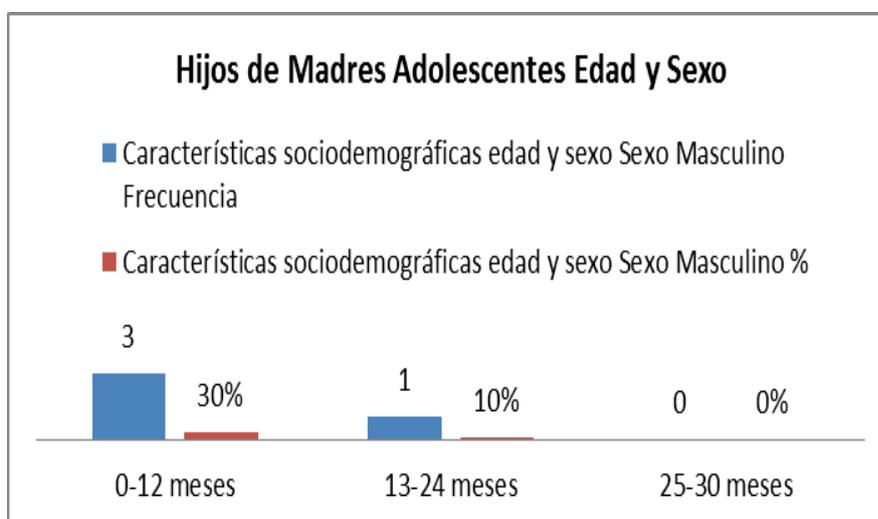
Tabla 20: Características sociodemográficas edad de los hijos de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.

Edad en meses	Sexo Masculino	
	Frecuencia	%
0-12 meses	3	30%
13-24 meses	1	10%
25-30 meses	0	0%
Total	4	40%

Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 26: Características sociodemográficas edad de los hijos de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.



Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Se puede determinar que de un total de 10 niños 4 son hombres que es el 40% y de estos, 3 niños comprenden el 30% del grupo de 0-12 meses de edad los hijos de las madres adolescentes y solo 1 que representa el 10% esta entre los 13-24 meses y ninguno entre 25-30 meses de edad lo que se puede decir que hay mayor cantidad de niñas hijas de madres adolescentes.

4.- Características nutricionales de los niños, hijos de las adolescentes que son atendidos en el puesto de salud de Artezón.

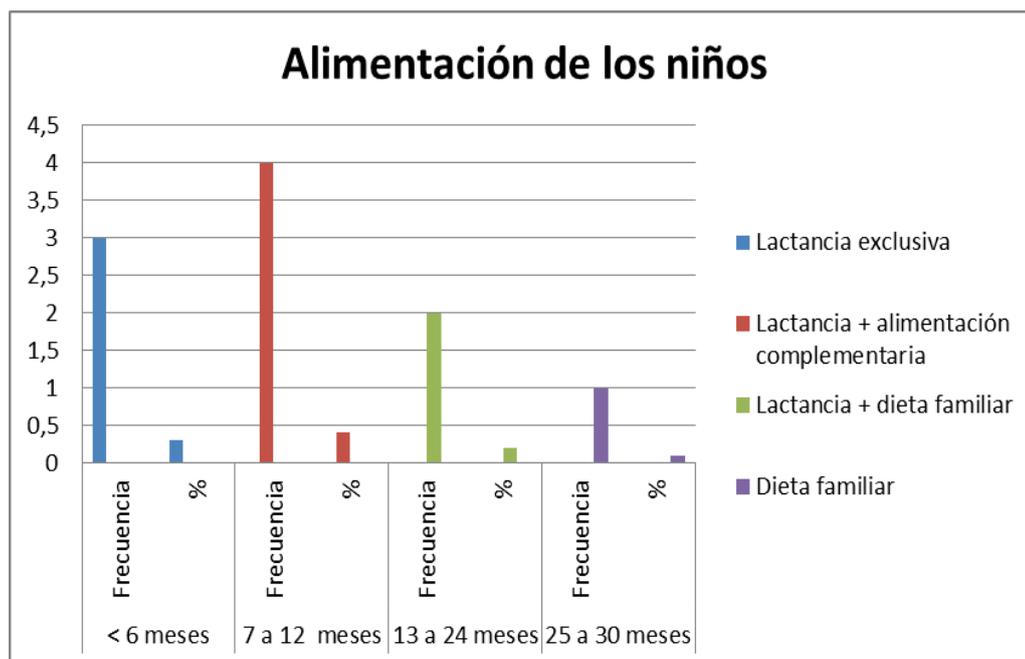
Tabla 21: Características nutricionales de los niños hijos de las madres adolescentes que son atendidos en el puesto de salud de Artezón.

Características nutricionales								
Edad	< 6 meses		7 a 12 meses		13 a 24 meses		25 a 30 meses	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Lactancia exclusiva	3	30%						
Lactancia + alimentación complementaria			4	40%				
Lactancia + dieta familiar					2	20%		
Dieta familiar							1	10%
Total	3	30%	4	40%	2	20%	1	10%

Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 27: Características nutricionales de los niños hijos de las madres adolescentes que son atendidos en el puesto de salud de Artezón.



Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Se puede determinar que las madres que acuden al puesto de salud de Artézón, y tienen hijos menores de 6 meses que corresponde a 3 representando el 30% dan a sus hijos de alimentar solo con leche materna esta es exclusiva hasta los seis meses donde coinciden con los datos del Ministerio de Salud Pública, Quien determina que los niños menores de seis meses de edad recibirán lactancia exclusiva a libre demanda conociendo las múltiples ventajas que tiene la leche materna no solo para la madre sino también para los niños.

Además según las encuestas realizadas se observa que la alimentación complementaria reciben los niños a partir de los siete meses representado por 4 niños en edades comprendidas entre los 7 a 12 meses de edad siendo el 40%, incluyéndoles a la dieta familiar desde los trece meses, más la lactancia materna a 2 niños de edades entre 13 a 24 meses que nos da el 20% y finalizando con el grupo de niños de veinticinco a treinta meses tenemos 1 que representa el 10% que ya le incluyen a la dieta familiar exclusiva.

Por lo que se puede concluir que los niños recibieron la alimentación que les correspondían para su edad, el mayor porcentaje de los niños iniciaron la alimentación complementaria a los siete meses, por lo tanto como resultado de esto tenemos niños con un buen crecimiento y desarrollo.

5.- Características post natales de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón.

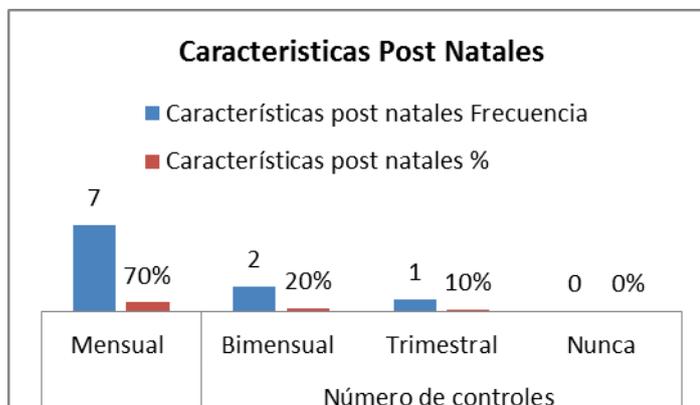
Tabla 22: Características post natales de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón.

Características post natales			
Aspectos		Frecuencia	%
Número de controles	Mensual	7	70%
	Bimensual	2	20%
	Trimestral	1	10%
	Nunca	0	0%
	Total	10	100%

Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 28: Características post natales de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón.



Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

El 70% que es representado por 7 madres llevan mensualmente a sus hijos a los controles y un 20 % que son 2 personas acuden cada 2 meses y solo 1 persona que es el 10% le lleva cada tres meses a su niño. Se puede determinar que en el Puesto de Salud de Artezón todos os niños son llevados a los controles como corresponde según la edad. De aquí se puede concluir que los niños tienen un adecuado crecimiento y desarrollo por la responsabilidad en los controles de niño sano.

6.- Características post natales como enfermedades prevalentes de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón

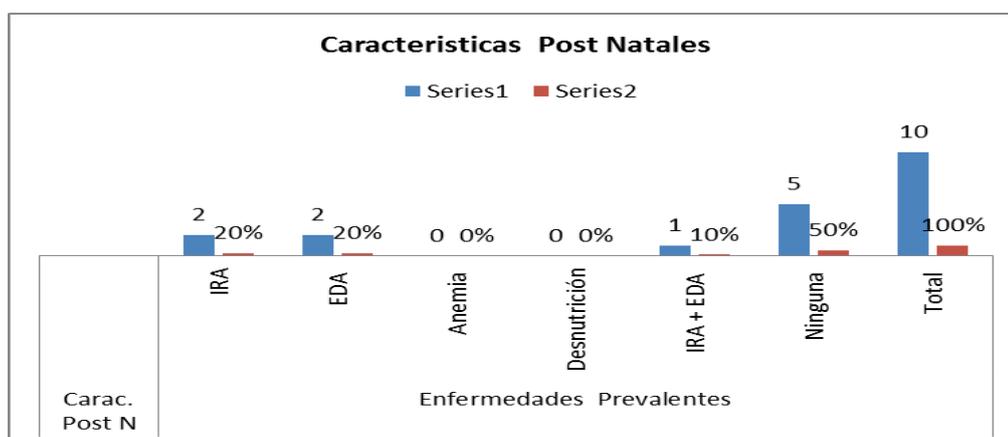
Tabla 23: Características post natales como enfermedades prevalentes de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón

Carac. Post N			
Enfermedades Prevalentes	IRA	2	20%
	EDA	2	20%
	Anemia	0	0%
	Desnutrición	0	0%
	IRA + EDA	1	10%
	Ninguna	5	50%
	Total	10	100%

Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 29: Características post natales como enfermedades prevalentes de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón.



Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Del 100% de hijos de adolescentes el 50% no ha sufrido ningún tipo de enfermedad, mientras que el 40% representado por 4 niños ha sufrido IRA y EDA 20% respectivamente para cada enfermedad y 1 que representa el 10% que sufrió las 2 enfermedades al mismo tiempo que pudieron ser productos en muchos casos de los cambios climáticos y la falta de higiene, concluyendo que las madres son responsables con la salud de sus hijos.

7.- Resultados de la guía de observación según el peso/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón

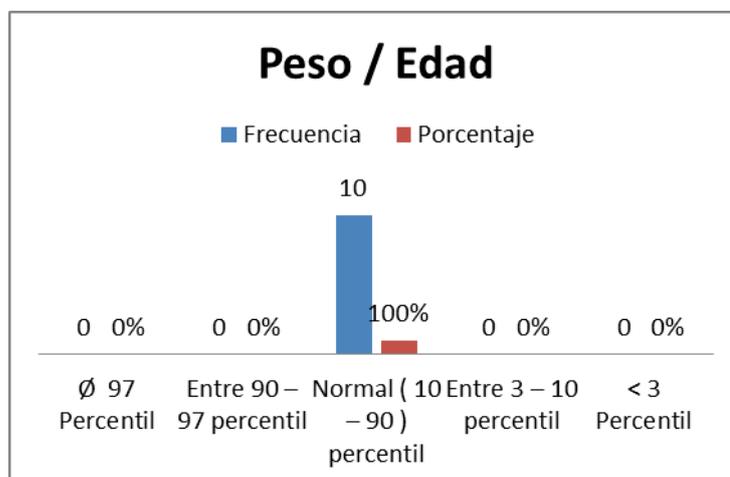
Tabla 24: Resultados de la guía de observación según el peso/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón.

Peso / Edad		
Percentiles	Frecuencia	Porcentaje
➤ 97 Percentil	0	0%
Entre 90 – 97 percentil	0	0%
Normal (10 – 90) percentil	10	100%
Entre 3 – 10 percentil	0	0%
< 3 Percentil	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 30: Resultados de la guía de observación según el peso/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón.



Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Según la encuesta realizada podemos determinar que el cien por ciento de los niños hijos de las madres adolescentes se encuentra en el percentil 10-90 de su peso que es normal para su edad.

Por lo que podríamos determinar que los niños están bien cuidados ya sea por sus madres o por terceras personas.

8.- Resultados de la guía de observación según la talla/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón.

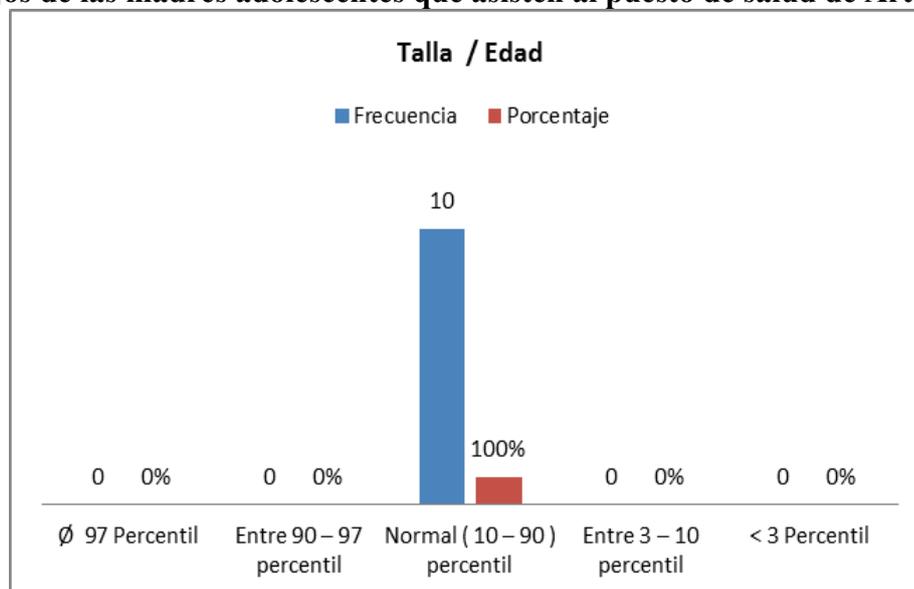
Tabla 25: Resultados de la guía de observación según la talla/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón.

Talla / Edad		
Percentiles	Frecuencia	Porcentaje
➤ 97 Percentil	0	0%
Entre 90 – 97 percentil	0	0%
Normal (10 – 90) percentil	10	100%
Entre 3 – 10 percentil	0	0%
< 3 Percentil	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 31: Resultados de la guía de observación según la talla/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón



Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Según la encuesta aplicada a los hijos de las madres adolescentes los datos revelan que los niños hijos de las madres adolescentes se encuentran en el percentil 10-90 de talla que es normal para la edad que ellos tienen.

9.- Resultados de la guía de observación según el PC/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón.

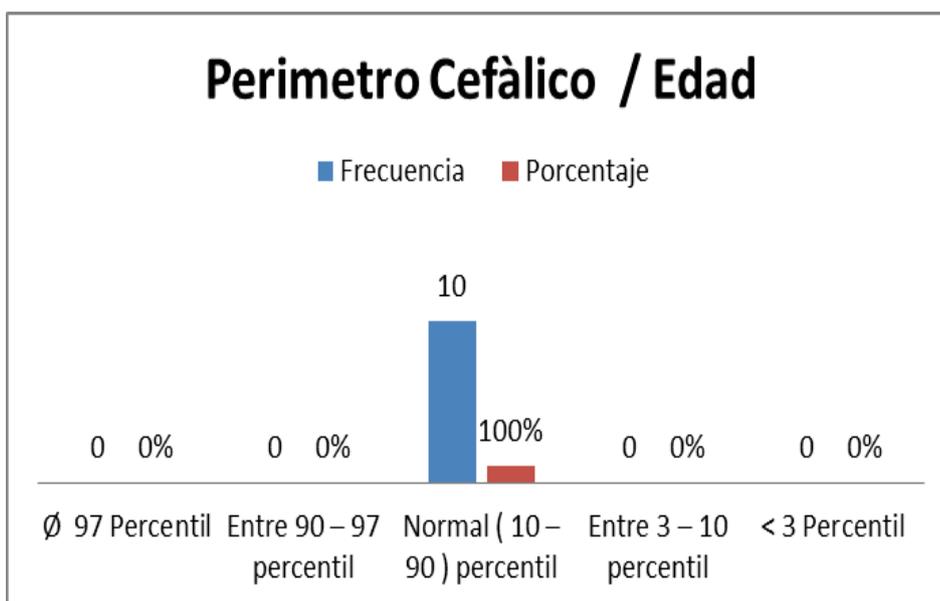
Tabla 26: Resultados de la guía de observación según el PC/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón.

Perímetro Cefálico / Edad		
Percentiles	Frecuencia	Porcentaje
➤ 97 Percentil	0	0%
Entre 90 – 97 percentil	0	0%
Normal (10 – 90) percentil	10	100%
Entre 3 – 10 percentil	0	0%
< 3 Percentil	0	0%
Total	10	100%

Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 32: Estudio según el PC/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Artezón.



Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Según la encuesta aplicada a los hijos de las madres adolescentes los niños se encuentran en el percentil 10-90 de perímetro cefálico edad que es normal para la edad.

10.-Test que se aplica a los hijos de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.

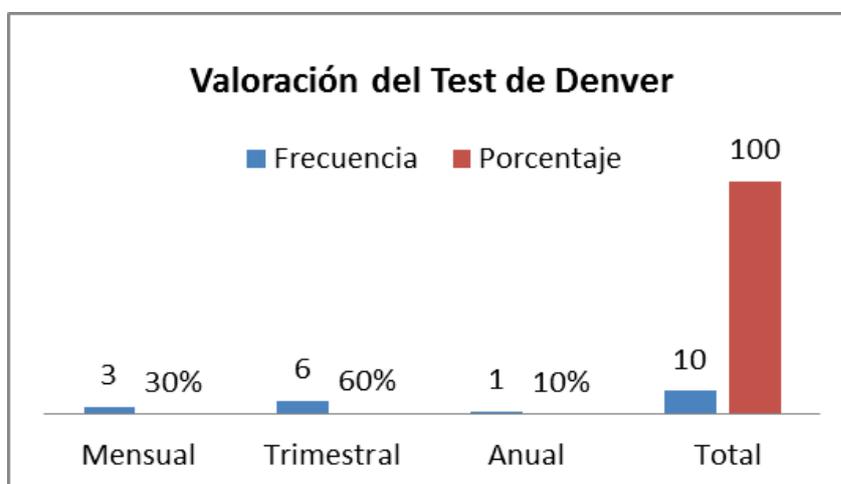
Tabla 27: Test que se aplica a los hijos de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.

Valoración del Test de Denver		
Test	Frecuencia	Porcentaje
Mensual	3	30%
Trimestral	6	60%
Anual	1	10%
Total	10	100

Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 33: Test aplicado a los hijos de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Artezón.



Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

Según los registros que se encuentran en las historia clínicas se puede observar que en el puesto de salud de Artezón realizan la valoración del Test de Denver mensualmente a 3 niños que representa el 30%, el 60% representado por 6 niños se les valora trimestralmente ya 1 niño que representa el 10% se le valora anualmente tomando en cuenta que si no se valora a todos los niños mensualmente en lo posterior podría afectar en el desarrollo ya que no se pueden detectar a tiempo problemas que se verán reflejados con el crecimiento y desarrollo del niño, pudiendo detectar a tiempo y dar un tratamiento adecuado o referirlos.

11.- Características post natales de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón y reciben el esquema de vacunación.

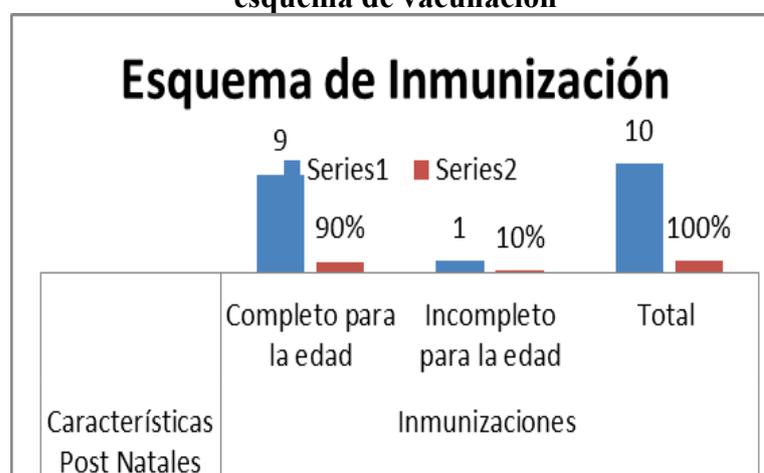
Tabla 28: Características post natales de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón y reciben el esquema de vacunación.

Características Post Natales			
Inmunizaciones	Completo para la edad	9	90%
	Incompleto para la edad	1	10%
	Total	10	100%

Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Gráfico 34 Características post natales de los hijos de las madres adolescentes que se atienden en el puesto de salud de Artezón y reciben el esquema de vacunación



Fuente: Registros diarios de atención y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del niño que asiste al puesto de salud de Artezón

Elaborado por: Beatriz Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos:

El noventa por ciento de los hijos de las madres adolescentes que representan 9 tienen el esquema completo para su edad en vacunas y tan solo el 10% que representa 1 niño no ha cumplido con el esquema regular de inmunización.

Lo cual es notable para concluir que las madres son responsables con la salud de sus niños.

Por lo que se puede notar que el personal de salud ha creado conciencia en las madres para que cumplan con los derechos del niño y obligaciones de la madre evitando así tener una población de los niños enfermos.

Comprobación de la hipótesis

Características Sociodemográficas	Nivel Educativo	4) El 40% acabo la secundaria y el 30% la primaria
	Ocupación	3) El 40% trabaja y el otro 40% se dedica a los QQDD
	Estado Civil	2) El 40% está casada y el 30% en unión libre
Características Prenatales	Frecuencia de controles médicos	8) El 50% se hace el control entre el 5 y 6 mes y el otro 30% entre el 3 y 4 mes
	Número de Ecos	9) El 30% no se ha hecho ningún eco y el otro 30% solo se ha realizado 2 ecos en toda la etapa gestacional
Embarazo en Adolescentes Etapas	Complicaciones en el Embarazo	10) El 60% tuvo IVU y el otro 40% APP
	Etapas en la que fueron madres	1) El 50% fueron madres en la etapa tardía de 17 a 19 años y el 40% en la edad media 14-16 años
	Edad Gestacional al parto	11) El 50% tuvo un parto a término y otro 30% tubo un parto pre termino
	Tipo de parto	12) El 60% tuvo parto normal
	Lugar del Parto	13) El 50% dio a luz en el domicilio y el otro 40% en el MSP
Características Post Natales	Número de controles	5) El 70% acude al control mensual, el 20% cada 2 meses
	Enfermedades Prevalentes	6) El 50% no sufrió ningún tipo de Enfermedad el otro 20% EDA e IRA
Alteración del Crecimiento	Peso	Todos se encuentran en los rangos normales en el percentil 10 – 90
	Talla	
	Perímetro C	
Alteración del Desarrollo	Valoración Denver	No se encuentra ninguna alteración
	Esquema de Vacunación	El 90% de los niños tienen el esquema completo para su edad.

Realizado la interpretación de los resultados obtenidos en la encuesta nos permite visualizar que la mayoría de madres adolescentes hay tenido un nivel educativo medio , es decir conocían sobre métodos anticonceptivos , si embargo no fue condicionante para embarazarse de forma prematura, minoritariamente existen adolescentes embarazadas con bajo nivel académico lo que si podemos considerar como determinante para haberse embarazada a edades tempranas , pese a este factor los niños enfocados en este estudio no demuestran alteraciones en su estado nutricional por lo tanto la hipótesis de la relación entre ser madre adolescente y el estado nutricional de los infantes se rechaza.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- ✚ El índice de las madres adolescentes que asiste al Puesto de Salud de Artezón en su mayoría son adolescentes en edades tardías, es decir que su edad comprende entre los 17 a 19 años, de ellas un porcentaje muy alto son adolescentes que ya han formalizado su vida es decir que se encuentran casadas lo cual mejora el futuro de vida de su hijo.
- ✚ Es muy evidente la falta de información que tienen las madres acotando al poco interés o irresponsabilidad para que no asistan a los controles periódicos sin crear conciencia y desconociendo que esto les podría llevar a complicaciones y hasta a la muerte de las madres y los productos arriesgándose así a cumplir la edad gestacional sin planificación de parto es cuando se presentaran problemas muy serios acompañados de enfermedades que se presentaran por el embarazo.
- ✚ Las necesidades de las madres adolescentes son las que les obligan a salir a trabajar en distintas labores para cumplir con sus hogares y de esa manera mejorar su estilo de vida, tomando en cuenta que esto afectara a la adolescente en su entorno truncado sueños y el desenlace maternal ya que tendrán que asumir la responsabilidad terceras personas.
- ✚ Tomando en cuenta que el 50% de las madres adolescentes dio a luz en la casa se puede comprobar el desinterés por tener a su hijo y evitarle futuras complicaciones.

- ✚ La mayoría de los niños tienen el esquema de vacunación completo lo que va a permitir que los niños no estén expuestos a enfermedades prevenibles por vacunas y así mejorar su crecimiento y desarrollo.
- ✚ Para la valoración del crecimiento de los niños se ha tomado en cuenta las medidas antropométricas: El peso, talla, PC, IMC, ya que todos esos indicadores son para la valoración del crecimiento además para la valoración del desarrollo se aplica el test de Denver, con esto valoran el desarrollo de los niños.
- ✚ Se concluye que los niños se encuentran en cuanto a peso y talla para la edad en los parámetros normales esto quiere decir que su crecimiento y desarrollo está normal y se recomienda que las madres sean las promotoras principales de la salud de sus niños.

Recomendaciones:

- ✚ Se debería educar con talleres de apoyo a las madres adolescentes sobre temas de métodos anticonceptivos e importancia de la salud sexual y reproductiva, enfocando además temas sobre aseo, alimentación y cuidado que son cosas que no están afectando al niño pero si las perfeccionamos nos ayudarían a dar una mejor calidad de vida lo que sería excelente para mantener un normal crecimiento y desarrollo de los niños.
- ✚ Se recomienda que tanto en los centros de salud y los colegios deberíamos contemplar un plan de educación en anticoncepción orientado a las adolescentes pero que esté ligado a la responsabilidad sexual y ética moral, amor y respeto a su cuerpo.

- ✚ Si empezamos a concientizar desde ahora tanto a adulto como a adolescentes actuales a futuro obtendremos más responsabilidad así mejoraremos la calidad de vida de los adolescentes creando un entorno saludable.
- ✚ Si se empieza recomendando a los trabajadores de salud que se aplique el test de Denver mensual evitaríamos posibles alteraciones del desarrollo por medio de una valoración precoz.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.- Tema.

Plan de capacitación a las madres adolescentes sobre la importancia de la alimentación, higiene de los niños además valoración mensual del test de Denver, con el fin de detectar a tiempo posibles complicaciones.

6.1. Datos Informativos.

6.1.1. Institución Ejecutora.

Universidad Técnica de Ambato

6.1.2. Institución Beneficiaria.

Madres adolescentes

Hijos de madres adolescentes de 0 a 2 años 6 meses

6.1.3. Ubicación

Puesto de salud de Artezón

6.1.4. Tiempo estimado para la ejecución

Fecha de inicio: Enero del 2013

Fecha final: Julio del 2013

6.1.5 Equipo técnico responsable.

Estudiante, Blanca Beatriz Masabanda Parra

Personal que labora en el Puesto de Salud de Artezón

Cabildo del sector de Artezón

6.1.6 Costo

Tabla 29: Costo

Costo	
Material Didáctico	80
Material de Escritorio	80
Transporte	25
Refrigerio	100
Total	285

6.2 Antecedentes de la Propuesta.

De acuerdo al estudio realizado titulado madres adolescentes y su relación con el Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses que acuden al Puesto de Salud de Artezón el 90% tienen la valoración del Test de Denver.

Las Normas de Atención a la niñez, según el Ministerio de Salud Pública menciona que la atención debe contextualizarse en enfoques como: Estrategia de Atención Primaria de Salud integrada, Promoción, Prevención con Motivación, Educación y participación de la familia juntamente con la comunidad para el logro de los objetivos, respetando su estructura social, cultural y económica.

Tomando en cuenta que el control del niño sano debe ser una actividad precoz, periódica, y especialmente con un enfoque integral.

- ✚ Precoz: Es la captación del niño en el primer mes de vida
- ✚ Periódica: De acuerdo al esquema que describe el MSP
- ✚ Integrada: Valorar el crecimiento y su relación con el desarrollo, presentando los servicios de fomento, protección, recuperación, rehabilitación.

Concentración óptima:

Una valoración mensual de los test durante los 24 primeros meses de vida.

Educación a las madres adolescentes sobre la adecuada higiene de los niños

Una valoración semestral entre los 24 a 60 meses de vida

Concentración mínima:

Valoraciones mensuales del primero al sexto mes y ahí al doceavo mes durante el primer año de vida

Valoración trimestral durante el segundo año de vida.

Una valoración anual entre los 24 y 60 meses de vida.

Como la normativa lo indica a todo niño que acude al puesto de salud por primera vez debería abriese una historia clínica independientemente del motivo de consulta deberá tener su número de historia única.

6.3 Justificación

La formación adecuada y la valoración oportuna es primordial para prevenir sucesos que puedan crear dilemas y problemas en una comunidad por lo que se ha hecho fundamental el desarrollo de conciencia tanto en el personal de salud como en las madres para que puedan ver de manera adecuada la realidad y el impacto que causa un descuido en el desarrollo de los niños.

El interés de abordar este tema es para mejorar el desarrollo de los niños de una manera adecuada, recordando conocimientos ya existentes en el personal de salud adquiridos durante su formación profesional, de esta forma poder beneficiar de manera directa a los hijos y a las madres adolescentes.

Tiene importancia ya que se podrá detectar de manera oportuna si los niños que acuden al puesto de salud tiene algún problema con el desarrollo además se aprovechara en cada consulta para educar a la madre para que mejore la higiene de su hijo.

Siendo factible porque en el puesto de salud prestara la atención a todos sin discriminación alguna además de forma continua cinco días a la semana para que

no haya motivos que no acudan, recalcando que las personas pertenecen a la misma comunidad y no tienen dificultad para poder trasladarse por que tienen acceso libre.

Pues queremos determinar cuáles son los factores que están afectando para que no se valore de manera adecuada los test de los niños de acuerdo a la edad.

Tomando en cuenta que es muy importante porque no solo valoramos a los niños sino también el conocimiento que tienen las madres para el adecuado crecimiento y desarrollo enfatizando como debe mantener de manera correcta una buena higiene de sus hijos poniendo a prueba las competencias profesionales y la formación de habilidades y destrezas de la enfermera rural que ayudara a disminuir los problemas de salud.

Es novedoso porque se plantean proyectos que logren solucionar los problemas, no en su totalidad pero si en un porcentaje aceptable para poder disminuir las tasas de morbi mortalidad.

De esta investigación se beneficiara directamente la comunidad por que obtendremos una valoración e higiene adecuada de los niños además de evitar problemas posteriores que pueden ser detectados y solucionados a tiempo, además que tendrá más acogida en la comunidad educando oportunamente, la universidad y de manera especial la investigadora por que tendrá la oportunidad de conocer la realidad y la esencia de los problemas que existen.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1. Objetivo General.

Elaborar un plan de capacitación dirigido al personal de salud sobre la aplicación mensual de los test para valorar el desarrollo de los niños.

6.4.2. Objetivos Específicos.

- ✚ Aplicar estrategias adecuadas para la educación a las madres según el grado de escolaridad que nos permita enseñar sobre salud sexual, higiene y alimentación adecuada de los niños.
- ✚ Establecer las actividades a desarrollar en el plan de capacitación para un logro eficaz de los objetivos
- ✚ Aplicar estrategias adecuadas para la educación biopsicosocial de las madres.
- ✚ Desarrollar charlas educativas dirigidas al personal de salud incentivando a la valoración mensual del desarrollo a través de los test para detectar tempranamente posibles alteraciones en los niños.

6.5 Análisis de Factibilidad

6.5.1 Económica Financiera

A los recursos económicos se les considera como viables, a mediano plazo para la ejecución adecuada de la propuesta en esto incluye el plan de capacitación y otras actividades que puedan generarse en el presente estudio tomando en cuenta que los gastos serán solo los necesarios y los costos mínimos y correrán por cuenta de la autora.

6.5.2 Legal

Constitución de la República del Ecuador

Código de la niñez y Adolescencia

Libro Primero

LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE DERECHOS

Esta investigación se ampara en el código de la niñez y adolescencia en el que se da a conocer los siguientes artículos.

Art. 1.- Finalidad.- Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.

DERECHOS, GARANTIAS Y DEBERES

Capítulo II

Derechos de supervivencia

Art. 26.- Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral.

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 nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable.

2.- Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten.

Art. 28.-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.

6.5.3. Organizacional

Se cuenta para esta investigación con el apoyo de la Universidad Técnica de Ambato, Además se pidió el respectivo permiso a la Dirección Provincial de Salud, Área # 5 para tener acceso al puesto de salud de Artezón.

6.5.3.1 Misión

La misión es desarrollar actividades de sensibilización y capacitación a las madres adolescentes sobre la importancia del crecimiento del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, motivando la entrega de información y conocimientos claros con la participación de la madre y el padre en el desarrollo integral.

6.5.3.2. Visión

La visión es lograr padres y madres comprometidos con el desarrollo y crecimiento de sus hijos, con el fin de lograr su formación integral, para una valoración a través del test de Denver, con herramientas de sensibilización que establezcan valores que incentivan la salud y la nutrición de los niños.

6.6 Fundamentación Científico Técnico

6.6.1 Evaluación del Desarrollo

Alteraciones en el desarrollo (AIEPI)

El trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación significativa del “curso” del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social.

Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno.

Los problemas de desarrollo en el niño pueden presentarse de diversas maneras: como alteraciones en el desarrollo motor, en el lenguaje, en la interacción personal-social, en lo cognitivo, etc. La mayoría de las veces existen compromisos que afectan más de una función. En este caso, el niño tiene alteraciones funcionales mixtas en su desarrollo.

Concepto.- Es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones.

El desarrollo infantil en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social.

Tabla 30: Condición de desarrollo niño de 2 meses a 2 años

Ausencia de una o más condiciones para el grupo de edad anterior a la edad del niño	PROBABLE RETRASO DEL DESARROLLO
• Perímetro cefálico <p10 o >p 90; o	
• Presencia de tres o más alteraciones fenotípicas	
Ausencia de una o más de las condiciones para el Grupo de edad al que pertenece el niño.	POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO
	DESARROLLO NORMAL
• El niño cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece pero hay uno o más factores de riesgo	CON FACTORES DE RIESGO
Cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece de riesgo el niño y no hay factores	DESARROLLO NORMAL

Fuente: Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI (2007)

Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. (Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI (2007))

Tabla 31: Vigilancia del desarrollo en niños (Menor de un mes)

<p>Reflejo de Moro</p> <p>Posición del niño: acostado en decúbito dorsal (boca arriba).</p> <p>Existen varias maneras de verificar su respuesta; una de ellas consiste en colocar al niño decúbito dorsal sobre una manta, la que debe ser bruscamente retirada.</p> <p>Otra manera es aplaudiendo sobre la cabeza del niño.</p> <p>Respuesta esperada: extensión, abducción y elevación de ambos miembros superiores seguida de retorno a la habitual actitud flexora en aducción.</p> <p>Ésta debe ser simétrica y completa.</p>
<p>Reflejo cócleo-palpebral</p> <p>Posición del niño: acostado en decúbito dorsal (boca arriba).</p> <p>Aplauda a 30 cm. de la oreja DERECHA del niño y verifique la respuesta.</p> <p>Repita de la misma manera en la oreja IZQUIERDA y verifique su respuesta.</p> <p>Debe ser obtenido en un máximo de dos o tres intentos, en vista de la posibilidad de la habituación del estímulo.</p> <p>Respuesta esperada: pestañeo de los ojos.</p>
<p>Reflejo de succión</p> <p>Posición del niño: pida a la madre que coloque al niño en el pecho y observe.</p> <p>Si mamá hace poco, estimule sus labios con el dedo y observe.</p> <p>Respuesta esperada: el niño deberá succionar el pecho o realizar movimientos de succión con los labios y lengua al ser estimulado con el dedo.</p>
<p>Brazos y piernas flexionadas</p> <p>Posición del niño: acostado en decúbito dorsal (boca arriba).</p> <p>Postura esperada: debido al predominio del tono flexor en esta edad, los brazos y las piernas del niño deberán estar flexionados.</p>
<p>Manos cerradas</p> <p>Posición del niño: en cualquier posición observe sus manos.</p> <p>Postura esperada: sus manos, en este grupo de edad, deberán estar cerradas.</p>

Fuente: Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI (2007)

Tabla 32 : Vigilancia del desarrollo en niños menores de dos meses

<p>Vocaliza</p> <p>Posición del niño: durante el examen, en cualquier posición, observe si el niño emite algún sonido, como sonidos guturales o sonidos cortos de las vocales. No debe ser llanto. En caso que no sea observado, pregunte a quien lo acompaña si el niño hace estos sonidos en casa.</p> <p>Respuesta esperada: si el niño produce algún sonido o el acompañante dice que lo hace, entonces él ha alcanzado esta condición</p>
<p>Movimiento de piernas alternado</p> <p>Posición del niño: acostado en decúbito dorsal, sobre la camilla o colchoneta, observe los movimientos de sus piernas.</p> <p>Respuesta esperada: movimientos de flexión y extensión de los miembros inferiores, generalmente en forma de pedaleo o entrecruzamiento, algunas veces con descargas en extensión.</p>
<p>Sonrisa social</p> <p>Posición del niño: acostado en decúbito dorsal, sobre la camilla o colchoneta, sonría y converse con él. No le haga cosquillas ni toque su cara.</p> <p>Respuesta esperada: el niño sonrío en respuesta. El objetivo es obtener más una respuesta social que física.</p>
<p>Abre las manos</p> <p>Posición del niño: acostado en decúbito dorsal, sobre la camilla o colchoneta observe sus manos.</p> <p>Postura esperada: en algún momento el niño deberá abrir sus manos de manera espontánea</p>

Fuente: Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI (2007)

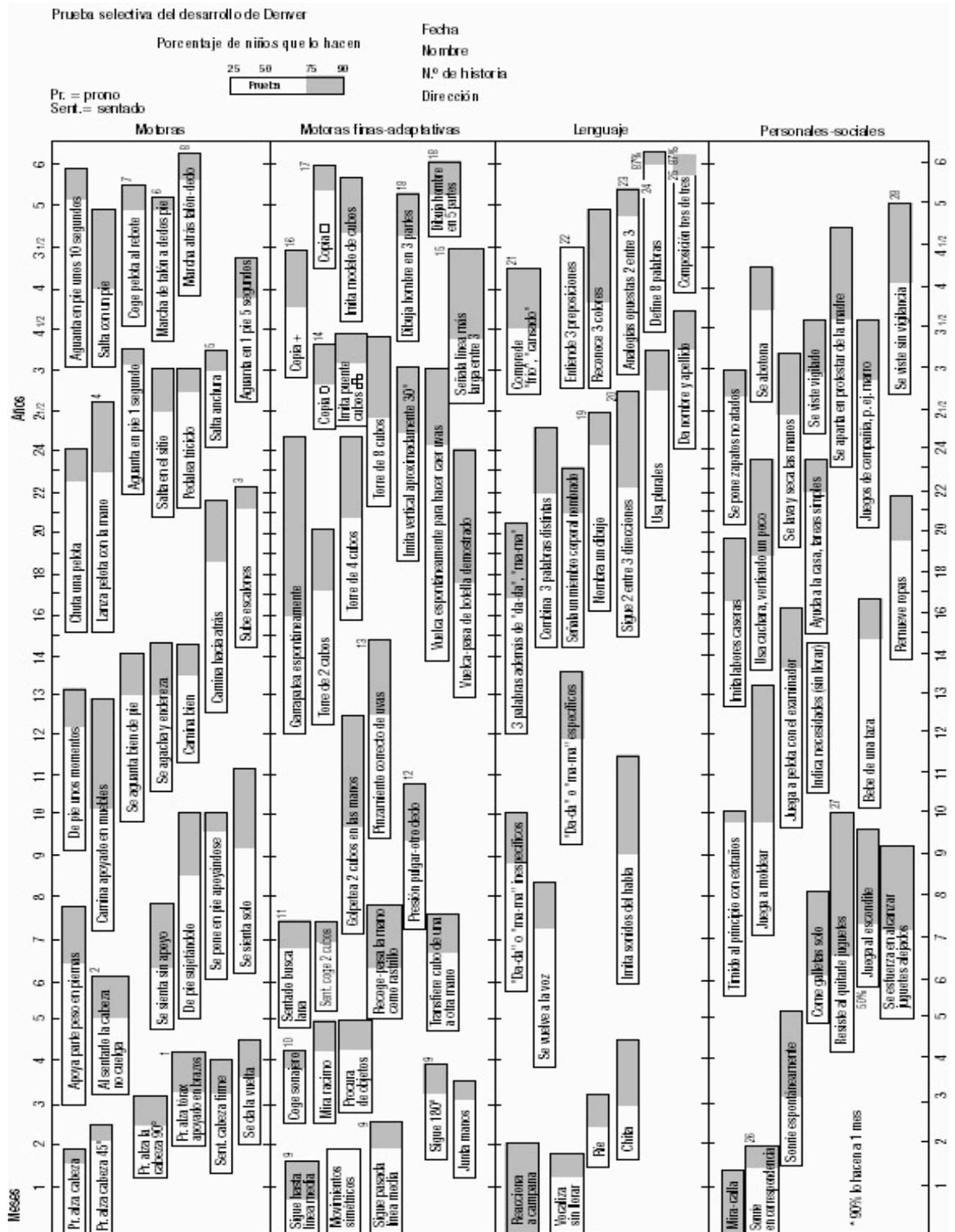
Tabla 33: Áreas del Desarrollo

MESES	MOTROR FINO	MOTOR GRUESO	VISIÓN Y LENGUAJE	COMPORTAMIENTO SOCIAL	JUEGO Y APRENDIZAJE
1 mes	-Levanta la cabeza por momentos -Aprieta cualquier objeto colocado en su mano	-Mueve los brazos y piernas	-Mira momentáneamente a la persona que se acerca. -Se queda quieto cuando escucha un ruido -Llora por una causa (hambre, frío, sueño)	-Sonríe ante caras familiares	-Mama “chupa”
2 mes	-Junta las manos	-Estando de lado se pone boca arriba	-Sigue con la vista a la persona que se mueve -Voltea hacia el sonido -Vocaliza A, E, U, sonrío -Sonríe ante caras familiares		
mes	-Se levanta apoyado en brazos -Estira los brazos hacia un objeto sin conseguirlo	-Sentado rodeado de cojines	-Observa los objetos a su alcance -Reconoce la voz de su madre a distancia -Hace diferentes sonidos (agú)	-Se alegra cuando le van a dar el pecho	-Se interesa por la sonaja -Juega con sus manos
3 mes	-Levanta la cabeza y hombros -Toca los objetos	-De boca arriba se pone de lado -Necesita apoyo para sentarse	-Responde con sonidos cuando le hablan	-Se ríe con las personas	-Mueve la sonaja y la mira -Relaciona el ruido con el sonajero
4 mes	-Se apoya en un lado -Agarra objetos con toda la mano	-De boca abajo se voltea boca arriba	-Da gritos de alegría		-Come de la cuchara -Coge un objeto mientras mira otro -Ríe y vocaliza al jugar con los objetos

5 mes	-Al levantarlo la cabeza no cae -Se pasa objetos de una mano a otra -Hace pinza	-De boca arriba se voltea boca abajo -Se mantiene sentado apoyado en sus manos -Se pone en posición de gateo por algunos momentos	-Se alegra con la música -Hace gorgoritos	-Reconoce a diferentes personas	-Come galleta solo -Desparrama objetos -Coge sus pies con las manos -Busca objetos caídos
6 mes	-Coge un objeto en cada mano	-Comienza sentarse solo -Se arrastra	-Repite TA, LA, CA, etc.	-Toca su imagen en el espejo	-Lleva sus pies a la boca
7 mes	-Mueve la cabeza en toda dirección	-Se voltea fácilmente -Gatea	-Dice PA – PA	-Dice adiós con la mano	-Bebe del vaso con ayuda -Tira los juguetes al suelo -Intenta coger objetos lejanos
8 mes	-Coge con el pulgar e índice	-Desde cualquier posición logra sentarse -Se para apoyándose en las cosas	-Dice MA – MA		-Saca objetos de un recipiente
9 mes		-Camina apoyándose en las cosas	-Dirige su mirada a un objeto lejano -Repite los sonidos que escucha	Entiende la palabra “no”	-Se le comienza a sentar el bacín con ayuda -Mete objetos en un recipiente -Juega a dar palmadas -Examina objetos
10 mes		-Da pasos sujeto de la mano	-Dice 2 – 3 palabras		-Come con los dedos -Sujeto de la mano empuja la pelota -Busca el contenido de las cajas

11 mes		-Comienza a caminar solo	-Señala lo que quiere	Entiende el “dame – toma”	-Ofrece y quita juguetes -Hace garabatos
15 mes	Mete objetos pequeños en una botella	-Se sienta y sabe pararse del banquito -Sube y baja gradas gateando	-Señala lo que quiere		-Avisa que se ha mojado -Coloca un objeto sobre otro -Empuja y arrastra juguetes
18 mes		-Camina con seguridad	-Dice más palabras	-Pide el bacín -Pasa páginas de un libro -Abraza su muñeco -Reconoce los objetos en las figuras	
21 mes			-Junta dos palabras “mamá, agu”	Ayuda en tareas simples en la casa	-Se viste con ayuda -Coloca objetos uno junto al otro -Imita juegos -Señala partes del cuerpo en las figuras
24 mes			-Dice oraciones simples “vamos mamá”		Usa pañales sólo de noche Juega con otros niños Cumple órdenes sencillas
30 mes			-Usa el “yo” y “tú”	-Puede jugar con niños y adultos	-Ya no usa pañales -Hace puentes con los objetos -Construye juegos de varias piezas -Dibuja

Gráfico 35: Evaluación del desarrollo



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

Para la evaluación se aplican los test:

- ✚ Test de Aldrich y Norval para los 12 primeros meses de edad.
- ✚ Test de Barrera – Moncada para los niños de 12-60 meses de edad.

Como se grafica

- ✚ El registro se hará en el gráfico con una X relacionando el Ítem y la edad en meses.
- ✚ Zona negra es el promedio del desarrollo del niño.
- ✚ La zona gris (zona del 95%) y blanca inferior son consideradas como rango de normalidad.

El niño/a ubicado en la zona blanca superior requiere una valoración más completa, para lo cual se utiliza el test de Denver (instrumento útil para descubrir los retrasos en la infancia y en los años preescolares).

Gráfico 36: Normas para la Evaluación del Desarrollo de los 12 Primeros meses de edad

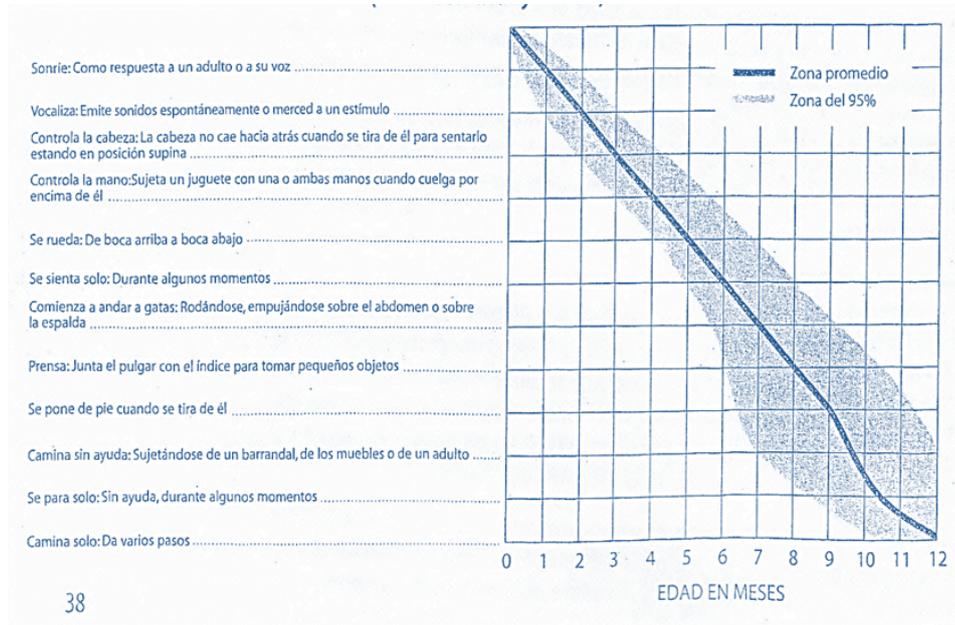


Figura N. 10: Test de Aldrich y Norval

Fuente: MSP, hojas del MSP FORM 028 A/02

Gráfico 37: Normas para la evaluación del desarrollo de los 12 a los 60 meses de edad

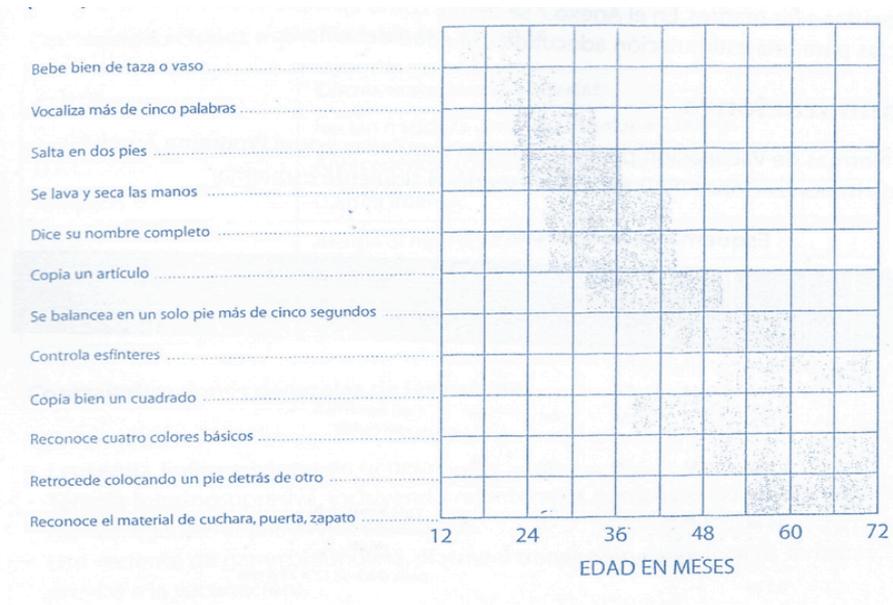


Figura N. 10: Adaptado de Barrera Moncada

Fuente: MSP, hojas del MSP FORM 028 A/02

6.6.2.- Alimentación en los tres primeros años de vida

Nutrición:

Comprende un conjunto de fenómenos involuntarios que suceden tras la ingesta de los alimentos, es decir: la digestión, la absorción o paso a la sangre desde el tubo digestivo de sus componentes o nutrientes, y su asimilación en las células del organismo.



Lactancia Materna Exclusiva



La leche materna es el único alimento capaz de satisfacer todas las necesidades nutricionales durante los primeros 6 meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados como agua o jugos.

Beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva: Para el Niño(a)

- a) Nutrición óptima.
- b) Fácil digestibilidad.
- c) Mayor protección inmunológica.

- d) Mejor desarrollo intelectual.
- e) Mejor organización biocronológica y del estado de alerta.
- f) Patrones afectivos-emocionales más adecuados.
- g) Mejor desarrollo dentó maxilar y facial.
- h) Menor frecuencia de trastornos alérgicos.
- i) Menor riesgo de desarrollo de Diabetes Mellitus tipo 1.
- j) Menor riesgo de obesidad.

Para la Madre



- a) Retracción precoz del útero.
- b) Recuperación del peso, ayuda a perder grasa ganada durante el embarazo.
- c) Prevención de cáncer de mamas y ovario.
- d) Fortalecimiento de la autoestima materna.
- e) Establecimiento del apego madre niño(a)
- f) Satisfacción emocional de la madre.
- g) Menor costo económico.
- h) Probable menor riesgo de depresión posparto.

Para la Familia



- a) Refuerzo de lazos afectivos familiares, prevención del maltrato infantil.
- b) Espaciamiento de los nacimientos.
- c) Ahorro en alimentos y gastos por enfermedad.

Alimentación Complementaria

Son alimentos diferentes de la leche materna que se ofrecen al lactante, una vez ésta no es suficiente como único alimento para cubrir sus requerimientos nutricionales. Esta no debe ser entendida como suspensión del amamantamiento, por el contrario, la alimentación al pecho debe continuarse hasta los 2 años de vida, porque sigue siendo un alimento de excelente calidad, debe ofrecerse antes de brindarle alimentos complementarios al bebé.

La alimentación complementaria oportuna.

- ✚ Complementa la energía y los nutrientes de la leche materna para promover un óptimo crecimiento y desarrollo.
- ✚ Promueve la formación de conductas alimentarias.
- ✚ Estimula el desarrollo de diferentes áreas: personal, social y motora.

Riesgos de un inicio temprano (Antes de los 4 meses)

Es innecesaria y podría representar grandes riesgos para el estado nutricional y la salud del lactante como:

- ✚ Disminución de la ingestión de leche materna y desplazamiento de la alimentación al pecho por alimentos menos nutritivos, lo cual puede ocasionar desnutrición.
- ✚ Disminución de producción de leche materna en la madre.
- ✚ Deficiente digestión y absorción de nutrientes y diarrea.
- ✚ “Alimentación forzada” debido a que el lactante, por su inmadurez neuromuscular, es incapaz de demostrar saciedad.
- ✚ Alergias alimentarias.
- ✚ Inmadurez neuromuscular: conllevando a problemas de deglución, aspiración con tos y ahogamiento.
- ✚ Deshidratación.
- ✚ Mayor riesgo de caries dental.
- ✚ A largo plazo hábitos alimentarios indeseables.
- ✚ Contaminación de los alimentos complementarios, que aumenta el riesgo de diarrea y otras enfermedades infecciosas.

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

- ✚ Insuficiente energía para apoyar un óptimo crecimiento y desarrollo.
- ✚ Dificultad para la aceptación de otros alimentos.
- ✚ Aumenta el riesgo de malnutrición y deficiencia de micro nutrientes, principalmente el hierro.

Niño de 1 a 2 años

La alimentación del niño debe ser variada, incluyendo diariamente los diferentes grupos de alimentos. 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.

ESQUEMA DE INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

EDAD	ALIMENTOS	PREPARACIÓN – RECOMENDACIONES	FORMA DE SUMINISTRO	TIPOS DE ALIMENTOS QUE PUEDEN
0 – 6 MESES	LECHE MATERNA EXCLUSIVA	Lactancia materna	Alimento ideal, a libre demanda del bebé	Líquidos
6 MESES	Cereales: Harina de maíz, de arroz, avena, trigo.	Papillas, preparadas con un solo alimento y con una consistencia semisólida. Más adelante los puede mezclar con verduras o legumbres.	Con cuchara y desarrolle el agarre palmar.	Alimentos en puré
	Frutas: Manzana, pera, banano, papaya, guayaba, durazno, melón.	En jugos y compotas. Luego en puré o en pequeños trozos. No se les debe adicionar miel y si se utiliza azúcar en pequeñas cantidades.	Con cuchara o vaso. Cuando el bebé esté más grandecito y pueda coger, se debe estimular para el desarrollo motor.	
	Verduras: Zanahoria, habichuela, arveja, espinaca.	En puré o en sopa de una sola verdura mientras se mira tolerancia. También ofrézcalas en trozos pequeños o como parte de otras preparaciones.	Con cuchara o pocillo. Intente darlas en la mano del bebé para que estimule el desarrollo motor.	
7 MESES	Tubérculos: Papa, yuca, guineo.	En puré, sopas cremas, compota y/o trocitos.	Ofrézcalos con cuchara o pocillo.	Alimentos en puré.
	Cereales: Arroz, espaguetis, pan, galletas.	En puré o bríndelos en trozos.	En cuchara o remojados en migas.	Alimentos picados, que pueda coger.
8 MESES	Carnes: Res, pollo, vísceras, no incluir carnes frías por su alto contenido de sal.	Adicionar licuadas a las sopas de verduras, cereales o plátanos y tubérculos.	Las puede dar con cuchara. Debe estimular la masticación y el agarre palmar y de pinza de los niños, ofreciéndola partida en trozos.	Alimentos que pueda coger con los dedos.
	Leguminosas: Fríjol, lentejas, garbanzos, arveja.	Puede dar el grano entero en sopas.	Proporciónelas con cuchara.	
12 MESES	Productos lácteos: yogurt, leche entera, quesito.	Ofrézcalas después del sexto mes en forma individual, en los intermedios de las comidas	Con cuchara. El queso en trozos	Alimentos picados, que pueda coger con los dedos.
	Yema de huevo	Siempre cocido y tibio, no crudo.	La yema de huevo debe darla con cuchara, inicialmente en poca cantidad y progresivamente se va aumentando.	
	Huevo completo	Observe la tolerancia de un huevo al día.		
	Pescado	Observe la tolerancia		
	Comida	Dieta familiar		

6.6.3 Higiene personal

Es el principal objetivo de los padres crear hábitos de higiene personal en los hijos, pero debes tener claro que base de ello es que lo hagas en orden, y preparándote para que a medida que crece seas su patrón de imitación. Sigue tus buenas costumbres y seguro lo harás bien, siempre con afecto y positivismo.

La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo.

La ducha diaria con agua y jabón, elimina todas estas secreciones.



Debe prestarse atención especial a axilas, ingles, alrededor del ano y zona genital, pies y manos.

El cabello debe lavarse con jabón o champú frecuentemente. Los peines, siempre de uso personal, se mantendrán limpios mediante el uso de soluciones detergentes.

Después de la ducha, la piel se secará perfectamente. Cada miembro de la tripulación debe tener su propia toalla.

Higiene de las Manos:



Las manos son nuestro principal instrumento de trabajo y se mancharán con diversas sustancias, a la vez que son fuente de contaminación de todo lo que toquemos, pues en ellas, sobre todo alrededor de las uñas, se acumulan múltiples gérmenes. Por ello es necesario que las lavemos frecuentemente con agua y jabón, y siempre antes de comer y después de ir al retrete.

Las uñas han de recortarse regularmente para evitar el acúmulo de suciedad, de forma curva las de las manos y recta las de los pies. Los manipuladores de alimentos cuidarán especialmente estas medidas de higiene corporal, pues si no pueden transmitir diversas enfermedades. No dejarán sin tratar las heridas o grietas localizadas en los dedos.

Higiene de la Boca



En los lactantes se utilizara una gasa humedecida con agua y se le pasara en la boca. La utilización de un cepillo dental para la limpieza después de todas las comidas es un factor imprescindible para prevenir la aparición de infecciones en encías y caries. Los alimentos y bebidas dejan residuos entre los dientes que, al fermentar, favorecen la aparición de estos procesos en el caso de los lactantes

Higiene de los Ojos

Aunque los ojos tienen un mecanismo propio de limpieza, constituido por el sistema lagrimal, deben lavarse diariamente con agua, especialmente al levantarse, para eliminar las legañas producidas durante el sueño. Como medida de protección de los ojos hay que tener en cuenta: usar una buena luz para estudiar y leer, que entre por la izquierda para los diestros y por la derecha para los zurdos.

Las infecciones oculares, principalmente las conjuntivitis, son muy contagiosas, y todos los objetos que estén en contacto con los ojos serán de uso personal (toallas, pañuelos...).

Higiene del Vestido

La limpieza de la misma, y especialmente de la ropa interior, es muy importante. Esta última será preferiblemente de fibras naturales, que facilita la transpiración y dificulta la aparición de alergias.



El Sueño

Las necesidades del sueño varían según la edad y la actividad. Los niños de 4 a 12 años necesitan aproximadamente 10 horas de sueño y los adolescentes de 8 a 10. A mayor actividad física y mental, más número de horas de sueño se necesitan. La falta de sueño produce en los niños fatiga, dificultad de aprendizaje e influye negativamente en su equilibrio personal. Los niños deben acostarse y levantarse todos los días aproximadamente a la misma hora. Hay algunos elementos y situaciones que facilitan el sueño: una habitación silenciosa, oscura y aireada con temperatura moderada, una cama dura y plana, una cena ligera y bebidas no excitantes, actividades relajantes antes de dormir (ducha, lectura).

Recursos para un buen aseo

Toalla
Jabón
Champo
Ropa limpia
Agua



6.6.4.- Métodos Anticonceptivos

Son métodos que evitan que la mujer salga embarazada, y son la ayuda para una buena planificación familiar.

Planificación Familiar

Es un proceso en el que la mujer decide cuantos hijos quiere tener y cuando quiere tenerlos. Se inicia cuando la mujer empieza a tener relaciones sexuales y permanece durante toda su edad reproductiva (hasta la menopausia).

Una buena planificación familiar requiere de la buena comunicación entre la pareja, y de la educación que ésta reciba acerca de los métodos de anticoncepción, salud materno infantil, y otros temas relacionados.

Métodos Anticonceptivos Naturales

Son aquellos métodos que se basan en la fisiología (función) hormonal de normal de la mujer, en los cuales hay abstención de hacer relaciones sexuales durante la ovulación (momento en el cual el óvulo sale del ovario) y los días cercanos a ella (días de riesgo para quedar embarazada)

MÉTODO	MOCO	MOCO CERVICAL	TEMPERATURA BASAL
--------	------	---------------	-------------------

Método Anticonceptivo de Barrera

Son aquellos métodos que impiden el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, ya sea formando una barrera mecánica (preservativo, diafragma) o química (óvulos vaginales, jaleas).

MÉTODO	PRESERVATIVO	DIAFRAGMA	OVULOS VAGINA LES
--------	--------------	-----------	-------------------

Método Anticonceptivo Hormonal

Son aquellos métodos basados en el uso de hormonas sexuales (estrógenos y/o progestágenos), cuyos objetivos finales son impedir que se desarrolle la ovulación en la mujer, y generar condiciones adversas en la vagina, cérvix y endometrio que

impidan que se llegue a realizar la fecundación (unión del espermatozoide con el ovulo).

MÉTODO	ORALES COMBINADOS	INYECCIONES
	ORALES DE SOLO PROGESTAGENOS	PARCHES
	ANILLOS VAGINALES	IMPLANTES

✚ Dispositivo Intrauterino (DIU)

Es un método anticonceptivo, que se basa en la colocación dentro de la cavidad uterina de un elemento que con efecto mecánico, químico, u hormonal; impide que los espermatozoides lleguen a fecundar los óvulos, ya que son inmovilizados, o destruidos para que no cumplan su función. Se diferencian de los métodos de barrera porque los DIU actúan a nivel de cavidad uterina, mientras que los de barrera lo hacen a nivel vaginal.

MÉTODO	T DE COBRE	DIU HORMONAL
--------	------------	--------------

✚ Anticonceptivo Quirúrgico

Es un método que consiste en el bloqueo quirúrgico de los conductos que sacan a las células de la fecundación de su almacenamiento (espermatozoides u óvulos)

MÉTODO	BLOQUEO TUBARICO BILATERAL	VASECTOMIA
--------	----------------------------	------------

✚ Método Anticonceptivo a Elegir

Se debe elegir el método de acuerdo a la facilidad de uso, posibilidades de cumplirlo y efectividad anticonceptiva. Para ello se debe consultar al médico de los posibles efectos adversos y contraindicaciones en relación al organismo de la persona que lo va a usar.

Se recomienda que la decisión en el uso deba ser voluntaria, y en la medida de lo posible en común acuerdo con la pareja.

6.7 Plan de modelo Operativo

Tabla 34 Modelo Operativo

Fases	Etapas	Metas	Actividades	Presupuesto	Responsable
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> Recolección de la información científica 	<ul style="list-style-type: none"> Disponer del material en un 100% de planificación 	<ul style="list-style-type: none"> Bibliografía relacionada con el tema Datos estadísticos del tema 	<ul style="list-style-type: none"> Rotafolio \$ 20. Internet \$ 10. Transcripciones e Impresiones \$ 15. Copias \$ 15. Transporte \$ 40. 	<ul style="list-style-type: none"> Equipo ejecutor de la propuesta : Est Beatriz Masabanda Lic. Teresa Landázuri tutora de tesis
	<ul style="list-style-type: none"> Identificar al personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> El 100% del personal de salud presente 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de las historias clínicas Invitar al personal de salud 		
	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de la propuesta educativa 	<ul style="list-style-type: none"> Propuesta educativa realizada 	<ul style="list-style-type: none"> Charlas educativas Plan de capacitación Rotafolio Talleres de aplicación 		
	<ul style="list-style-type: none"> Ubicación del lugar para la reunión del personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Lugar aprobado por el equipo del puesto de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Arreglo del lugar Revisión del trabajo Datos de las historias clínicas 		
Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de la propuesta 	<ul style="list-style-type: none"> El 100% del personal del puesto de salud está presente 	<ul style="list-style-type: none"> Listado de asistencia a la charla Listado de asistencia a los talleres de capacitación Listado de asistencia a la capacitación con el rota folio 		
Evaluación					

	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de todos los contenidos explicativos 	<ul style="list-style-type: none"> El 98% del personal de salud realiza una valoración adecuada de los test para valorar el desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar la valoración de los test para el desarrollo de los niños 		
	<ul style="list-style-type: none"> Seguimiento de la aplicación de los test en los niños 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las historias y verificar que se han valorado los test 	<ul style="list-style-type: none"> Acudir al puesto de salud para verificar la valoración de los test en las historias clínicas, conjuntamente con el equipo de salud 		

Fuente: Investigativa

Elaborado por: Beatriz Masabanda

6.8 Administración de la Propuesta

La Universidad Técnica de Ambato por las estudiantes del VI Seminario de Graduación de enfermería que realizan su trabajo en el sector de Artezón, para efectos de evaluación tomara en cuenta al puesto de salud de Artezón con el personal que labora en el puesto de salud mencionado.

6.9 Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

El plan de monitoreo se realizara de acuerdo al modelo operativo a través de las evaluaciones trimestrales, acudiendo al puesto de salud conjuntamente con el personal de salud a verificar en las historia clínicas que se realice la aplicación de los test para la valoración del desarrollo de los niños, además la educación integral a los niños y se tomaran en cuenta las respectivas sugerencias para mantener o modificar.

Tabla 35: Cronograma de Plan Operativo

Cronograma del Plan Operativo																									
Fases	Actividades/Semanas	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero			
		1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
Planificación	Recolección de la información de la valoración	x	x																						
	Captar al personal de salud		x																						
	Elaboración de la propuesta educativa			X	x	x	x																		
	Ubicación del lugar para la reunión del personal							x																	
Ejecución	Charlas							x																	
	Importancia de la aplicación de los test								x	x															
	Importancia de la higiene y alimentación de los niños										x														
	Talleres											x													
	Valoración de Aldrich y Norval y Barrera M												x												
	Charla de Métodos Anticonceptivos													X											
	Valoración de Denver														x										
	Rotafolio															x	x								
	Higiene																	x							
Evaluación	Importancia de detección temprana de posibles complicaciones																			x					
	Evaluación de todos los contenidos explicativos																				x				
	Seguimiento las historias clínicas																					x			
	Hojas llenas de la aplicación de los test para la valoración																					x	x	X	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- BIBLIOGRAFÍA

- ✚ CASTELÓ y otros; Factores de riesgo y consecuencias sociales del embarazo en adolescentes, en *Pediátrica Baca Ortiz*. Vol. 1, 2009, Quito-Ecuador págs. 289-298.
- ✚ CLAUDEL, “La Familia” Editorial Salitre, 1ra Edición 2008.
- ✚ CASTELLANOS, B, (2007) Educación de la sexualidad en países de América Latina y el Caribe. Editorial Quito, México.
- ✚ GARCÍA Tomás, Control y pruebas de detección del desarrollo en lactantes y niños pequeño. Edit. *Pediatrics* 2007. Pág.41 – 45.
- ✚ GÓMEZ Duque, Características personales y educación sexual. Madrid España. pág. 212.
- ✚ LAWRENCE K, “Educación Moral” Barcelona España. Editorial Ateneo segunda Edición. Año 2008.
- ✚ LONDON ML, Enfermería Materno Infantil, Editorial, Fuco segunda edición 2007.
- ✚ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Alimentación del niño y niña preescolar de 2 a 5 años, Dirección nacional de nutrición. PANN (2000)
- ✚ PÉREZ, Crisólogo, SALEM, María Isabel, (2010) Embarazo en Adolescentes Saberes Significados y Consecuencias, Capítulos 3, 4, 5, 6, Biblioteca Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador, Quito.

2.- LINKOGRAFÍA

- ✚ AGUILAR, MARÍA J., Mención de edición: 1a ed. Editorial: Elsevier (Madrid) Fecha de publicación: 2005 Número de páginas: 664 p. Il. : il., graf ISBN/ISSN/DL: 84-8174-768-8.

http://www.uta.edu.ec/v2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=52

✚ ANTOLÍN, MARCELA, Barone, Luis Roberto, Mención de edición: 1a ed. Editorial: Círculo Latino Austral Fecha de publicación: 2006 Número de páginas: 384 p. Il. : il, graf. ISBN/ISSN/DL: 987-941863—8.

http://www.uta.edu.ec/v2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=5

✚ BLOS, PETER, Mención de edición: 2a ed. Editorial: Amorrortu (Buenos Aires) Fecha de publicación: 2011 Número de p: 236 p. ISBN/ISSN/DL: 978-950-518-153-7. Clasificación: 159.922.8/B6236.

http://www.uta.edu.ec/v2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=52

✚ COLEMAN, JOHN; Hendry, Leo B., Kloep, Marion, 1a ed Editorial El Manual Moderno. Fecha de publicación: 2008. Número de páginas: 294 p. ISBN/ISSN/DL: 970-7293-40-3.

http://www.uta.edu.ec/v2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=52

✚ HERTELEER, JUAN, Herrera, Amparo, Mención de edición: 5a ed. Editorial: Organización Panamericana de la Salud, Fecha de publicación: s.f. Número de páginas: 48 p. Il. : il., graf. ISBN/ISSN/DL: 9978-411-26-7.

http://www.uta.edu.ec/v2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=52

✚ LADEWIG, PATRICIA W., London, Marcia L., Mención de edición : 5a ed. Editorial : Mc Graw Hill Interamericana. Fecha de publicación: 2002 ISBN/ISSN/DL: 84-486-0585-3.

http://www.uta.edu.ec/v2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=52

✚ ROBERTO ÍTALO TOZZINI, Mención de edición: 1a ed. Editorial: Corpus Editorial, Fecha de publicación: 2012 Número de páginas: 365 p. Il.: il; gráf, ISBN/ISSN/DL: 978-950-9030-97-8.

http://www.uta.edu.ec/v2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=52

3.- CITAS BIBLIOGRÁFICAS: Base de datos de U.T.A

✚ SCIELO: HERNÁNDEZ Guzmán, Andrés; Payán, Esteban; Monroy-Vilchis, Octavio Rev. biol.trop 59(3): 1285-1294, ILUS, TAB. 2011 Sep.

✚ SCIELO: MACIAS M, Adriana Ivette; Gordillo S, Lucero Guadalupe; Camacho R, Esteban Jaime Rev. chil. nutr. 39(3): 40-43, ND. 2012 Sep.

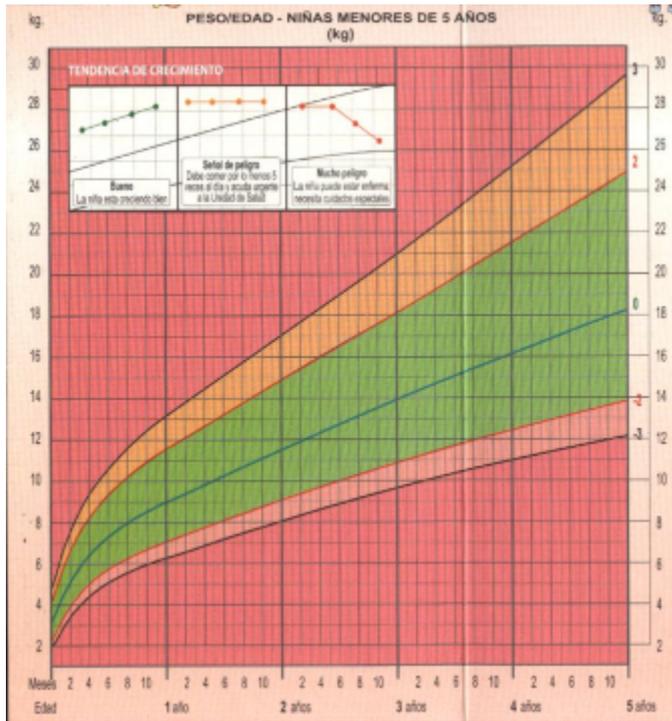
✚ SCIELO: MACMILLAN K, Norman Rev. chil. nutr. 32(3): 232-237, ILUS. 2005 Dec.

✚ SCIELO: NAVA B, Mariné Coromoto; Pérez G, Analy; Herrera, Héctor Antonio; Hernández H, Rosa Armenia Rev. chil. nutr. 38(3): 301-312, ILUS, TAB. 2011 Sep.

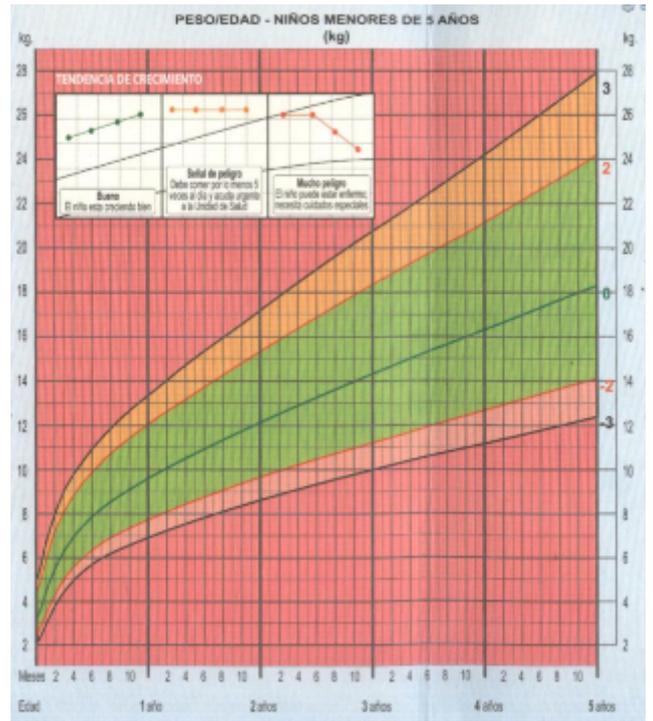
✚ SCIELO: RODRÍGUEZ Martín, Amelia; Novalbos Ruiz, José P.; Villagran Pérez, Sergio; Martínez Nieto, José M.; Lechuga Campoy, José L. Rev. Esp. Salud Publica 86(5): 483-494, TAB. 2012 Oct.

ANEXOS

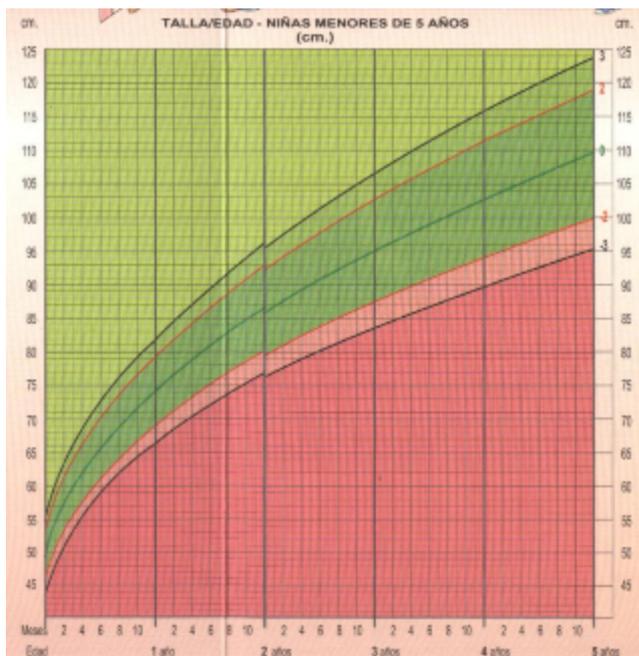
ANEXO 1



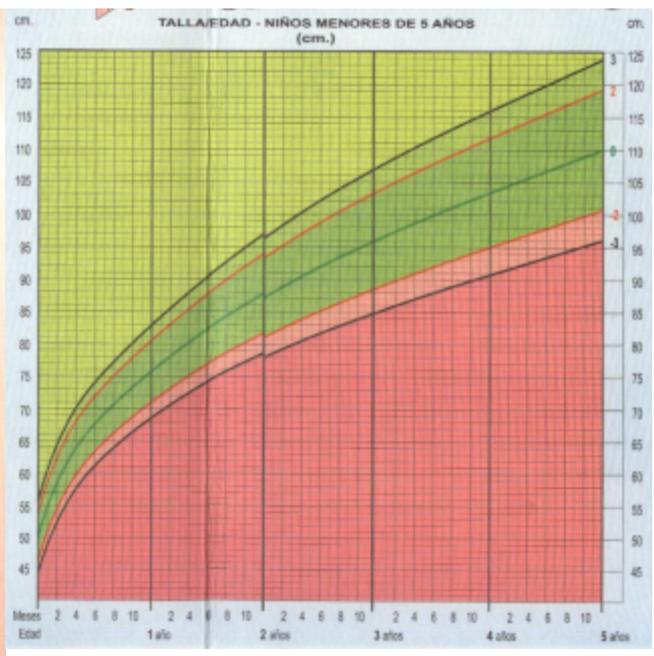
ANEXO 2



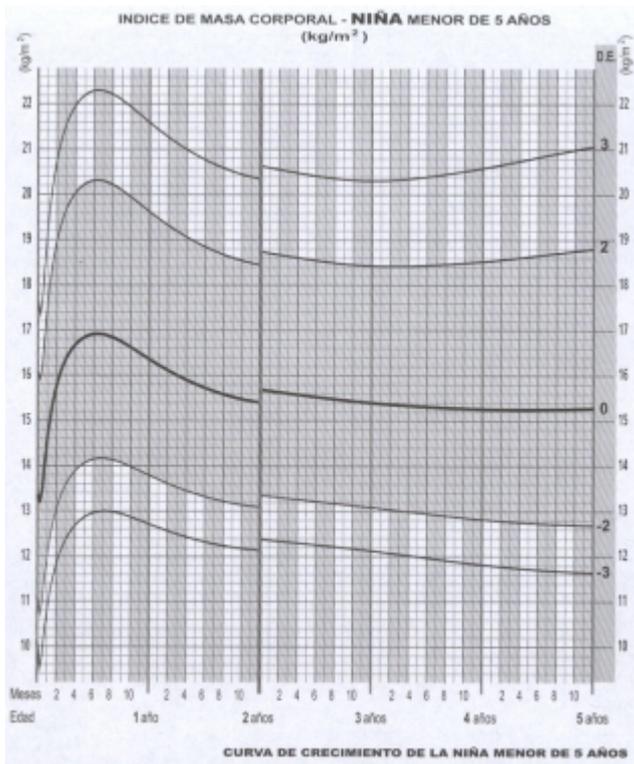
ANEXO 3



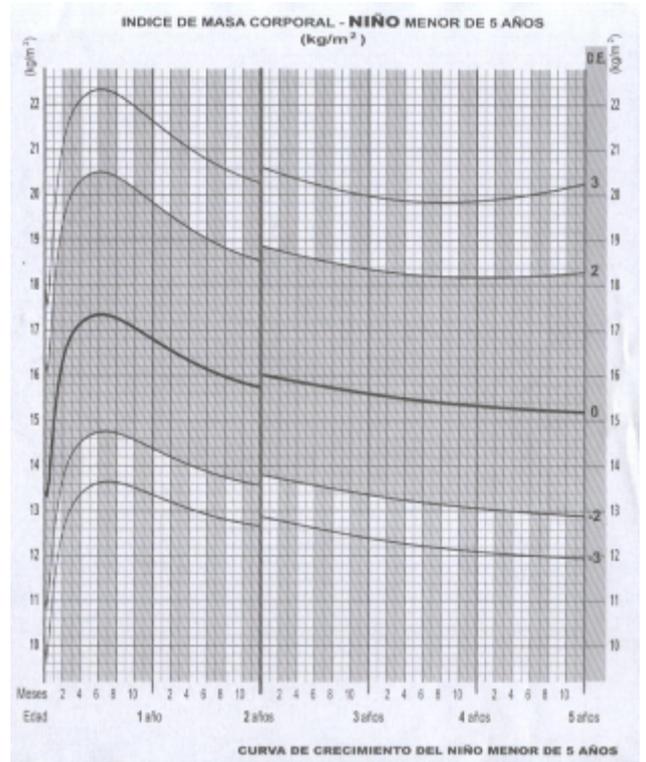
ANEXO 4



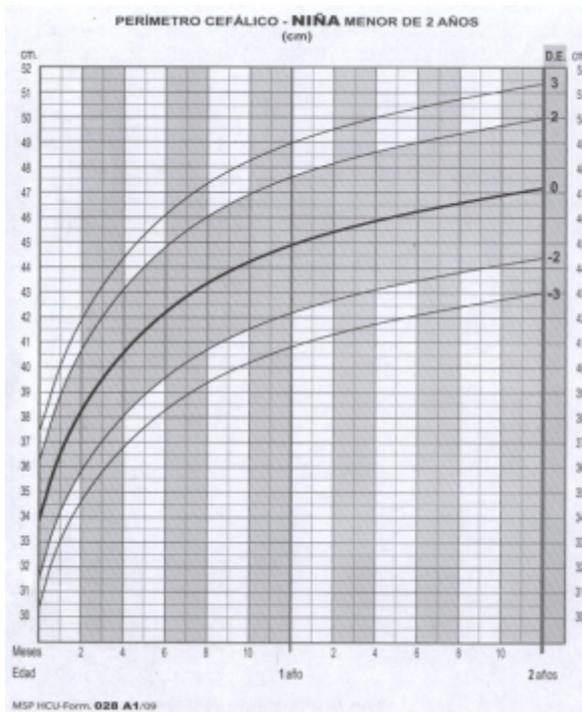
ANEXO 5



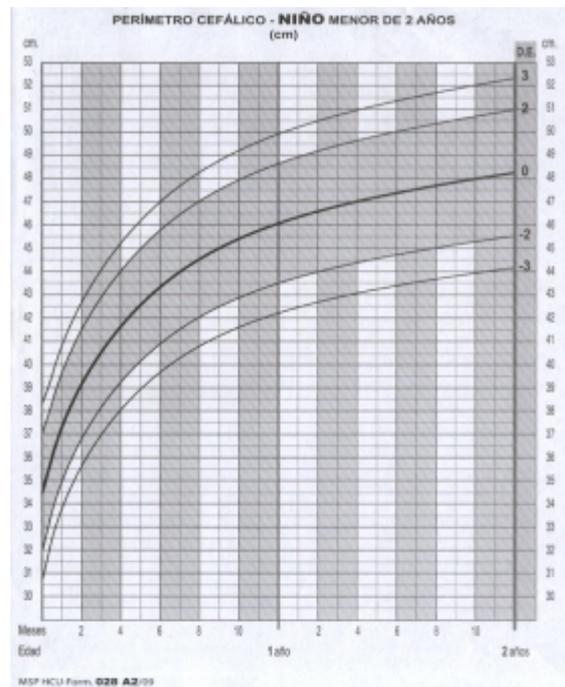
ANEXO 6



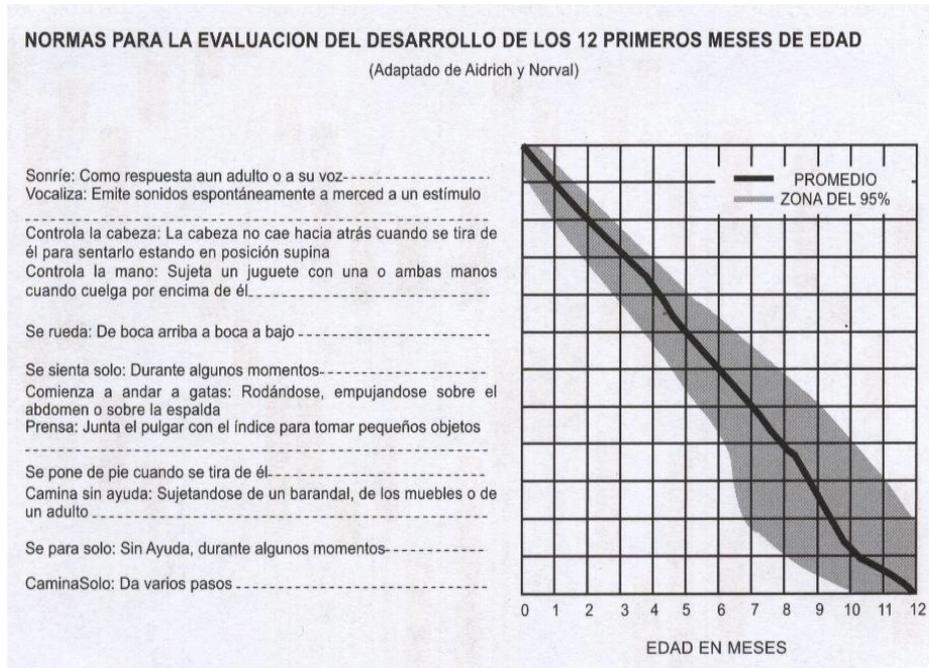
ANEXO 7



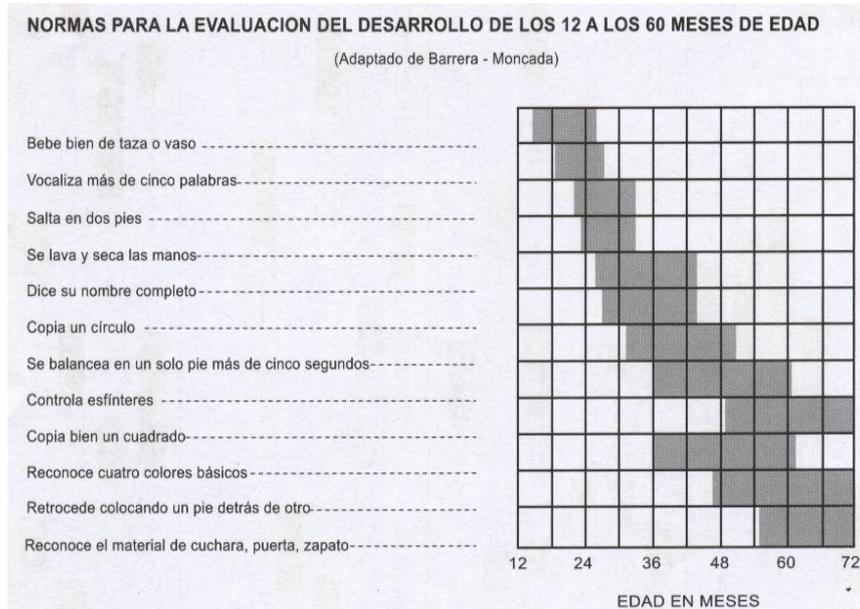
ANEXO 8



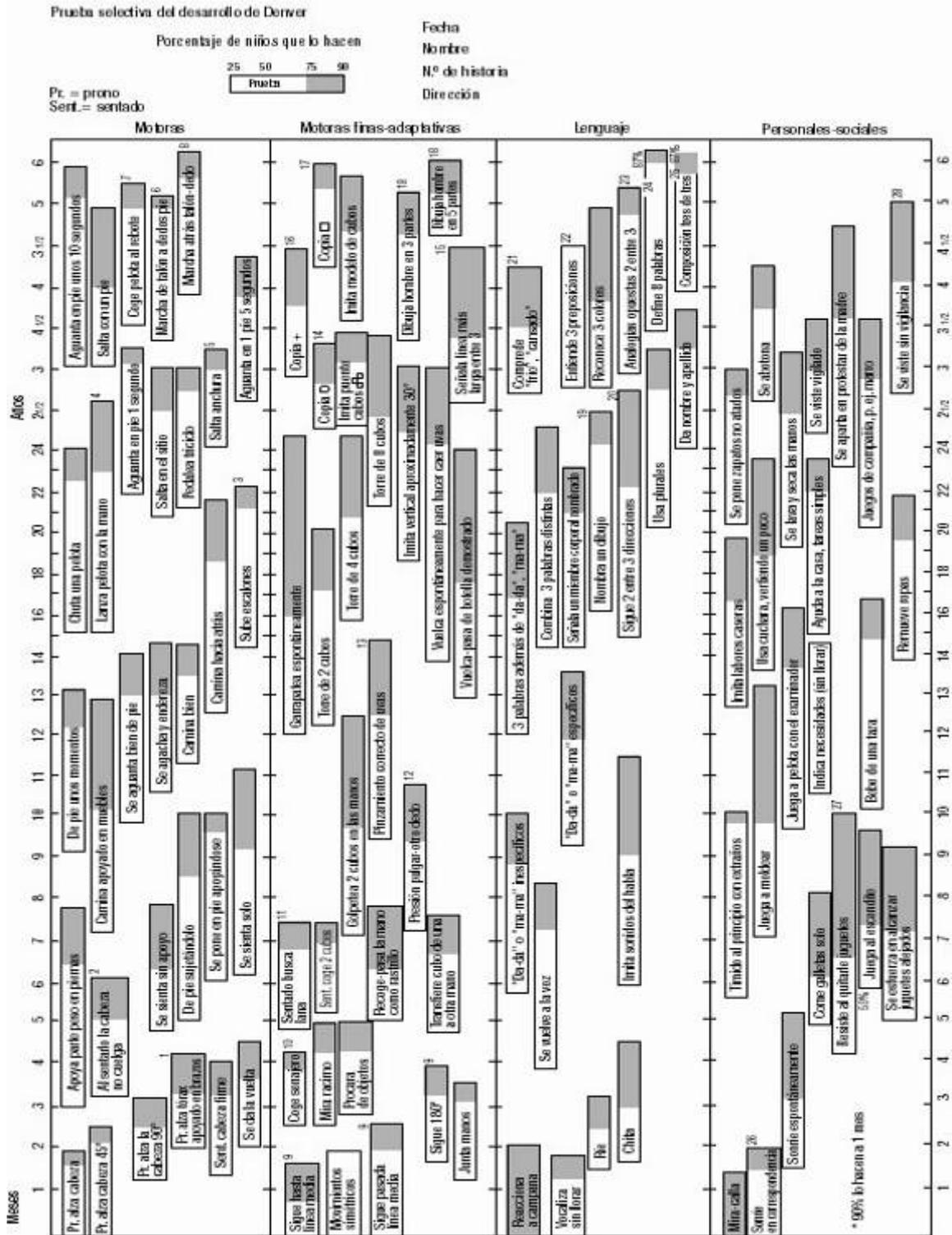
ANEXO 9



ANEXO 10



ANEXO 11



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

ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN
AL PUESTO DE SALUD DE ARTEZÓN DEL ÁREA 5.

Objetivo: Conocer si afecta o no el ser madre adolescente en el crecimiento y desarrollo del niño.

INSTRUCTIVO:

- La presente encuesta es de carácter anónimo.
- Sírvase contestar las siguientes preguntas marcando con una x la respuesta que considere más apropiada siendo esta una sola.

1.- ¿Cuál fue su edad al momento de ser madre, y el estado civil actual?

	Edad	Estado Civil
a) Adolescencia Temprana 10-13	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b) Adolescencia Media 14-16	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
c) Adolescencia Tardía 17-19	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

2.- ¿Cuál es el nivel educativo y ocupación actual?

a) Analfabeta	<input type="checkbox"/>	Estudia	<input type="checkbox"/>
b) Primaria	<input type="checkbox"/>	Trabaja	<input type="checkbox"/>
c) Secundaria	<input type="checkbox"/>	QQDD	<input type="checkbox"/>

3.- ¿A qué edad inicio las relaciones sexuales y edad de su primera menstruación?

	Relaciones S	Menstruación
a) Adolescencia Temprana 10-13	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

- b) Adolescencia Media 14-16
c) Adolescencia Tardía 17-19

4.-¿ Mantiene una vida sexual activa?

- a) Si
b) No

5.- ¿Con que frecuencia asistió al puesto de salud para realizarse los controles prenatales?

- a) 1-2 mes
b) 3-4 meses
c) 5-6 meses
d) 7-8 meses
e) 9 meses

6.- ¿Cuántos ecos se ha realizados en la etapa gestacional?

- a) Ninguno
b) 1
c) 2
d) 3 o mas

7.- ¿Qué complicaciones tuvo durante el embarazo?

- a) IVU
b) Amenaza de parto prematuro
c) Hipertensión

8.-¿En qué edad gestacional estaba al momento del parto?

- a) Pre termino
b) A término
c) Post termino

9.- ¿Tipo de parto que tuvo?

- a) Normal
- b) Cesárea
- c) Cesárea sufrimiento fetal
- d) Cesárea estrechez pélvica

10.- ¿Lugar o institución en el que fue atendido su parto?

- a) Domicilio
- b) Casa de Salud Publica
- c) Casa de salud privada

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

ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN
AL PUESTO DE SALUD DE ARTEZÓN DEL ÁREA 5.

GUIA DE OBSERVACION

Objetivo: Conocer si afecta o no el ser hijo de madre adolescente en el crecimiento y desarrollo.

INSTRUCTIVO:

- ✚ La presente encuesta es de carácter anónimo.
- ✚ Sírvase contestar las siguientes preguntas marcando con una x la respuesta que considere más apropiada siendo esta una sola.

1.- ¿Se valora APGAR a los niños hijos de las madres adolescentes q acuden al puesto de salud de Artezón?

Si

No

2.- ¿Cuál es edad y sexo de su hijo menor de 2 años 6 meses?

	Niño	Niña
a) 0-12 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 13-24 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 25-30 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.- ¿Qué alimentación le proporciono a su hijo?

	0-12 meses	13-24 meses	25-30 meses
a) Lactancia exclusiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+ Alimentación complementaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Dieta familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.- ¿Con qué frecuencia lleva al niño a los controles en el puesto de salud de Teligote?

- a) Mensual
- b) Bimensual
- c) Trimestral
- d) Nunca

5.- ¿Cuáles son las enfermedades que se han presentado con más frecuencia o por varias ocasiones en su hijo?

- IRA
- EDA
- Anemia
- Desnutrición
- IRA + EDA
- Ninguna

Guía de Observación

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA					
GUÍA DE OBSERVACIÓN					
Tema: “Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Puesto de Salud de Artezón del área número 5 del Ministerio de Salud Pública Cantón Pelileo, Provincia de Tungurahua en el periodo 23 de junio al 23 de noviembre del 2012					
Observador: Beatriz Masabanda.					
Objetivo: Establecer la relación que existe entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.					
1.- Existe alteración en el Peso-Talla.			2.- Existe alteración en la Talla Edad.		
Percentiles	Peso-Talla		Talla-Edad.		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
97 Percentil					
Entre 90 – 97 percentil					
Normal 10 – 90 percentil					
Entre 3 – 10 percentil					
< 3 Percentil					
3.- Existe alteración en el IMC.			4.- Existe alteración en el P/C.		
97 Percentil					
Entre 90 – 97 percentil					
Normal 10 – 90 percentil					
Entre 3 – 10 percentil					
< 3 Percentil					
5.- Se aplica el test de Denver en los niños.			3.- Como se encuentra el esquema de vacunación de los niños		
Test de Denver	Frecuencia	%	Esquema de Vacunación	Frecuencia	%
En cada control			Esquema completo para la edad		
Ocasionalmente			Esquema incompleto para la edad		
Fuente: Historias Clínicas de los niños que asisten al Puesto de Salud de Teligote.					

Elaborado por: Beatriz Masabanda.