



**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 TELIGOTE DEL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”

Requisito previo para optar por el título de Licenciada en Enfermería.

Autora: Masabanda Parra, Nancy Lorena

Tutor: Lic.Msc. Landázuri Troya, Teresa de Jesús.

Ambato – Ecuador

Junio, 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE TELIGOTE DEL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012” de Nancy Lorena 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 TELIGOTE 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**”, 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

Nancy Lorena 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

Nancy Lorena 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 TELIGOTE DEL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012**” de Nancy Lorena 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 lo dedico a Dios en primer lugar por regalarme la Sabiduría para realizar esta investigación.

A mis padres que con sus consejos y su amor han sabido guiar mi camino para cumplir mis anhelos con éxito.

A mi familia mis amigas y a todas esas personas que han puesto un granito de arena para que pueda culminar con éxitos mis proyectos.

Nancy Lorena Masabanda Parra

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería por haberme brindado la oportunidad de prepararme profesionalmente. Y de manera especial mi agradecimiento a la Lic. Teresa Landázuri que con sus conocimientos y paciencia ha sabido guiar la presente investigación.

Lorena Masabanda

ÍNDICE 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
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiv
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xvi
Resumen Ejecutivo	xviii
Executive Resumen	xx
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA:.....	3
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.2.2 Análisis crítico	7
1.2.3 Prognosis.....	8
1.2.4 Formulación del problema.....	9

1.2.5 Preguntas directrices	9
1.2.6 Delimitación del problema	10
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	11
1.4.1 Objetivo General.....	12
1.4.2 Objetivo Específico	12

CAPITULO II
MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes Investigativos.....	13
2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	15
FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA.....	15
FUNDAMENTACIÓN SOCIAL.....	16
2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	16
2.4. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA.....	19
2.5. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	20
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	21
VARIABLE DEPENDIENTE.....	22
CATEGORÍA FUNDAMENTALE DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE	23
2.5.1 ADOLESCENCIA	23
2.5.1.1 Etapas de la adolescencia (Meneghello, 2008)	23
2.5.1.2. Cambios Físicos en las Adolescentes.....	24
2.5.1.3 Desarrollo social:	25
2.5.1.4 Desarrollo biopsico sexual:	26
2.5.1.5 Cambio moral	26

2.5.1.6	Correcta Toma de Decisiones en los Adolescentes.....	26
2.5.1.7.	Factores de riesgo en los Adolescentes	27
2.5.2	Sexualidad Precoz en los Adolescentes	29
2.5.2 .1	Causas para una relación sexual precoz.....	29
2.5.2 .2.	Consecuencias	30
2.5.3.	EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	31
2.5.3.1	Factores	31
2.5.3.2	Riesgos del Embarazo en la Adolescencia	31
2.5.3.3.	Consecuencias patológicas para la madre.....	32
2.5.3.4.	Consecuencias patológicas para el niño.....	32
2.5.4.	MADRE ADOLESCENTE.....	33
2.5.4.1	El perfil de la Población	33
2.5.4.2	Embarazo en la Adolescente	33
2.5.4.3.	Actitudes hacia la maternidad.....	34
2.5.5.	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	35
2.5.5.1	Crecimiento.....	35
2.5.5.2.	Desarrollo	36
2.5.5.3.	Causas de las Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo ..	36
2.5.5.4	Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo.....	36
2.5.5.5	Medidas antropométricas	37
2.5.6.	Peso	37
2.5.7.	Talla	38
2.5.8.	Índice de masa corporal.....	40
2.5.9	Perímetro Cefálico.....	41
2.5.10	Desarrollo.....	42

2.5.11	Cómo evaluar el desarrollo.....	45
2.5.12	Test de Denver	46
2.5.13	Salud Infantil.....	49
2.5.14	Programas de Salud Infantil	50
2.5.15	Programa Ampliado de Inmunización (MSP)	50
2.5.16	Lactancia Materna	52
2.5.17.	Sisvan (SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTARIO NUTRICIONAL).....	52
2.5.18.	Nutrición	53
2.5.19.	Salud Pública.....	53
2.5.20	El papel de la Enfermera en Salud Materno – Infantil	53
2.6	Hipótesis	54
2.7	Señalamiento de Variables.....	54
2.7.1	Variable Independiente:	54
2.7.2	Variable Dependiente	54

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1.	Enfoque.....	55
3.2	Modalidad Básica de la Investigación	55
3.3.	Nivel o tipo de Investigación	56
3.4.	Población y Muestra	57
3.4.1.	Población.....	57
3.4.2.	Muestra.....	57
3.5	Operacionalización de las Variables	58

3.5.1 Variable Independiente: Madres Adolescentes.	58
3.5.2 Variable Dependiente: Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.....	59
3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	60
3.6.1 Técnicas e Instrumentos.....	60
3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	60
3.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	61

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Características sociodemográficas de la madre.....	62
Características sociodemográficas de los niños menores de 2 años 6 meses hijos de madres adolescentes que asisten al puesto de Salud de Teligote.....	71
Comprobación de la Hipótesis.....	79

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	81

CAPITULO IV

PROPUESTA

6.1. Datos Informativos.....	83
------------------------------	----

6.1.1. Título.....	83
6.1.2. Institución Ejecutora	83
6.1.3. Beneficios.....	83
6.1.4. Ubicación.....	83
6.1.5. Tiempo Estimado para la ejecución	83
6.1.6 Equipo técnico responsable	84
6.1.7. Costos.....	84
6.2. Antecedentes de la Propuesta.....	84
6.3 Justificación	84
6.4. Objetivos:.....	85
Objetivo General	85
Objetivo Específico.....	85
6.5. Análisis de Factibilidad.	85
Legal: Para la ejecución de esto se tomó en cuenta el código de la niñez y adolescencia.....	86
6.6 Fundamentación Científico Técnica	86
6.7. Modelo Operativo.....	96
6.8 Administración de la Propuesta	98
6.8.1 Previsión de la evaluación.....	98
6.9 Previsión de la Evaluación.....	99
CITAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
ANEXOS	106

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Valoración para los niños menores de 5 años.....	43
Tabla 2: Programa Ampliado de Inmunizaciones	51
Tabla 3: Variable Independiente: Madres Adolescentes.....	58
Tabla 4: Variable Dependiente: Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.....	59
Tabla 5: Características Sociodemográficas	62
Tabla 6 : Características Socio Demográficas	63
Tabla 7: Características Socio Demográficas	64
Tabla 8: Controles Prenatales.....	65
Tabla 9: Ecografías Realizadas	66
Tabla 10: Complicaciones en el embarazo.....	67
Tabla 11: Edad gestacional al parto	68
Tabla 12: Tipo de parto	69
Tabla 13: Lugar del parto.....	70
Tabla 14: Características sociodemográficas edad y sexo	71
Tabla 15: Características nutricionales de los niños	72
Tabla 16: Características post natales	73
Tabla 17: Enfermedades prevalentes	74
Tabla 18: Peso / Edad.....	75
Tabla 19: Talla / Edad	76
Tabla 20: Perímetro Cefálico / Edad.....	77
Tabla 21: Test de Denver	78
Tabla 22: Costos para la elaboración de la Propuesta.....	84
Tabla 23: Edad, Peso y talla	89

Tabla 24: Plan de Acción de la Propuesta.....	96
Tabla 25: Plan y Evaluación de la Propuesta	98
Tabla 26: Guía de Observación	133

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Red de Inclusiones Conceptuales	20	
Gráfico 2: Constelación de ideas	21	
Gráfico 3: Constelación de Ideas	22	
Gráfico 4: Niñas	Gráfico 5: Niños.....	38
Gráfico 6: Talla edad niñas menores de 5 años.....	39	
Gráfico 7: Talla edad niños menores de 5 años	39	
Gráfico 8: IMC Niñas	40	
Gráfico 9: IMC Niños	41	
Gráfico 10: PC Niños	Gráfico 11: PC Niñas.....	42
Gráfico 12 : TEST DE ALDRICH Y NORVAL: Para los 12 primeros meses de edad.....	45	
Gráfico 13: TEST DE BARRERA MONCADA: Para niños de 12 a 60 meses ...	46	
Gráfico 14: Test de Denver.....	48	
Gráfico 15: Características Sociodemográficas	62	
Gráfico 16: Características Socio Demográficas	63	
Gráfico 17: Características Socio Demográficas	64	
Gráfico 18: Controles Prenatales	65	
Gráfico 19: Ecografías Realizadas.....	66	
Gráfico 20: Complicaciones en el embarazo	67	
Gráfico 21: Edad gestacional al parto	68	
Gráfico 22: Tipo de parto.....	69	
Gráfico 23: Lugar del parto.....	70	
Gráfico 24: Características sociodemográficas edad y sexo	71	

Gráfico 25: Características nutricionales de los niños	72
Gráfico 26: Características post natales	73
Gráfico 27: Enfermedades prevalentes	74
Gráfico 28: Peso / Edad	75
Gráfico 29: Talla / Edad.....	76
Gráfico 30: Perímetro Cefálico / Edad.....	77
Gráfico 31: Test de Denver.....	78

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 TELIGOTE DEL ÁREA NÚMERO 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”

Autor: Masabanda Parra, Nancy Lorena

Tutor: Lic. Landázuri Troya, Teresa de Jesús

Fecha: Mayo, 2013

El estudio investigativo tiene como objetivo establecer la relación que existe entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en los niños menores de 2 años 6 meses que son atendidos en el Puesto de Salud de Teligote, este tema estudio que se realizó por un lapso de 6 meses en el cual no se encontraron alteraciones relevantes tomando en cuenta todas las complicaciones de las que habla la OMS, OPS, MSP.

Se trabajará con una modalidad mixta tanto de campo como bibliográfica, pues se investigarán a los hijos de las madres adolescentes en su entorno, utilizando investigación de campo como bibliográfica, aplicando encuestas y fichas de observación.

De esta manera se recogió datos de los niños y así también de las madres: Edad, estado civil, inicio de la menarquia y de relaciones sexuales, nivel de educación ocupación y muchas más características sociodemográficas que han llevado a las adolescentes a convertirse en madres precozmente, acerca del niño hemos recolectado datos como edad, peso, talla, perímetro cefálico, alimentación, vacunación y enfermedades prevalentes en los infantes.

Considerando la vulnerabilidad hacia las alteraciones que pueden tener los niños como déficit de crecimiento y desarrollo su estado nutricional y las alteraciones en el estado psicomotriz de los hijos de las madres adolescentes.

La presente investigación se enmarca en el paradigma crítico propositivo ya que se busca detectar los problemas y así buscar acertadas soluciones para dichos problemas trabajando en conjunto la madre, su niño y el Puesto de Salud.

En esta investigación se concluye no existe relación entre ser madres adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses, por lo que los niños están dentro de los parámetros normales en crecimiento como en desarrollo.

En esta investigación tenemos como resultado la ausencia de alteraciones, por lo que se busca mejorar el estado nutricional y los cuidados hacia los niños.

PALABRAS CLAVES: MADRES ADOLESCENTES, SEXUALIDAD, CRECIMIENTO, DESARROLLO, NUTRICIÓN.

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 TELIGOTE MINISTRY OF PUBLIC HEALTH PELILEO CANTON, PROVINCE OF TUNGURAHUA IN THE PERIOD JUNE 23 to NOVEMBER 23, 2012 "

Author: Masabanda Parra, Nancy Lorena

Tutora: Lic. Landázuri Troya, Teresa de Jesús

Date: Mayo, 2013

The research study is based on establishing the relationship between teenage motherhood and the presence of alterations in children under 2 years 6 months being treated at the Health Post Teligote, study has been conducted for a period of six months in which no significant changes were found in all the complications thinking about what WHO, PAHO, MSP say about that.

To do the research the data was given by the children and their mothers. Age, marital status, onset of menarche and sexual relations, level of education, occupation and more sociodemographic characteristics that have carried to this girls to become teenage mothers, about the children we have collected data like: age, weight, height, cephalic perimeter, feeding, vaccination and prevalent diseases in infants.

Considering the vulnerability to changes that children can have growth deficits and nutritional status and alterations in psychomotor status of the children of teenage mothers.

This research is part of the critical paradigm purposeful as it aims to identify problems and search so successful solutions to those problems by working together the mother, her child and the health post.

This research concludes there is no link between being teenage mother and the presence of alterations in the growth and development of children from 0 to 2 years 6 months, so that children are within the normal range in growth and development.

In this research we have as a result the absence of alterations, therefore seeks to improve the nutritional status and care towards children.

KEY WORDS: MOTHERS_ ADOLESCENTS, SEXUALITY, GROWTH, DEVELOPMENT, NUTRITION.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una época de cambios, social, psicológica, sexual y físico. En esta etapa llena de cambios también existen altos índices de embarazos y muertes, maternas e infantiles, provocando así que estos se den fuera del matrimonio y esto conlleva un estigma social en muchas comunidades y culturas. Por estas razones se realizan estudios y campañas con el objeto de conocer las causas y limitar el número de embarazos de adolescentes.

La adolescencia es una etapa de crisis en la vida del ser humano. Constituye de por sí un eslabón débil en una cadena sobre la cual hay que actuar para poder garantizar una futura vida adulta con buen equilibrio biopsicosocial.

La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo, a edades tempranas de la vida es uno de los dilemas médicos más importantes. Esta problemática es considerada un factor de riesgo obstétrico y neonatal con alta probabilidad de bajo peso al nacer y prematuridad.

El embarazo en la adolescencia constituye una grave y preocupante amenaza para la joven pareja, el fruto de la concepción y para la sociedad desde todos los ángulos posibles.

La finalidad de esta investigación es identificar aspectos del embarazo, para ello tenemos como objetivos conocer el factor socioeconómico y de esa manera comprobar si existe o no relación entre ser madre adolescente con el crecimiento y desarrollo del 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 TELIGOTE 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”

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

Macro

Según la **Organización Mundial de la Salud** la fecundidad de las adolescentes es uno de los temas de mayor interés en la actualidad, las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para las familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional; propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos.

Esta organización define la adolescencia como la etapa de la vida comprendida entre los diez y los diecinueve años, y aconseja que los hijos se tengan entre los veinte y treinta y cinco años, ya que este intervalo de edad supone menos riesgo

para la salud de la madre y del hijo. El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud, no tanto por la mortalidad que origina o por su incidencia (que no son elevadas) sino por la magnitud de la morbilidad que les acompaña. Sus principales consecuencias son abortos, matrimonios forzados, maternidad no deseada, adopciones etc. Sea cual sea la opción escogida tendrá una significativa repercusión en su futuro, tanto a nivel socioeconómico como afectivo.

La finalidad de este trabajo es conocer diversos aspectos del embarazo en las adolescentes ya que está reconocida por la OMS como población de riesgo. Para ello, los objetivos operacionales son los siguientes: conocer el perfil socioeconómico de las madres adolescentes y evaluar el grado de control de la gestación, su evolución y tipo de parto.

El embarazo a edades tempranas de la vida es uno de los dilemas médicos más importantes. Esta problemática es considerada un factor de riesgo obstétrico y neonatal con alta probabilidad de bajo peso al nacer y prematuridad. Durante el primer semestre del año 2010, el total de partos registrados, el 24% fueron de madres adolescentes. El 16,8 % de los RN de madres adolescentes no alcanzaron las 37 semanas, el 15% tuvo un peso menor para la edad gestacional y de estos, el 83% de los niños recién nacidos fueron pre término.

El embarazo en la adolescencia constituye una grave y preocupante amenaza para la joven pareja, el fruto de la concepción y para la sociedad desde todos los ángulos posibles. La adolescencia es una etapa de crisis en la vida del ser humano. Constituye de por sí un eslabón débil en una cadena sobre la cual hay que actuar para poder garantizar una futura vida adulta con buen equilibrio biopsicosocial.

La adolescencia se percibe como una época tormentosa y emocionalmente agresiva, llena de enfrentamientos entre los adultos y los jóvenes, sobre todo dentro de la familia. Se considera una etapa en que se produce el desarrollo físico y los cambios emocionales más fuertes y rápidos en la historia de cada persona.

Se generan cambios que inician aproximadamente a los 11 años en las mujeres y los 13 en los varones. Los cambios hormonales comienzan años antes y pueden dar lugar a períodos de inquietud y mal humor. Las niñas sienten los cambios antes que los niños a esta edad comienzan a pensar y a sentir de forma diferente, se esfuerzan por ser independientes y quieren probar nuevas cosas y nuevas situaciones de vida, presentan las primeras experiencias con la bebida, con drogas o el fumar.

La adolescencia es una época de cambio en todos los órdenes, social, psicológico, sexual, físico y esto va a originar que sea un campo abonado para toda clase de problemas. Aunque se considera una etapa de la vida llena de salud, durante este periodo existe una morbilidad excesiva.

El adolescente, a pesar de calificar su salud como buena o muy buena, convive con importantes factores de riesgo, los cuales no conoce en gran medida; mantiene actitudes no saludables respecto a éstos y a la vez los convierte en habituales conductas de riesgo.

El adelanto de la edad de la menarquia y el comienzo más precoz de las relaciones sexuales, entre otros, podría explicar algunas de las razones por las que la sexualidad del adolescente puede resultar más problemática. Entre las consecuencias de que haya una elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición de un problema de salud pública: el embarazo. Las madres que son adolescentes, al ser una población todavía en periodo de formación (física, emocional y sociocultural) deben dar un paso forzado hacia la madurez.

Meso

Según datos del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, el **Ecuador** es el segundo país en América Latina en embarazo adolescente; en el 2010, el último año del que hay cifras oficiales, el 20% de los partos en el país fue de

adolescentes de esa franja de edad, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños, también menores de entre 10 y 14 años tuvieron cerca de 1.100 hijos ese año por lo cual suponemos que la adolescente puede estar condenada a no poder salir de la pobreza. Los embarazos adolescentes son más comunes y tienen una mayor incidencia en la zona amazónica y la costa.

Micro

El embarazo en las adolescentes, especialmente en **Tungurahua**, permanece en un ocho por ciento de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de Salud. La mayoría de ellos aún dependen de sus padres depender de sus padres y no tienen trabajos que les permitan ser entes productivos para la sociedad.

La maternidad representa 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.

Puesto que la madre no tiene conocimientos para criar y educar a su hijo, el niño puede sufrir maltrato físico ya sea por su madre o por las personas que se quedan a su cuidado. La adolescencia se relaciona directamente con el retardo del crecimiento y desarrollo del niño ya que esto se desencadena por la inmadurez física e intelectual de las madres, provocando así el aumento de las tasas de mortalidad dando como resultado un alto índice de niños con bajo peso al nacer.

Pelileo es un cantón con alto índice de embarazos en las adolescentes, además, en cada uno de los alrededores existen puestos de salud como son el de Teligote. Gracias a la información brindada por el personal de salud y con el respaldo de las historias clínicas pudimos encontrar 11 madres para la investigación, La mayoría de la población se dedica a la agricultura en un menor porcentaje a la costura y un

mínimo porcentaje a otro tipo de trabajos con los cuales mantienen sus hogares. El Puesto de Salud cuenta con un buen acceso tanto en transporte como en carreteras en buen estado, el personal que labora es un médico rural y una auxiliar de enfermería.

1.2.2 Análisis crítico

La adolescencia es una etapa de crisis en la vida del ser humano. Esto constituye un eslabón débil sobre el cual hay que actuar para poder garantizar una futura vida adulta con buen equilibrio biopsicosocial. Si las adolescentes son madres entraran a una transición que será difícil y más compleja, ya que las madres tienen dificultades para estimular y controlar el desarrollo y crecimiento del niño, esto se debe a que no se ha desarrollado por completo, ni se ha formado para conocer los cuidados que debería recibir su niño, cuando la adolescente inicia una vida sexualmente activa tiene riesgo que su personalidad empieza a distorsionar la realidad, por las circunstancias que ella vive esto la llevara a tener un embarazo no deseado y el niño será en este caso el más perjudicado desde su concepción, ya que se ha observado un alto riesgo de presentar complicaciones que están relacionadas directamente con la edad materna.

Al tener la madre un nivel de educación bajo, no podrá aplicar los cuidados del niño por el mismo hecho de que los desconoce, mas no porque a la madre no le interese su niño, esto provocara que ella tenga un nivel económico bajo porque no ha podido culminar con sus estudios y si ella saliera a trabajar su remuneración sería realmente insuficiente para sustentar los gastos de ella y su niño, lo cual la llevan a tener una dependencia de sus padres, en el casos de que ellos estén dispuestos ayudarlos relacionando así directamente a la madre con su baja educación y su relación de dependencia, en muchas ocasiones tiene un nivel socioeconómico bajo, que impide que se forme y tenga conocimientos y puedan acceder a los servicios de salud.

La precocidad de las relaciones sexuales son un claro ejemplo de la inmadurez que tiene el adolescente ya sea esto por desconocimiento, o falta de comunicación que existe en su hogar añadido a esto existe una mala información acerca de la sexualidad ya que deliberadamente obtienen opiniones sobre el sexo, en la televisión, el internet y el radio esto provoca que la adolescente tenga una distorsión de la realidad creando en ella cultura y fantasías sexuales fuera de enfoque, lo cual desencadenara una serie de problemas tales como un inicio precoz de relaciones sexuales un embarazo no deseado y un niño con problemas en su crecimiento.

No se podría decir que el problema es de la familia o de la madre en sí, porque también se puede enfocar en las falencias que tiene el sistema de salud, ya que estos servicios de salud no ofrecen programas de apoyo dirigidos específicamente a la madre adolescente, pues no deberían recibir el mismo trato que las demás madres gestantes.

Si se reconoce la inmadurez, el miedo y dudas que ella tienen además de problemas propios del embarazo a edades tempranas y que la atención que reciben no es diferenciada, los niños hijos de las adolescentes no reciben atención adecuada ya que sus controles son irregulares tanto como para la madre y la familia será difícil identificar los trastornos del crecimiento y desarrollo lo cual ara que el niño tenga un retraso en su crecimiento y desarrollo.

1.2.3 Prognosis

Los hijos de madres adolescentes presentaran problemas como alteraciones en el crecimiento lo cual reflejara una notable disminución en su desarrollo. A esto se sumara el descuido de la madre al no llevar al niño a los controles en el centro de salud, y crecerá notablemente el índice de enfermedades prevenibles por vacunas.

La edad de la madre influye en la crianza del niño pues esto generará un abandono al niño ya que los abuelos asumirán la responsabilidad de su hija, entonces el niño

no tendrá los controles regulares en los puestos de salud, lo cual visiblemente se verá disminuido la estimulación del niño según la edad y como no existe un buen control médico, habrá un retardo en el crecimiento y desarrollo según su edad y el niño no podrá disfrutar de una vida llena de salud y de felicidad sino que habrá un deterioro en la calidad de vida lo cual aumentara el índice de morbimortalidad infantil.

1.2.4 Formulación del problema

¿Existe relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Puesto de Salud de Teligote?

1.2.5 Preguntas directrices

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

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 Julio 23 del 2012 a Noviembre 23 del 2012

Delimitación Espacial

MSP de la Provincia de Tungurahua, área N°5 Cantón Pelileo, Puesto de Salud de Teligote.

1.3 JUSTIFICACIÒN

Tomando en cuenta que la Salud Publica es una ciencia integral, que está encargada de proteger y mejorar la salud de las comunidades, a través de la educación para promocionar un estilo de vida saludable y prevenir enfermedades, ya que los profesionales de enfermería reciben formación que permiten afrontar los problemas de salud de la comunidad, es necesario realizar la presente investigación pues permitirá poner en juego competencias profesionales y la formación de habilidades, y abordar los problemas crecientes en el medio. La información generada en el trabajo proporcionara datos reales sobre las condiciones de salud, de los niños hijos de madres adolescentes así como la situación personal de cada una de ellas, las dificultades que tienen para cuidar y estimular apropiadamente a sus hijos y además de valorar la calidad de atención que está recibiendo

La investigación por lo tanto **interesa** a la Universidad porque permite mostrar las competencias profesionales de sus estudiantes, **interesa** a los servicios de salud porque se genera información que permitirá la planificación y organización, en la atención específica para las adolescentes e interesa a la comunidad, porque se diseñara una propuesta que ayude a disminuir las alteraciones que existen en los hijos de las adolescentes de cada lugar.

Es **factible** ya que se dispone de información, las estudiantes tienen acceso a los servicios de salud por los convenios que tiene la universidad, la misma que es financiada por los propios estudiantes, además es necesaria la investigación porque ayudara a contribuir en el crecimiento y desarrollo de los niños, este impacto será positivo para los niños menores de 2 años 6 meses de edad.

La presente investigación es **novedosa** porque nos permitirá crear talleres para ayudar a mermar en parte el índice de madres adolescentes, y disminuir el porcentaje de alteraciones y enfermedades prevenibles por vacunas que tienen los niños menores de 2 años 6 meses de edad.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

- 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.

1.4.2 Objetivo Específico

- Determinar los factores que influyen en las adolescentes para que se embaracen a tempranas edades.
- Identificar los factores que influyen en el crecimiento de los niños menores de 2 años 6 meses.
- Analizar el desarrollo psicomotor de los niños menores de 2 años 6 meses, hijos de madres adolescentes aplicando los test de Denver, Aldrich y Norval, Barrera Moncada.
- Verificar como influye el no cumplir con el esquema de vacunación en el crecimiento y desarrollo del niño menor de 2 años 6 meses de edad que asisten al puesto de Salud de Teligote.
- Proponer un plan educativo de apoyo psicológico y de capacitación para las madres en cuanto al desarrollo y crecimiento del niño, para disminuir las alteraciones en los niños menores de 2 años 6 meses de edad.

CAPITULO II

MARCO TEÒRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

LOZADA M, M. (2010), de la Universidad Técnica de Ambato, en su trabajo realizado en el Hospital de la Ciudad de Latacunga. Tema “Factores de riesgo de aparecimiento de complicaciones de las enfermedades hipertensivas en el embarazo en el hospital general Latacunga de madres adolescentes comprendidas entre los 14 – 20 años”. Metodología: “Esta constituye una investigación cuali-cuantitativo, documental, descriptivo - retrospectivo, entre enero 2010 – enero 2011, recogiendo los datos de historias clínicas y realizando encuestas a los pacientes. La población en estudio fueron: los pacientes que acudieron al Servicio de Ginecología del HPG “Latacunga” con diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo.

ILBAY, I (2010), en la Universidad Técnica de Ambato, realiza el trabajo en la ciudad de Ambato comunidad la Florida. El tema de investigación es “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 comprobar: ¿Qué importancia tienen las Técnicas Psicomotrices en el desarrollo de la motricidad gruesa siendo una investigación descriptiva realizando en este trabajo las técnicas como encuestas y fichas de observación, llegando a la conclusión que en esta comunidad la Florida existen niños que no han desarrollado la motricidad gruesa ya sea por falta de aplicación de técnicas o por falta de estimulación.

Valencia, G, A (2012), en la Universidad Técnica de Ambato, con el tema “Relación entre el estado nutricional y desarrollo psicomotor en niños de seis meses a un año de edad que asisten a consulta en el Centro de Salud No 1 de la ciudad de Ambato”. Concluye que La Estimulación temprana enfocada adecuadamente en cada niño, aplicando las planificaciones con amor y calidad siendo así eficientes para satisfacción tanto del niño y su familia, obteniendo como resultado niños sanos para nuestra sociedad” Teniendo esta investigación un enfoque crítico para lo cual se utilizó fichas de observación y encuestas dirigidas al personal de salud.

CORONADO, Yelitza (2010), Universidad Técnica de Ambato Tema: “Riesgos del Embarazo Precoz” concluye que: múltiples factores de riesgo afectan negativamente en el futuro del niño, entre ellos el bajo status socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen efectos adversos 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 adecuado educacional para su hijo.

ALONSO, M (2005) Universidad central del Ecuador, Tema: “Hijos de madres adolescentes y su incidencia de los niños con bajo peso al nacer “en un estudio descriptivo y prospectivo 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.” Para aquella investigación se utilizó la técnica de recolección de datos a través de encuestas y fichas de observación

En las investigaciones anteriores que se relacionan directamente con las variables de esta investigación, son de gran apoyo ya que nos dan a conocer cuáles fueron los resultados que se obtuvieron; tanto en el desarrollo del niño como en las consecuencias que deja un embarazo precoz. De esta manera podemos darnos cuenta que si estos problemas se siguen presentando o han aumentado su índice, buscaremos una estrategia para mermar en parte los problemas que tienen las madres adolescentes y sus niños.

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El paradigma de investigación es una forma general de ver la realidad que se estudia; habrá una orientación según el 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.

Propositivo, porque la investigación no se estanca en conocer la realidad del problema si no que busca una alternativa de solución ha dicho problema de investigación.

FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA

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 que 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 que la sexualidad humana forma parte del inherente de la sexualidad.

FUNDAMENTACIÓN SOCIAL

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

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA

TÍTULO III

DE LOS DERECHOS, GARANTÍAS Y DEBERES

Capítulo 4

De los derechos económicos, sociales y culturales

Sección quinta

De los grupos vulnerables

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

CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA:

LIBRO PRIMERO

LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE DERECHOS

TITULO I

Capítulo II

Derechos de supervivencia

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.

Para este efecto, regula el goce y ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes y los medios para hacerlos efectivos, garantizarlos y protegerlos, conforme al principio del interés superior de la niñez y adolescencia y a la doctrina de protección integral.

Art. 24.- Derecho a la lactancia materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo.

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

Art. 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.

Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.

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

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

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

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable;
 2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten;
 3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten;
 4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados;
 5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente;
 6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios;
 7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales.
 8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional.
 9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre.
 10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.
- Se prohíbe la venta de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase, a niños, niñas y adolescentes.

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.

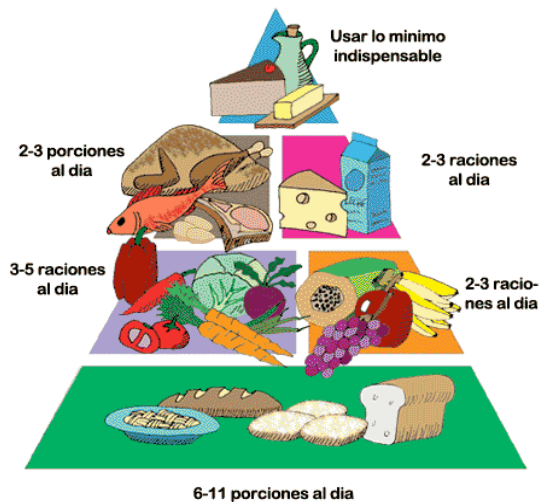
2.4. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

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.⁴

UNA BUENA NUTRICIÓN ES SALUD

NUTRICION

Una nutrición equilibrada es fundamental para mantener una buena salud. Podemos mirar en la pirámide alimentaria los alimentos para una nutrición sana y equilibrada. De no ser así se pueden contraer enfermedades como lo son: obesidad, desnutrición, etc.; se deben consumir pocas grasas y lípidos, muchas frutas y verduras, los productos de origen animal se deben consumir de manera regular, los cereales se deben consumir de manera constante, antes de cada comida se deben lavar frutas y verduras.



MENOR DE 6 MESES



- Los primeros 6 meses solo leche materna.
- Dar el seno el día y la noche por lo menos 8 veces o más por día.
- No necesita otras comidas o líquidos.

DE 6 A 8 MESES

Continuar con la Lactancia Materna



- Preparar alimentos en forma de Puré.
- Cereales: Arroz, avena, quinua.
- Vegetales: Espinaca, zapallo, acelga, zambo.
- Tubérculos: Papas, melloco, yuca, zanahoria, camote.
- Frutas. Guineo, papaya, manzana, pera, melón.
- Yema de huevo bien cocinada y aplastada.
- 3 comidas diarias si se alimenta con leche materna.
- 5 comidas diarias si no se alimenta con leche materna.

DE 9 A 11 MESES

- Continuar con la leche materna



- Alimentos bien cocinados y finamente picados como:
- Hortalizas y verduras
- Carnes: res, pollo, hígado, pescado.
- Cereales bien aplastados como: Trigo, quinua, maíz, leguminosas, frejol, lenteja, chocho, abas.
- Frutas: cocinadas o crudas en papilla o puré.
- 5 comidas al día más lactancia materna a libre demanda.

DE 1 AÑO Y MÁS

- Continuar con la lactancia materna hasta los dos años.



- Alimentarlo en su propio plato y compartir la comida familiar.



- Se recomienda 5 comidas diarias: desayuno, almuerzo, merienda y dos comidas más.

Una alimentación balanceada y nutritiva garantiza:

- Un adecuado crecimiento y desarrollo.
- Mejora el rendimiento Intelectual.
- Previene el desarrollo de enfermedades.
- Brinda nutrientes necesarios al organismo.

NUTRIENTES



Problemas de Tener una alimentación NO Balanceada

POR EXCESO



Sobrepeso y Obesidad

POR DEFECTO



Desnutrición

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- BIBLIOGRAFÍA.

- DARZE Edwin, la adolescencia y su salud reproductiva: desempeño obstétrico de primigestas de edad igual y menor a 16 años. Edit. Ginecología Obstétrica 2008.
- DOROTHY M,(2007). Enfermería Pediátrica, “Crecimiento y Desarrollo del niño”, “El púber y el adolescente normales: crecimiento, desarrollo y cuidado”, cuarta edición Interamericana.
- FREYRE Ernesto, Desarrollo psicosocial del adolescente 2009.
- GABRAL Alberto, Adolescencia, Bogotá- Colombia.2007- pág. 251 -253.
- 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.
- HERRERA E, Luis y otros (2010), Tutoría de la Investigación Científica, cuarta edición Ecuador.
- HINOJOSA Martha, (2012). Crecimiento y Desarrollo. Evaluación del Desarrollo Psicomotor y estimulación Temprana primera edición.

2.- LINKOGRAFÍA

- AGUILAR Maria J., Mención de edición: Accedido el 12 Enero 2013 1a ed. Editorial: Elsevier (Madrid) Fecha de publicación: 2005 Número de páginas: 664 p. Il. : il., graf ISBN/ISSN/DL: 84-8174-768-8. Disponible en:

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

- ANTOLÍN M, Barone, Luis Roberto, Desarrollo en la niñez Accedidi en 23 Febrero 2013, 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. Disponible en:
http://www.uta.edu.ec/v2.0/index.php?option=com_content&view=article&id
- COLEMAN J; Hendry, Leo B., Kloep, Marion, Adolescencia. Accedido 20 enero 2013, 1a ed Editorial El Manual Moderno. Fecha de publicación: 2008. Número de páginas: 294 p. ISBN/ISSN/DL: 970-7293-40-3. Disponible en:
http://www.uta.edu.ec/v2.0/index.php?option=com_content&view=article&id
- CORTEZ, Julio Embarazo en Adolescentes. Organización Panamericana de la Salud. Accedido el 10 de Diciembre de 2012. Disponible en.
[http://www.clap.ops-oms.org/web_2005Organización Panamericana de La Salud \(OPS\).El Embarazo Adolescente. \(2007\).](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005Organización_Panamericana_de_La_Salud_(OPS).El_Embarazo_Adolescente._(2007).)
- GONZÁLEZ Solanellas, M. et al. Estudio de prevalencia sobre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en población adolescente (2011) Nutr. Hosp. 26 (2), 337-344. Accedido el 1 enero del 2013. Disponible en:
http://www.uta.edu.ec/v2.0/index.php?option=com_content&view=article&id
- HERTELEER J, 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. Disponible en:
http://www.uta.edu.ec/v2.0/index.php?option=com_content&view=article&id

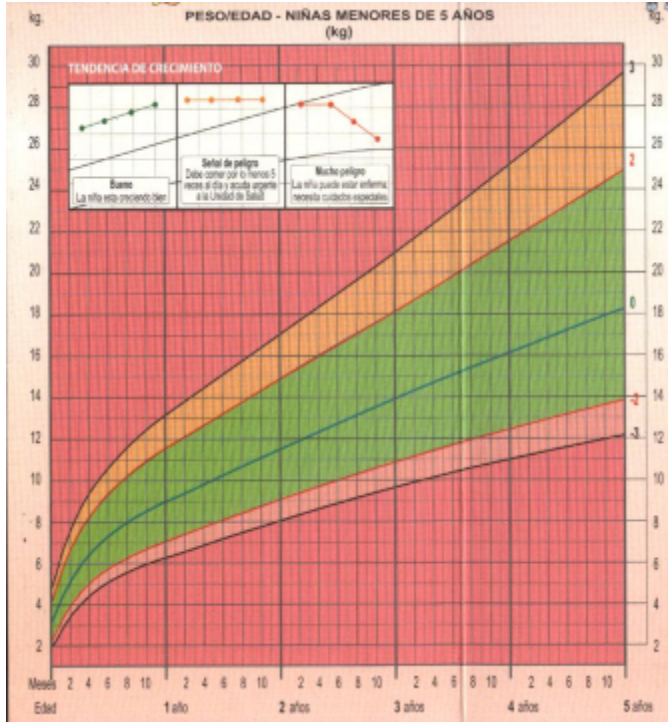
3.- CITAS BIBLIOGRÁFICAS: Base de datos de U.T.A

- 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.

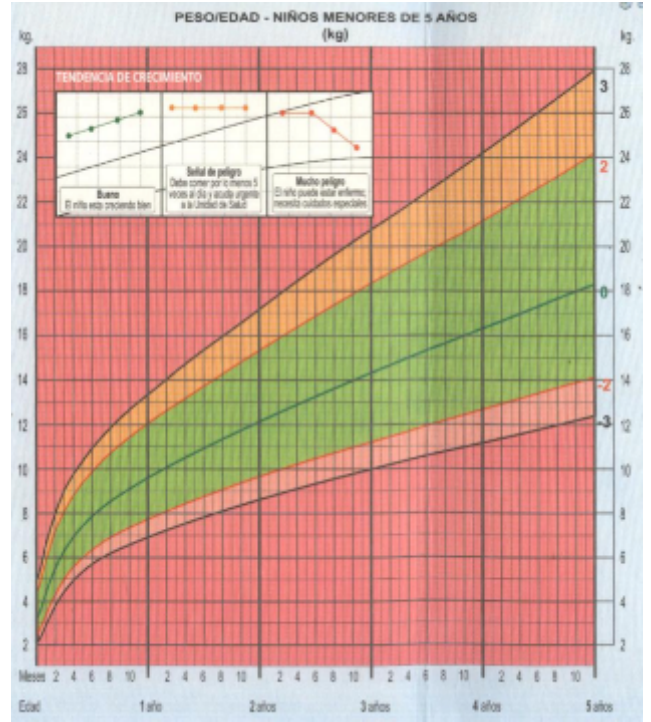
ANEXOS

ANEXOS

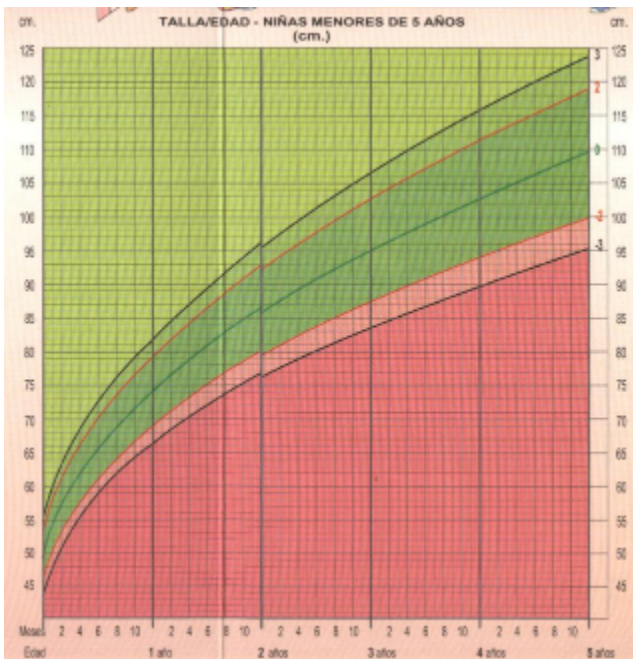
ANEXO 1



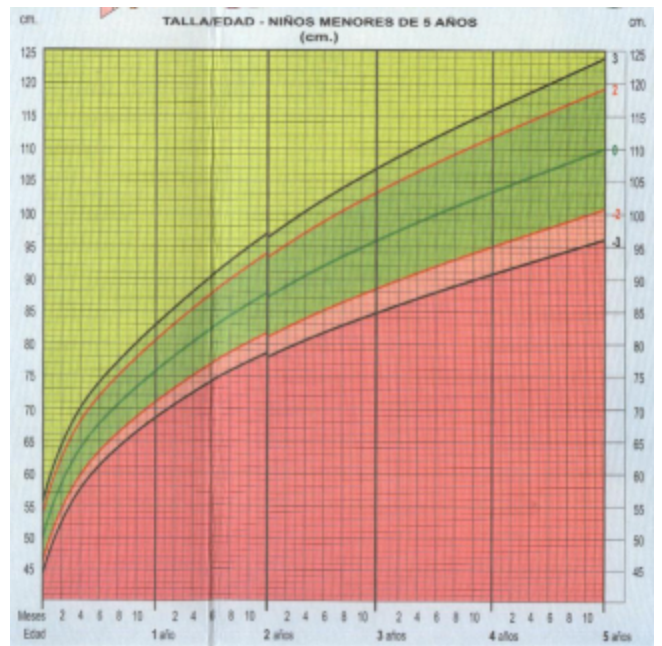
ANEXO 2



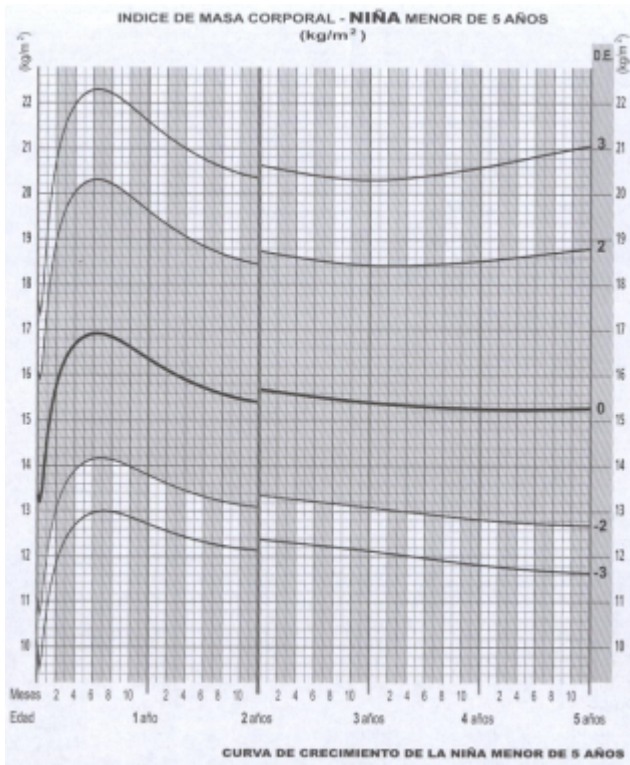
ANEXO 3



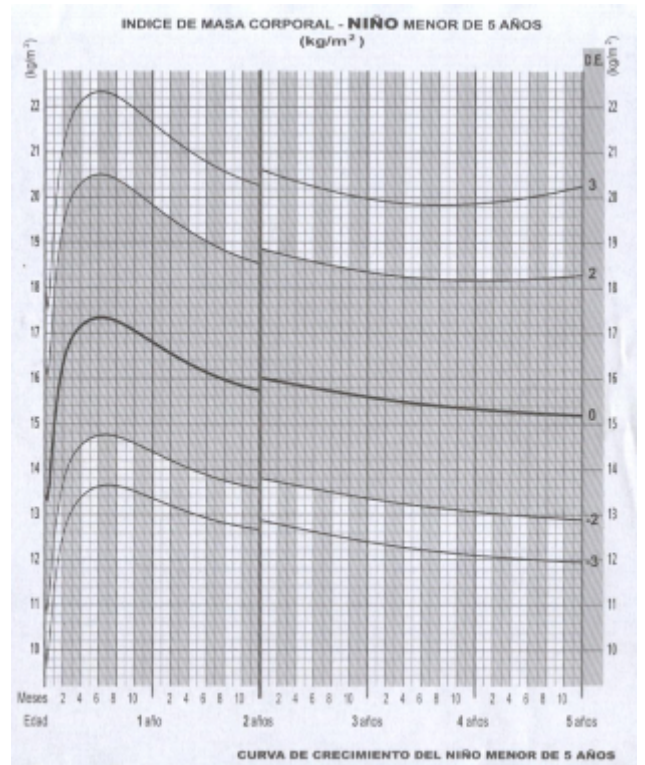
ANEXO 4



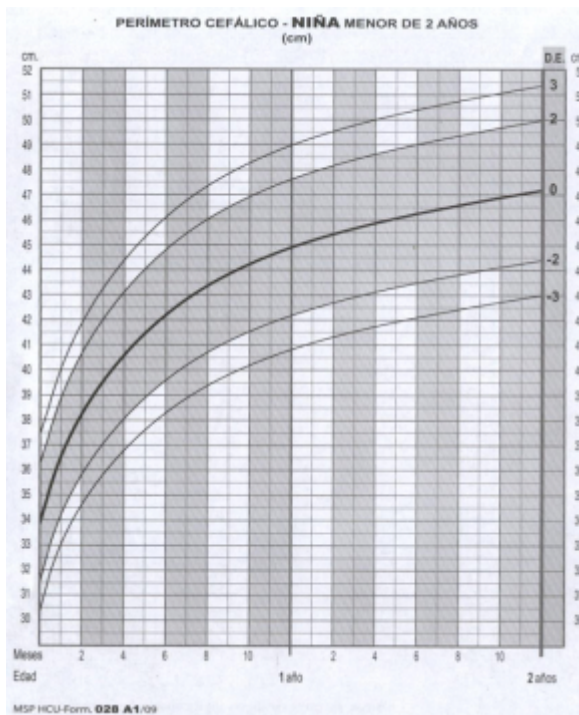
ANEXO 5



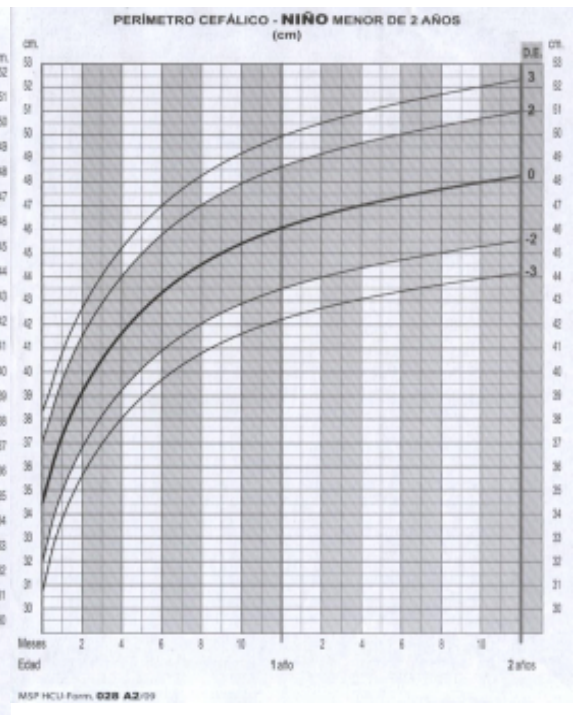
ANEXO 6



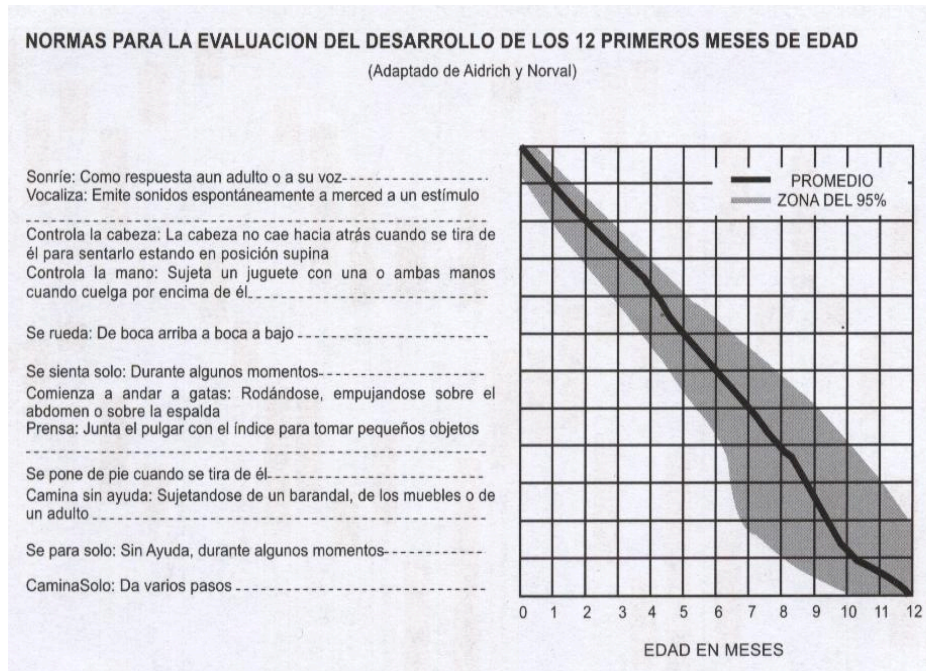
ANEXO 7



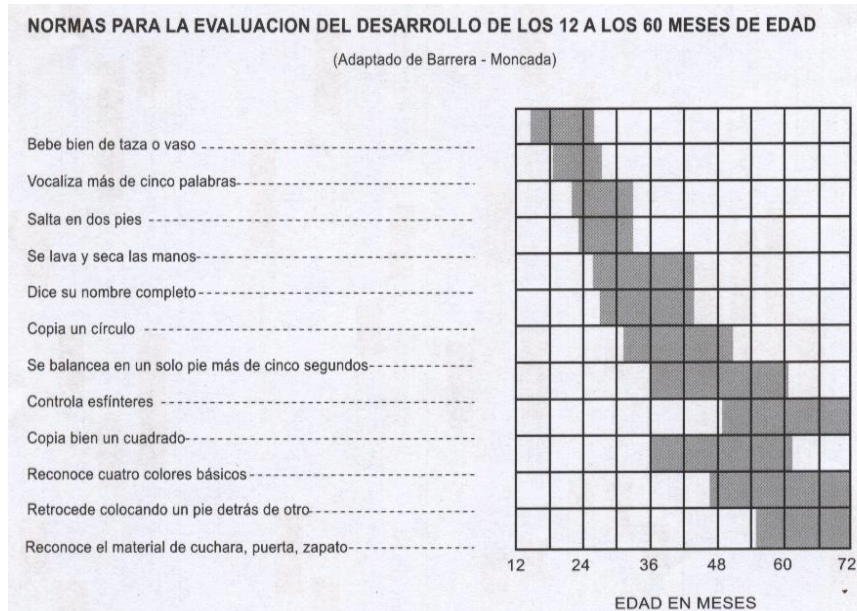
ANEXO 8



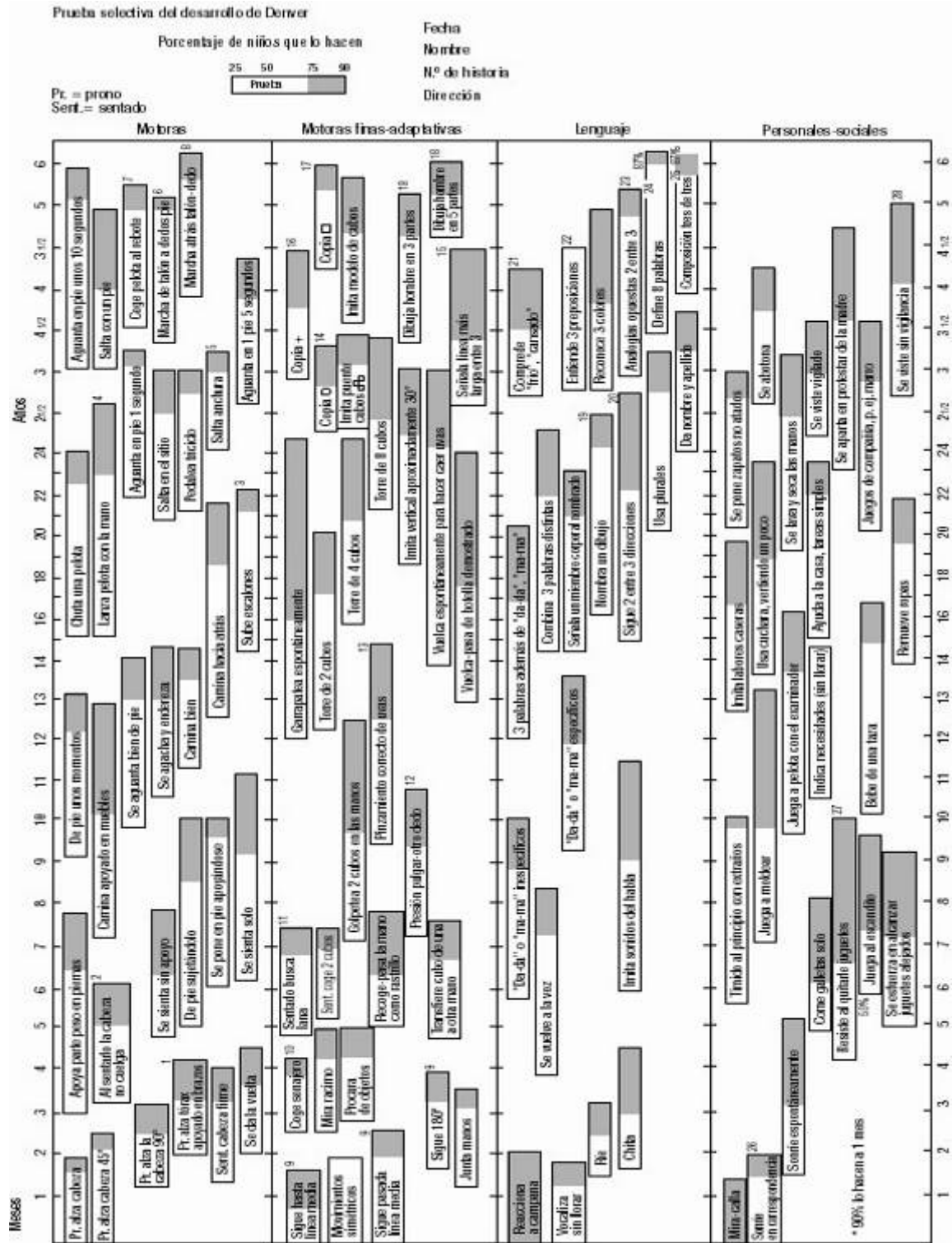
ANEXO 9



ANEXO 10



ANEXO 11



ANEXO 12

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 TELIGOTE 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"/>
b) Adolescencia Media 14-16	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
c) Adolescencia Tardía 17-19	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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

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

5.-¿Cuantos ecos se ha realizados en la etapa gestacional?

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

6.-¿Qué complicaciones tuvo durante el embarazo?

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

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

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

8.-¿Tipo de parto que tuvo?

- a) Normal
- b) Cesárea

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

- a) Domicilio
- b) Casa de Salud

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 TELIGOTE DEL ÁREA 5 Y REVISIÓN DE
HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS NIÑOS.

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.- ¿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"/>

2.- ¿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			
c) Dieta familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

GUIA DE OBSERVACION

Tabla N^a 26

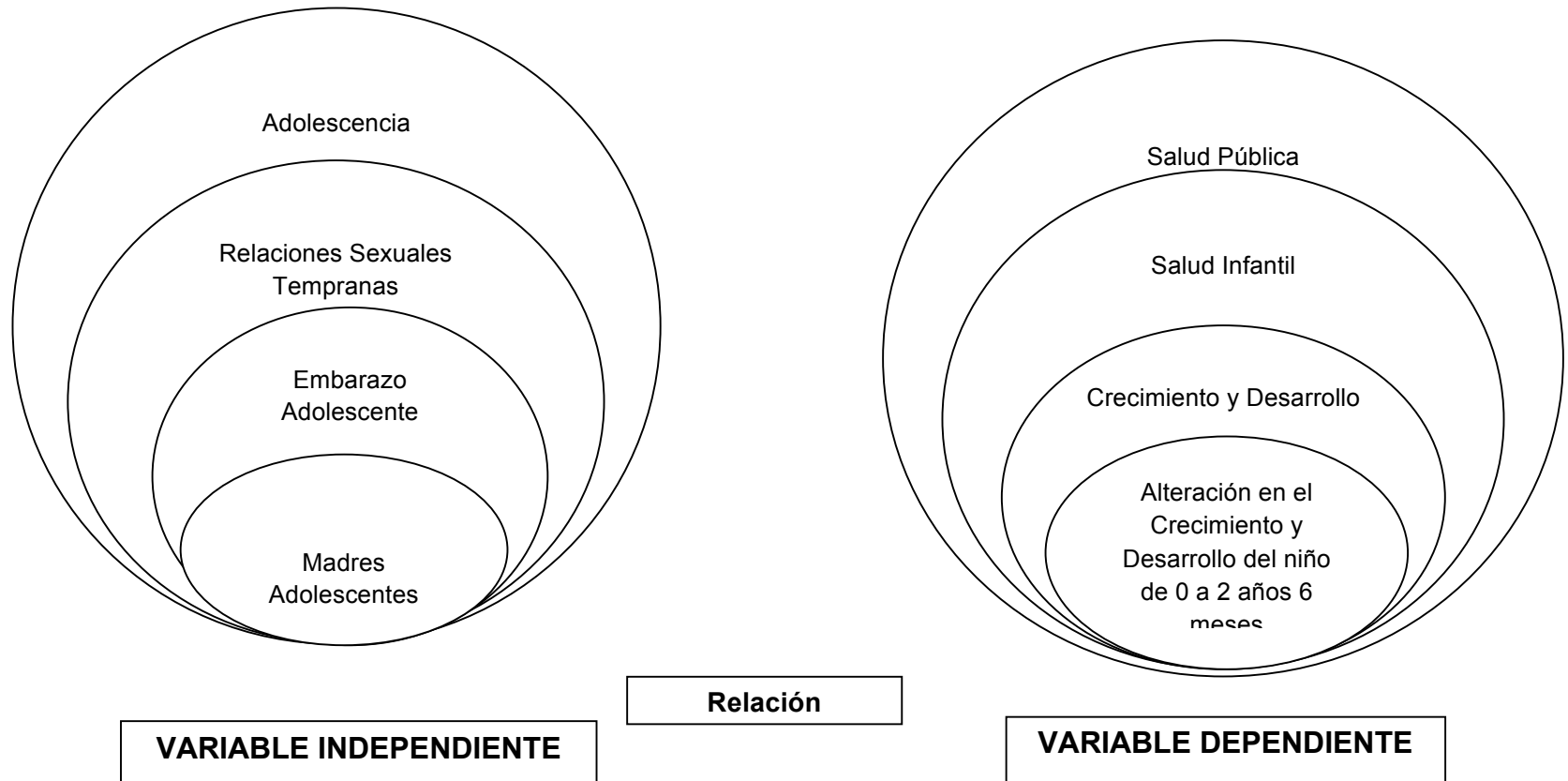
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA				
GUÍA DE OBSERVACIÓN				
Tema: “Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Puesto de Salud de Teligote del área número 5 del Ministerio de Salud Pública Cantón Pelileo, Provincia de Tungurahua en el periodo 23 de junio al 23 de noviembre del 2012”				
Observador: Lorena 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	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
97 Percentil				
Entre 90 – 97 percentil				
Normal 10 – 90 percentil	11	100%	11	100%
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	11	100%	11	100%
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	Porcentaje	Esquema de Vacunación	Frecuencia	Porcentaje
En cada control			Esquema completo para la edad	10	90.9%
Ocasionalmente	11	100%	Esquema incompleto para la edad	1	9.1%
Fuente: Historias Clínicas de los niños que asisten al Puesto de Salud de Teligote.					

Elaborado por: Lorena Masabanda

2.5. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

Gráfico 1: Red de Inclusiones Conceptuales

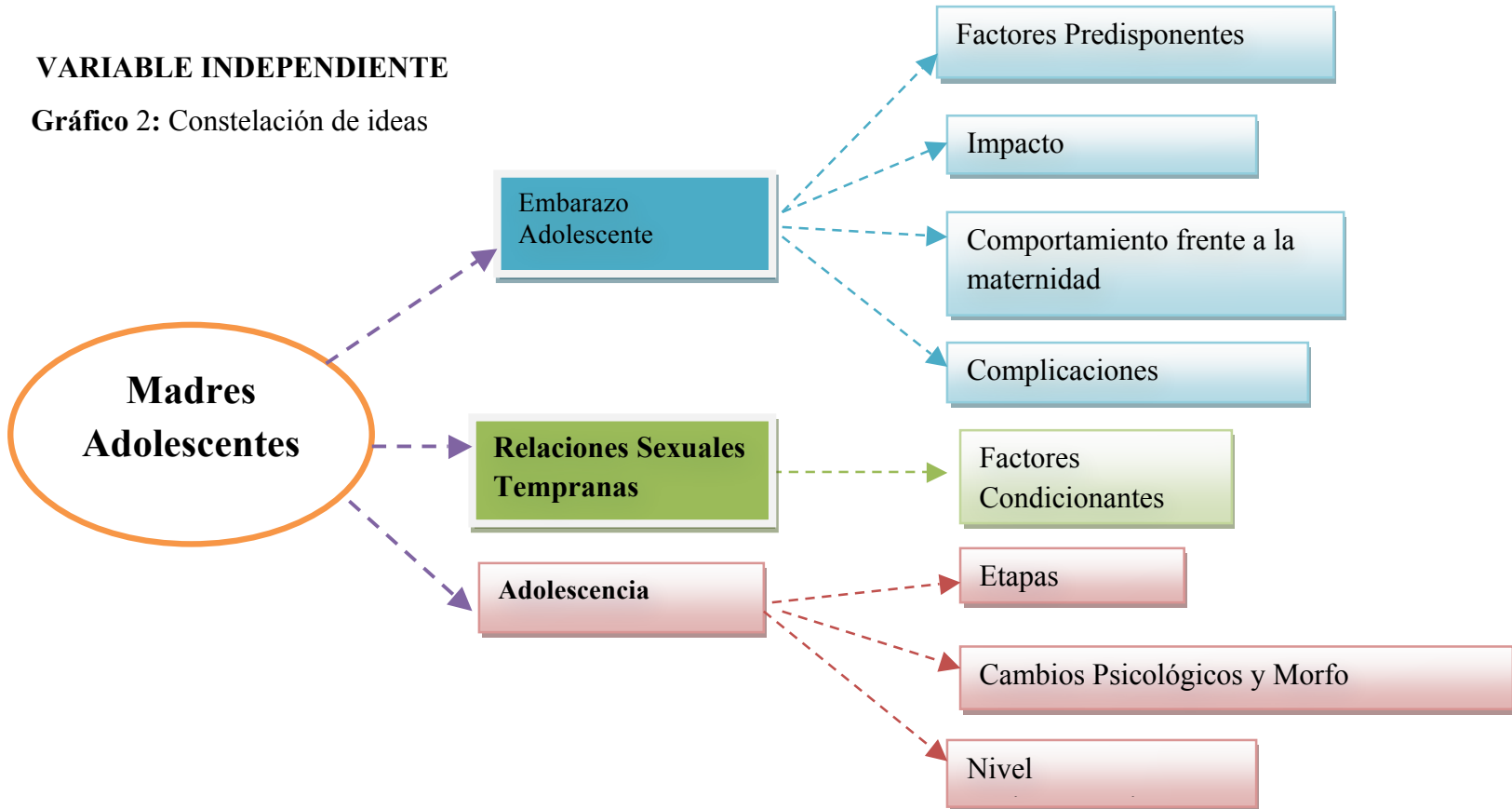


Elaborado por: Lorena Masabanda

CONSTELACIÓN DE IDEAS

VARIABLE INDEPENDIENTE

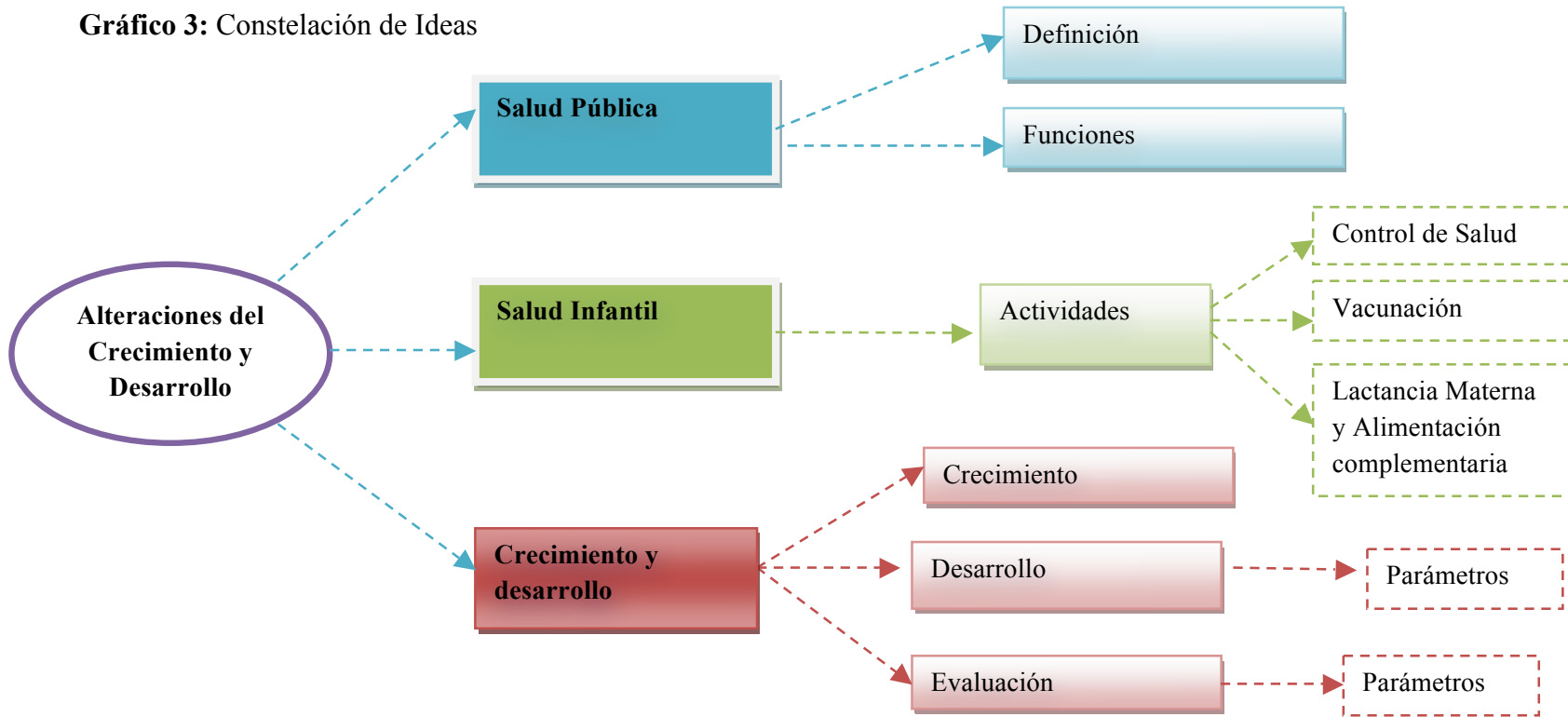
Gráfico 2: Constelación de ideas



Elaborado por: Lorena Masabanda

VARIABLE DEPENDIENTE

Gráfico 3: Constelación de Ideas



Elaborado por: Lorena Masabanda

CATEGORÍA FUNDAMENTALE DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

MADRES ADOLESCENTES

2.5.1 ADOLESCENCIA

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

2.5.1.1 Etapas de la adolescencia (Meneghello, 2008)

Adolescencia temprana (10 a 13 años)

- Biológicamente, es el periodo peri puberal, 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.
- Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.
- Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años)

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

Psicológicamente es el período de máxima relación con el sexo opuesto, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y

asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Problemas médicos habituales:

- Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, otros trastornos de alimentación.
- Riesgo continuado de lesiones intencionales por adultos jóvenes
- Síntomas o enfermedad física inducida por estrés.
 - Problemas relacionados con la sexualidad: embarazo, enfermedades de transmisión sexual.
 - Uso de drogas: tabaco, alcohol, y otras sustancias que alteran el estado mental.
 - Lesiones intencionales: homicidio o suicidio.
 - Lesiones no intencionales: lesiones de abuso, accidentes de vehículos.

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.

2.5.1.2. Cambios Físicos en las Adolescentes

Principales cambios en Hombres:

- Aumentas de estatura
- Se ensancha tu espalda y hombros

- Disminuye la grasa en tu cuerpo
- Te salen espinillas (por el desarrollo de las glándulas sebáceas)
- El olor de tu sudor es más fuerte (por el desarrollo de las glándulas sudoríparas)
- Tu voz es más ronca
- Te crecen los pechos (aunque casi no te das cuenta)
- Te sale y crece vello en axilas, cara (bigote y barba), pecho, piernas, brazos y pubis.
- La piel de los pezones y genitales se te vuelve más oscura
- Te crecen los testículos, próstata y pene
- Primera eyaculación

Principales cambios en Mujeres

Se acumula grasa en tus caderas y muslos

- Se notan más tus curvas y la forma de la cintura
- Te crecen los senos
- Te sale y crece vello en las axilas y en el pubis
- La piel de los pezones y genitales se te vuelve más oscura
- Crecen los labios mayores y menores, clítoris, vagina y útero
- Viene la menstruación
- Aumenta su estatura
- Ensancha las caderas
- Salen espinillas (por el desarrollo de las glándulas sebáceas)
- El olor de tu sudor es más fuerte (por el desarrollo de las glándulas sudoríparas)
- La voz es más fina

2.5.1.3 Desarrollo social:

El objetivo social del adolescente es la evolución desde una persona dependiente hasta otra independiente, cuya identidad le permita relacionarse con otros de un

modo autónomo. Las amistades cumplen en esta etapa variadas funciones, como el desarrollo de las habilidades sociales, como ayuda para enfrentar las crisis y los sentimientos comunes, ayuda a la definición de la autoestima y status.

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.

2.5.1.4 Desarrollo biopsico sexual:

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

Las características que valoran los adolescentes son la belleza, la voluptuosidad, la sensibilidad, la prisa que entre otros provocan a menudo angustia por lo impuro de sus deseos como si el instinto sexual normal no fuera la misma pureza.

Los principales agentes de socialización que influyen en la identidad sexual alcanzada son la familia, los medios de comunicación, el grupo de pares y el sistema educativo.

2.5.1.5 Cambio moral

Según Meneghello, (2008) “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”

2.5.1.6 Correcta Toma de Decisiones en los Adolescentes

Tomar una decisión que repercutirá en nuestro futuro inmediato resulta difícil porque no depende únicamente de la preferencia personal. La decisión debe considerar también factores económicos, familiares y sociales, por lo que se

pretende ofrecer a las y los adolescentes las herramientas básicas para que incrementen sus conocimientos, descubran sus potencialidades y preferencias y analicen los factores implicados en su elección. El proyecto de vida puede convertirse en un marco vital que permita a las y los adolescentes tomar las mejores decisiones: las más informadas, las más debatidas, las más reflexionadas, las decisiones que más apoyen y propicien la cristalización de sus anhelos, de sus planes, de sus ilusiones.

2.5.1.7. Factores de riesgo en los Adolescentes

Según una reciente investigación realizada por la Universidad Brigham Young en Utah, Estados Unidos, retrasar el sexo conduce a lograr relaciones de pareja más satisfactorias y estables. Según lo publicado por la revista Live Science, las parejas que entablan relaciones sexuales muy temprano en su relación dejan que los beneficios del sexo nublen su capacidad para tomar decisiones importantes.

Esto les puede quitar objetividad cuando se trate de continuar la relación a largo plazo.

- **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.

Factores Predisponentes.

- Pertenencia a grupos antisociales.
- La promiscuidad.
- Conducta rebelde antisocial.
- Tendencia al retraimiento y a la agresividad.
- Pobre interés por el estudio (fracaso escolar).
- Baja autoestima.
- Frecuentes mentiras.
- Poco control de los impulsos.
- Alcoholismo familiar (en varones).
- Deterioro socioeconómico de la familia.
- Situación familiar conflictiva.
- Uso de drogas antes de los 15 años.
- Amigos íntimos que usan drogas.
- La falta de comunicación entre padres e hijos
- La presión
- Los adolescentes no solicitarían anticonceptivos por “vergüenza”, “no
- Inicio precoz de las relaciones sexuales.

2.5.2 Sexualidad Precoz en los Adolescentes

Actualmente, la sociedad vive profundos cambios en sus códigos morales y sociales. Esto se puede ver reflejado en la temprana práctica sexual en adolescentes y la visión o reacción de la sociedad frente a este fenómeno, ya que dichas conductas han tomado rumbos muy distintos, comparado a generaciones anteriores.

Entendemos la sexualidad precoz como “la prematura conducta sexual sin estar mentalmente preparado, esto es un desajuste mente-cuerpo que lleva a una exagerada conducta adulta sexual”. Este fenómeno constituye algo negativo cuando el adolescente lleva su sexualidad de forma errónea que dañe o no le permita vivir las diferentes etapas de su desarrollo a plenitud. Todo esto provocara un embarazo precoz, abortos, enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH, cáncer de cuello uterino entre otras enfermedades.

2.5.2 .1 Causas para una relación sexual precoz

- **Comunicación familiar deficiente:** Sucede cuando los adultos evitan referirse al tema de la sexualidad o también cuando evitan referirse a partes del cuerpo relacionadas con la sexualidad, lo que hace que el niño pierda la confianza en sus padres.
- **Información deformada de los medios masivos de comunicación:** “Actualmente es muy frecuente la utilización del sexo con fines comerciales, lo que induce a la práctica sexual y transmite una imagen alterada de la conducta sexual, basada en la violencia, el sexo como mero divertimento y el sexo sin culpabilidad.
- **Cambios en la sociedad:** Actualmente los jóvenes han modificado su comportamiento sexual esto en su mayoría se ve reflejado en la “disminución de la edad mínima de iniciación sexual”.

- **Precoz desarrollo físico y psicológico:** El índice de la edad de cambios físicos aumenta esto provoca una precoz decisión.
- **Precaria educación sexual:** cuando los jóvenes no reciben este tipo de educación genera la creación de mitos, provocando que a veces los jóvenes inicien una vida sexual de forma irresponsable.
- **Sexualidad temprana:** está directamente relacionado, con el precoz desarrollo físico y psicológico de los jóvenes, lo que los lleva a tener actitudes o comportamientos de índole sexual que no están relacionados con su edad.
- **Sexualidad en Familia:** Una función importante de los padres es hablarles a los niños acerca del amor, la intimidad y el sexo. ¿Por qué? Pues son ellos los encargados de crear la base con la que sus hijos posteriormente iniciarán su vida sexual.

2.5.2 .2. Consecuencias

Las consecuencias que se pueden derivar respecto de la sexualidad precoz son variadas, ya que es un problema que afecta en todo ámbito de la persona humana. Por un lado tenemos que la inmadurez de los jóvenes provoca una irresponsabilidad sexual, la que se traduce en el contagio de enfermedades venéreas y en embarazos no deseados; que afectan principalmente a las mujeres en el sentido de recibir un rechazo por parte de la sociedad. En algunas ocasiones, estos embarazos derivan en abortos o en una paternidad irresponsable, también producto de la inmadurez.

Por otro lado; el desenfreno sexual, como la promiscuidad, produce una deformación de los conceptos de libertad (libertinaje), dignidad y respeto; que son vitales para establecer relaciones de pareja maduras. Finalmente, es así como se llega a problemas en la vida sexual futura, como las enfermedades venéreas; algunas de las más conocidas como el SIDA, la Sífilis y la Gonorrea.

2.5.3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". Los embarazos en las adolescentes son considerados como no deseados.

2.5.3.1 Factores

Factores determinantes

- Relaciones Sin Anticoncepción
- Abuso Sexual
- Violación

Factores predisponentes

- Menarquia Temprana
- Inicio Precoz De Relaciones Sexuales
- Familia Disfuncional
- Mayor Tolerancia a la Maternidad Adolescente Y / O Sola
- Bajo Nivel Educativo
- Migraciones Recientes
- Pensamientos Mágico
- Fantasías De Esterilidad
- Falta O Distorsión De La Información
- Controversias con sus valores y el de sus Padres
- Aumento en número de adolescentes

2.5.3.2 Riesgos del Embarazo en la Adolescencia

Primer trimestre

- Trastornos Digestivos
- Metrorragias.

- Abortos Espontáneos.
- Embarazos Extrauterinos

Segundo y tercer trimestre

- Anemia
- Infecciones Urinarias
- Amenaza De Parto Pre término
- Hipertensión Arterial Gravídica
- Mortalidad Fetal
- Parto Prematuro
- Crecimiento Intrauterino Retardado
- Presentaciones Fetales Distócicas
- Desproporciones Céfalopélvicas

2.5.3.3. Consecuencias patológicas para la madre

- Anemia.
- Hipertensión inducida por el embarazo (Pre eclampsia).
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Embarazo pre término.
- Parto prolongado.
- Complicaciones intra parto (Sufrimiento fetal, atonía uterina).
- Desproporción feto-pélvica.
- Mayor proporción de cesáreas (siendo inversamente proporcional a la edad materna).
- Desempleo, carga de culpabilidad, gran ansiedad a punto del suicidio.

2.5.3.4. Consecuencias patológicas para el niño

- Prematurez
- Recién nacido de bajo peso al nacer.
- Complicaciones Neonatales.
- Ictericia neonatal.

- Sepsis.
- Malformaciones congénitas (polidactilia, paladar hendido).
- Síndrome de dificultad respiratoria.

2.5.4. MADRE ADOLESCENTE

La OMS define a las madres adolescentes como como un periodo en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, pasa de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la dependencia psico-socio-económico y fija los límites entre los 10 a los 19 años.

2.5.4.1 El perfil de la Población

Según el perfil de la población el INEC publica en su último censo que somos 14'483.499 ecuatorianos, de ellos aproximadamente el 30% son adolescentes entre los 10-19 años. Tomando en cuenta las cifras alarmantes que se presentan como la Tasa de mortalidad infantil: hombres: 22,37 muertes/1.000 nacimientos mujeres: 15,59 muertes/1.000 nacimientos (2011)

Habitantes infectados con VIH/SIDA: 37.000 (Estadísticas 2009) y sus muertes son aproximadamente 2.200 (2009). Tasa de mortalidad materna: 140 muertes / 100.000 niños nacidos vivos (2008) (CIA World Factbook A menos que sea indicado, toda la información en esta página es correcta hasta Julio 19, 2012)

2.5.4.2 Embarazo en la Adolescente

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública. Este embarazo es calificado de alto riesgo, ello significa que en las adolescentes es

más probable que el embarazo no se desarrolle en forma satisfactoria o que el niño no nazca en óptimas condiciones de salud.

2.5.4.3. Actitudes hacia la maternidad

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social.

Consecuencias para la Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

Consecuencias para el hijo del adolescente

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

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

Consecuencias Para El Padre Adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un estrés inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

2.5.5. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

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.

2.5.5.1 Crecimiento

Proceso que inicia desde el momento de la concepción y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Según la OPS es el aumento en tamaño o crecimiento físico ya que los diversos tejidos y órganos poseen sus propias características de crecimiento, la determinación del peso, la talla y el perímetro cefálico son los parámetros más útiles para la valoración del crecimiento físico tomando en cuenta que un niño al nacer pesa 2800-3500 gramos y mide entre 45 y 51cm.

2.5.5.2. Desarrollo

El desarrollo está inserto en la cultura del ser humano; es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognitivo, nutricional, ético, sexual, cultural y social.

2.5.5.3. Causas de las Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo

Patologías del embarazo, ingestión de drogas en este período (tabaco, alcohol)

Estado nutritivo materno

Tipo de parto.

Antecedentes de peso y talla de nacimiento y patología perinatal.

Historia nutricional y mórbida del paciente, uso de medicamentos, desarrollo psicomotor.

Antecedentes familiares: talla de ambos padres y hermano

Patologías familiares tales como retraso de talla, alteraciones óseas, enfermedades genéticas o endocrinas en los padres, hijos y hermanos.

2.5.5.4 Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo

Bajo crecimiento es un indicador de la desnutrición infantil

Sufren retraso en el desarrollo cognoscitivo y disminución de la capacidad de aprendizaje

Alto riesgo de sufrir enfermedades infecciosas

Mayor incidencia de muerte (Salud Integral para la Infancia SIPI 1996 guía para la salud y prevención de la salud oral.

2.5.5.5 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Consiste en la medición exacta del peso, talla, perímetro cefálico según la edad e interpretar las tendencias de crecimiento que determinen el estado nutricional del niño.

Relación entre las medidas antropométricas

PESO para EDAD (P/E): este índice refleja la masa corporal relativa a la edad cronológica o, desnutrición global.

- **Bajo P/E:** bajo P/E
- **Alto P/E :** alto P/E

PESO para TALLA (P/T): este índice refleja el estado nutricional actual o desnutrición aguda.

- **Bajo P/T:** Bajo peso para la Talla (Delgadez y Desgaste)
- **Alto P/T:** Alto peso para la Talla (Sobrepeso y Obesidad)

TALLA para EDAD (T/E) Este índice refleja el crecimiento lineal

- **Baja T/E** (implica un retardo en el crecimiento)
- **Alta T/E** valores excesivos de T/E.

PERÍMETRO CEFÁLICO / ÍNDICE DE MASA CORPORAL

2.5.6. PESO

Es una de las medidas antropométricas más utilizadas que sirve para clasificar el estado nutricional y evaluación del crecimiento y de esa manera se reflejara el balance energético del niño.

- Nace 3000-3500 gramos
- 1° Trimestre 25-30 gramos/día - 800gramos/mes
- 2° Trimestre 20 gramos/día - 600gramos/mes

- 3° Trimestre 10-15 gramos/día - 500gramos/mes
- 4° Trimestre 10 gramos/día - 300gramos/mes
- 1° año 9500-10250
- 1°-2° año 2500-300gramos/año
- 2°-5° año 2kg/año

➤ **Graficar el Peso edad de menores de 5 años (KG)**

Gráfico 4: Niñas

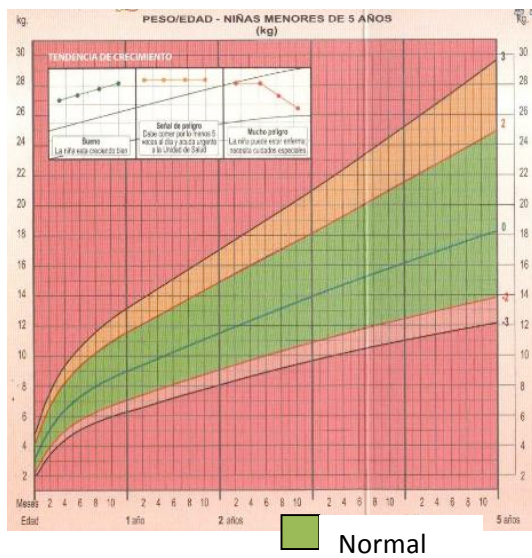
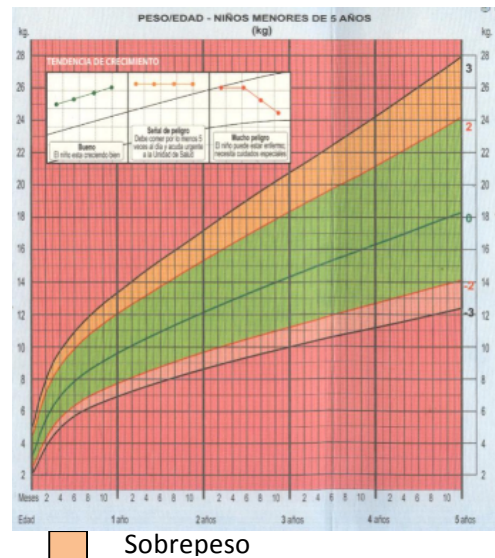


Gráfico 5: Niños



Fuente: Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS OPS

2.5.7. Talla

Es un parámetro de medición en ellos influyen la herencia y el medio ambiente. Siendo así la altura q tiene un individuo desde el 'punto más alto de la cabeza hasta los talones.

• **Ganancia de Estatura**

El primer crecimiento lo experimenta el niño desde su concepción hasta su nacimiento 45-52 cm durante los 9 meses.

De los 3-6 meses aumenta 7cm

De los 6-9 meses aumenta 5 cm

De los 9-12 meses aumenta 4cm

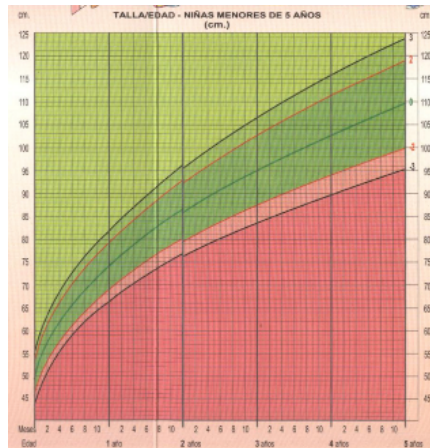
De 2 años en adelante aumenta 10cm por mes

Si un niño menor de 2 años de edad no permite ser acostado boca arriba para medirle a la longitud, mídase la talla en posición de pie y sume 0.7cm para convertirla en longitud.

Si un niño tiene 2 años o más y no es capaz de ponerse de pie. Mida la longitud en posición acostado boca arriba y reste 0.7cm para convertirla en talla.

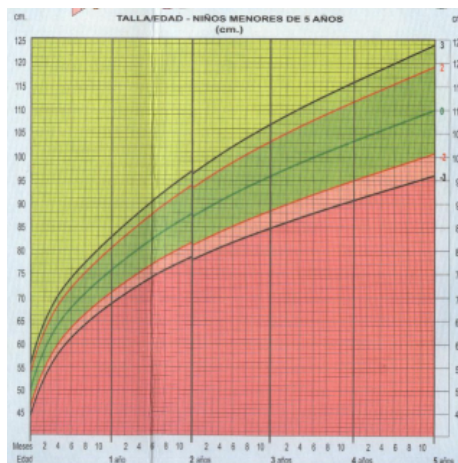
➤ **Graficar la Talla**

Gráfico 6: Talla edad niñas menores de 5 años



Fuente: Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

Gráfico 7: Talla edad niños menores de 5 años



Fuente: Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

2.5.8. Índice de masa corporal

El Índice de Masa Corporal (I.M.C.) es una manera sencilla y universalmente acordada para determinar si una niña o niño tiene un peso adecuado. El índice de masa corporal debe trasladarse a una tabla de percentiles (P) correspondiente a la edad y sexo.

El índice de masa corporal se calcula:

Índice de Masa Corporal (IMC) = Peso (en Kg) dividido por la Altura (en metros) al cuadrado.

$IMC = \text{Kg}/\text{m}^2$ el peso del niño en kilogramos/su estatura elevada al cuadrado.

➤ Graficar IMC

Gráfico 8: IMC Niñas

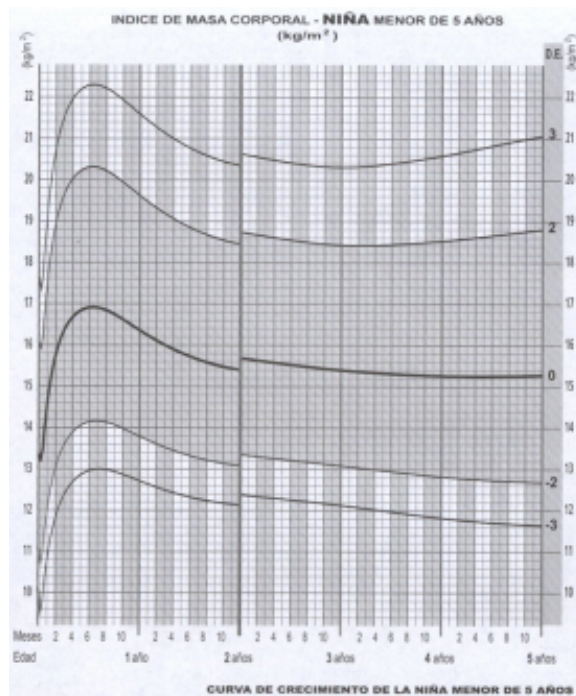
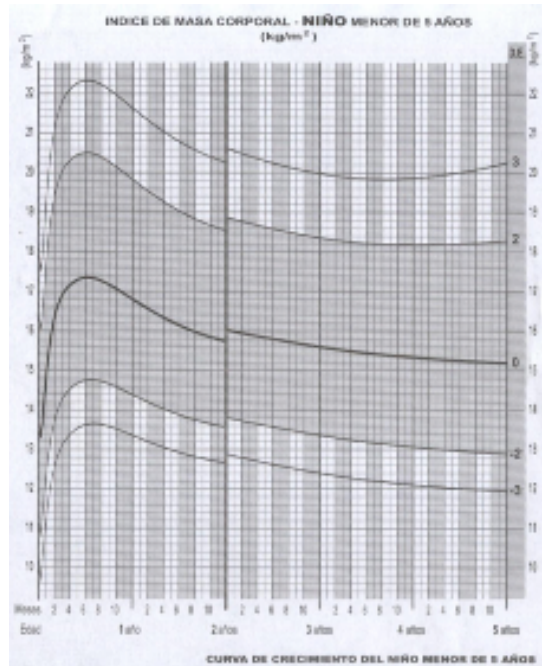


Gráfico 9: IMC Niños



Fuente: Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS OPS

2.5.9 Perímetro Cefálico

Es la medición del perímetro de la cabeza de un niño en su parte más grande. Se mide la distancia que va desde la parte por encima de las cejas y de las orejas y alrededor de la parte posterior de la cabeza.

La medición del perímetro cefálico es una parte importante del control de rutina del niño sano.

Un tamaño de la cabeza demasiado pequeño (llamado microcefalia) o una tasa de crecimiento demasiado lenta puede ser una señal de que el cerebro no se está desarrollando apropiadamente. Esta medición se realizara hasta los dos años de edad.

Graficar PC

Gráfico 10: PC Niños

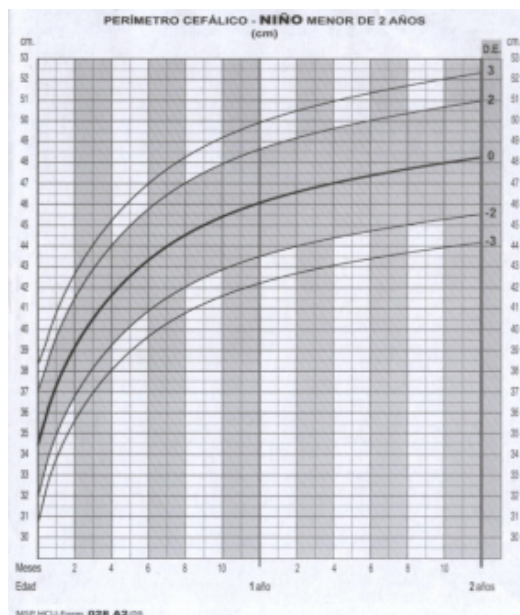
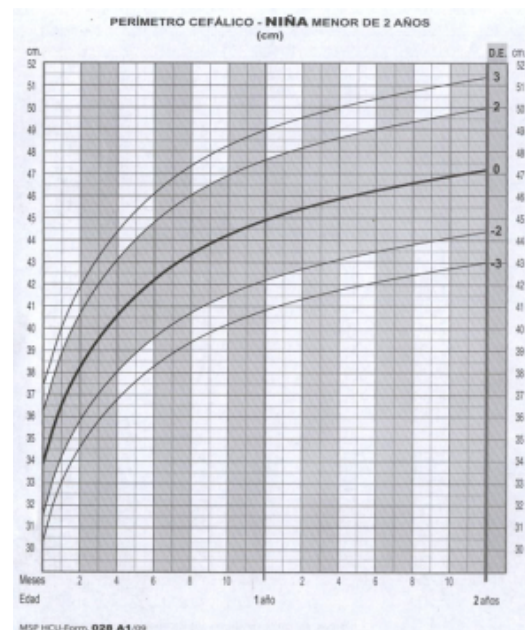


Gráfico 11: PC Niñas



Fuente: Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS OPS

2.5.10 Desarrollo

El desarrollo infantil es un proceso en el cual consiste empezar con el aprendizaje y dominio de actividades. Efecto combinado de los cambios en tamaño y complejidad o en composición; así como de los cambios resultantes de la maduración y del aprendizaje.

Esto designa los cambios que con el tiempo ocurren en la estructura, pensamiento o comportamiento de una persona a causa de los factores biológicos y ambientales.

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: Valoración para los niños menores de 5 años.

EDAD	MOTOR		VISIÓN Y LENGUAJE	COMPORTAMIENTO SOCIAL	JUEGO Y APRENDIZAJE
	FINO	GRUESO			
1 mes	Levanta la cabeza Aprieta objetos	Mueve los brazos y piernas	Mira momentáneamente. Se queda quieto Llora por una causa	Sonríe ante caras familiares	Mama “chupa”
2 mes	Junta las manos	Estando de lado se pone boca arriba	Sigue con la vista Voltea hacia el sonido Vocaliza A, E, U Sonríe ante caras familiares		Se interesa por la sonaja Juega con sus manos
3 mes	Se levanta apoyado en brazos Estira los brazos	Sentado rodeado de cojines	Observa los objetos Reconoce la voz de su madre Hace diferentes sonidos (agú)	Se alegra cuando le van a dar el pecho	
4 mes	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
5 mes	Se apoya en un lado	De boca abajo se voltea boca arriba	Da gritos de alegría	Reconoce a diferentes personas	Come de la cuchara Coge un objeto mientras mira otro Ríe y vocaliza al jugar con los objetos
6 mes	Hace pinza	Se pone en posición de gateo	Se alegra con la música Hace gorgoritos		Come galleta solo Desparrama objetos

		por algunos momentos			Coge sus pies con las manos
7 mes	Coge un objeto en cada mano	Comienza sentarse solo Se arrastra	Repite TA, LA, CA, etc.	Toca su imagen en el espejo	Busca objetos caídos Lleva sus pies a la boca
8 mes	Mueve la cabeza en toda dirección	Gatea		Dice adiós con la mano	Bebe del vaso con ayuda Tira los juguetes al suelo
9 mes	Coge con el pulgar e índice	logra sentarse	Dice PA – PA	Entiende la palabra “no”	Intenta coger objetos lejanos Saca objetos de un recipiente
10 mes		Camina apoyándose	Dice MA – MA		Juega a dar palmadas Examina objetos
11 mes	Mete objetos pequeños en una botella	Da pasos sujeto	Dirige su mirada a un objeto lejano Repite los sonidos que escucha		Come con los dedos Sujeto de la mano empuja la pelota Busca el contenido de las cajas
12 mes		Comienza a caminar	Dice 2 – 3 palabras	Entiende el “dame – toma”	Ofrece y quita juguetes Hace garabatos
15 meses		Sube y baja gradas gateando	Señala lo que quiere Dice más palabras	Ayuda en tareas simples en la casa	
2 años		Camina con seguridad	Junta dos palabras “mamá, agu” Dice oraciones simples “vamos mamá” Usa el “yo” y “tú”	Puede jugar con niños y adultos	Avisa que se ha mojado Empuja y arrastra juguetes Usa pañales
2.5 años					Ya no usa pañales Hace puentes con los objetos Construye juegos de piezas, Dibuja

Fuente: Test de valoración de Denver

2.5.11 CÓMO EVALUAR EL DESARROLLO

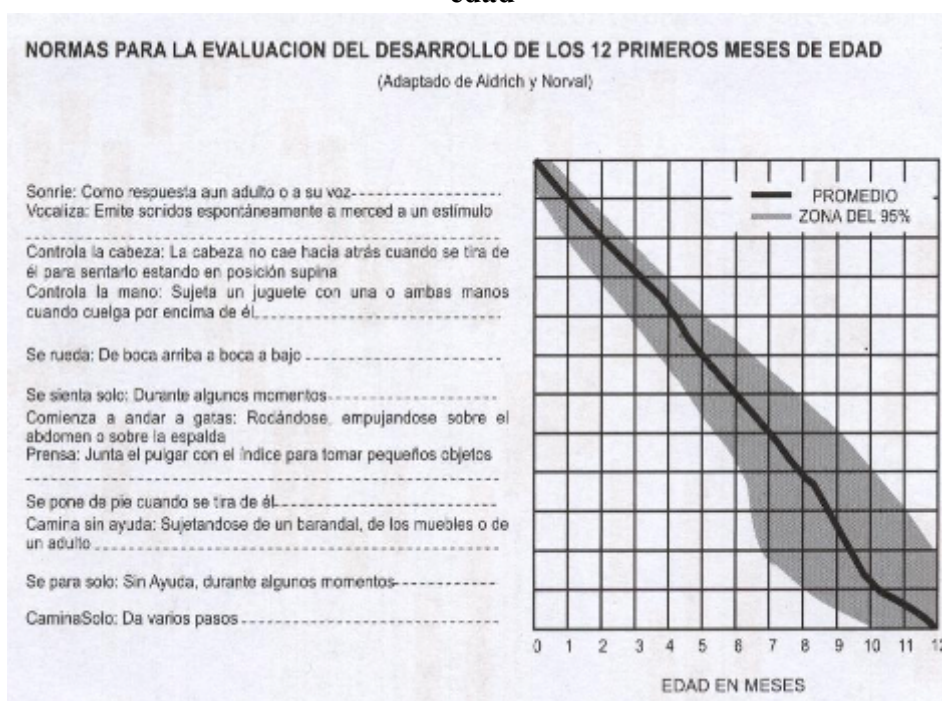
Según el MSP para la valoración del desarrollo en se utilizará:

TEST DE ALDRICH Y NORVAL: Para los 12 primeros meses de edad

TEST DE BARRERA MONCADA: Para niños de 12 a 60 meses de edad esta valoración se hace en cuatro áreas:

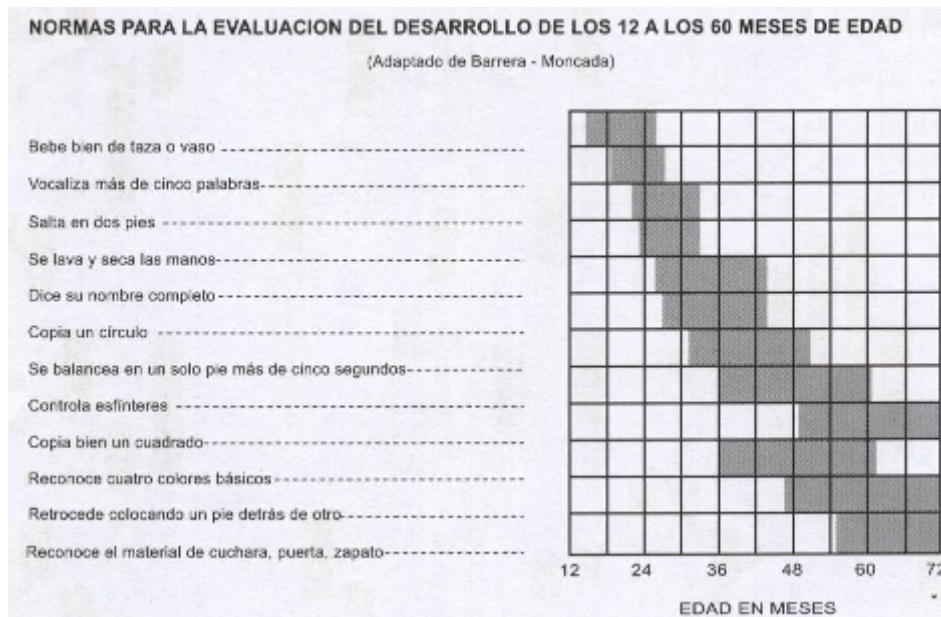
- Psicomotriz Gruesa
- Personal Social
- Motor Fino Adaptivo
- Del Lenguaje

Gráfico 12 : TEST DE ALDRICH Y NORVAL: Para los 12 primeros meses de edad



Fuente: Hojas del MSP que están archivadas en las Historias Clínicas de los niños

Gráfico 13: TEST DE BARRERA MONCADA: Para niños de 12 a 60 meses



Fuente: Hojas del MSP que están archivadas en las Historias Clínicas de los niños

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.

2.5.12 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.

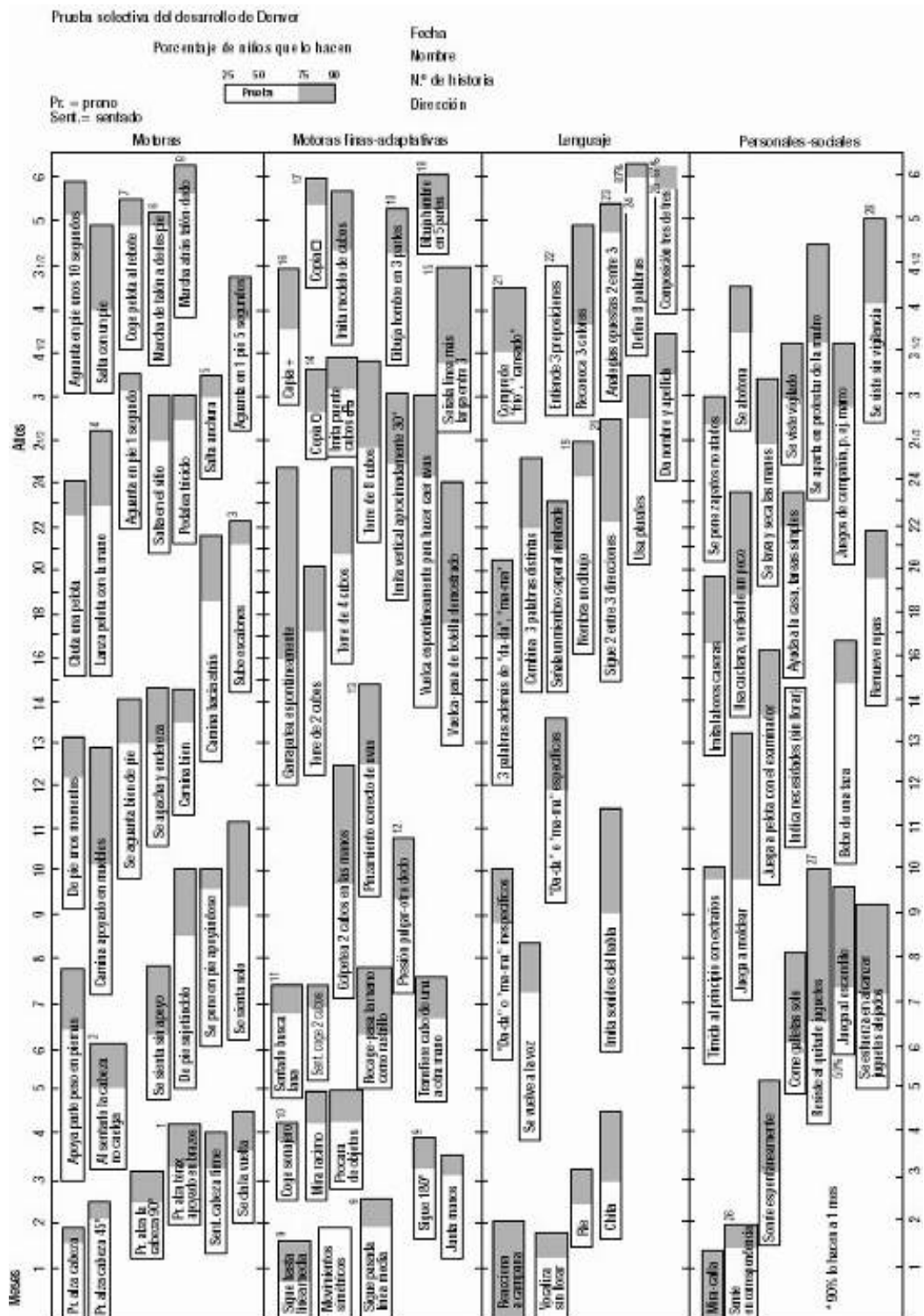
- **Materiales que se utilizan en el Test de Denver**

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:** Irrealizable cuando hay tantas fallas que imposibilitan la evaluación (CARAMBULA Patricia, Test de Denver. Permite valorar el desarrollo psicomotor del niño durante sus primeros 6 años de vida.

Gráfico 14: Test de Denver



Fuente: Hojas del MSP que están archivadas en las Historias Clínicas de los niños

2.5.13 Salud Infantil

Es un conjunto de actividades destinadas a fomentar la adquisición de hábitos de salud e higiene durante el embarazo, la preparación del parto y el puerperio, así como el cuidado del recién nacido y la promoción de la lactancia materna, aportando consejos de educación sanitaria a través de soportes didácticos.

Los objetivos son:

- Aumentar el nivel de la salud de la población materna infantil.
- Disminuir la morbi-mortalidad a través de la promoción de la lactancia materna.

El crecimiento de los menores de 5 años se sustenta 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).

Prácticamente todas las enfermedades pueden provocar deterioro en el crecimiento de los niños o las niñas, 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 menores de 5 años.

Se 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.

2.5.14 Programas de Salud Infantil

Los programas del ministerio de salud pública están enfocados en el apoyo social de la población ecuatoriana, estando siempre al servicio de la comunidad y de las personas más vulnerables.

2.5.15 Programa Ampliado de Inmunización (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, Biblioteca Virtual En Vacunas .Programa Ampliado en Inmunizaciones. [Citado 19 junio 2012].

2.5.16 Lactancia Materna

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

La OMS recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También hay que amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años.

Contraindicaciones para la Lactancia

- Sida: Hay riesgo de transmisión del sida por lactancia materna.
- Herpes simple: en recién nacidos de menos de 15 días puede producir una infección potencialmente mortal.
- Galactosemia: grave enfermedad congénita por déficit de la enzima galactosa.

2.5.17. 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)

2.5.18. Nutrición

La nutrición estudia todos los procesos bioquímicos y fisiológicos que suceden en el organismo para la asimilación del alimento y su transformación en energía y diversas sustancias. Es principalmente el aprovechamiento de los nutrientes, manteniendo el equilibrio del organismo a nivel molecular.

2.5.19. 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.

2.5.20 El papel de la Enfermera en Salud Materno – Infantil

La enfermería de salud comunitaria, "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 individuo y la comunidad mediante la enseñanza y la prestación de atención". 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:

- Formar las escuelas de padres con ayudas de los colegios y la asociación de vecinos, para que participe toda la comunidad. En talleres sobre enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz en colegios y todos

los servicios que prestan los puestos de salud incluyendo una planificación familiar gratuita.

- Educación sobre la responsabilidad de criar a un niño, la importancia de los controles mensuales incluyendo en ello el aseo personal y paciencia hacia sus hijos.

“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.

2.6 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 Teligote del Área N°5 del MSP del Cantón Pelileo, Provincia de Tungurahua, periodo 23 de Junio- 23 de Noviembre 2012?

2.7 Señalamiento de Variables

2.7.1 Variable Independiente:

✚ Madre adolescente

2.7.2 Variable Dependiente

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

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque

Por la naturaleza del problema formulado la investigación será enmarcada dentro del paradigma critico propositivo, el enfoque predominante es cualitativo – cuantitativo pues trata de comprender al 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

Esta investigación implicó una modalidad: 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 el niño en cuanto a su crecimiento y desarrollo durante los 2 años 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 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 y qué relación tienen con el embarazo ocurrido en la adolescencia. Este tipo de investigación permite evaluar las variaciones de comportamiento de una variable en función de la otra.

La investigación será de tipo transversal y perspectiva por cuanto se realizará en un espacio de tiempo limitado. 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 Puesto de Salud de Teligote Provincia de Tungurahua. Este lugar de atención cuenta con 11 casos para la investigación de los cuales la población incluyente serán: Las madres adolescentes entre 10 a 19 años y que pertenezcan a la comunidad del área de estudio y deberán tener un hijo de 0 a 2 años 6 meses de edad.

3.4.2. Muestra

La muestra poblacional con la que trabajaremos es de 11 casos, de madres adolescentes y sus hijos que acuden a los controles en el puesto de salud de Teligote, cantón Pelileo probabilístico – 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	ÍTEMES 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-demográficas y prenatales presentan las madres adolescentes en los sectores investigados?	Encuesta	Cuestionario
	Características prenatales.	Frecuencia de controles médicos Complicaciones en el embarazo Tipo de parto.	Que complicaciones se presentaron en el embarazo y el parto.	Encuesta	Cuestionario
	Embarazo en adolescentes y sus etapas.	Etapas de la adolescencia al ser madres Temprana Media Tardía	¿Cuántas madres y en qué etapa de su adolescencia tuvieron su primer hijo Temprana 10 y 13 años Media 14 y 16 años Tardía 17 y 19 años		

Elaborado por: Lorena 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 del niño.	Alteraciones en el crecimiento	Peso Talla Perímetro Cefálico	¿Cuáles son los índices antropométricos de los niños hijos de madres adolescentes?	Observación	Cuestionario
	Alteraciones en el desarrollo	Test Aldrich y Norval y Barrera Moncada valora: Motricidad Fina, Gruesa, Lenguaje, Desarrollo Cognoscitivo y Social. DENVER Valora: Desarrollo Psicomotor Fino, Grueso, Lenguaje y Social.	El desarrollo motor, cognoscitivo, social y el lenguaje de los niños están acorde a su edad?	Test de Barrera Moncada Test de Aldrich y Norval	Ficha de Observación

Elaborado por: Lorena Masabanda

3.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Revisión crítica de la información
- Verificación de datos
- Elaboración de tablas estadística
- Transformación en valores cuantitativos
- Transformación en porcentajes
- Elaboración de cuadros representativos

3.6.1 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 para el personal de salud una ficha de observación y los test que nos permitirán valorar el desarrollo.

3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Esta investigación servirá para alcanzar los objetivos y comprobar la hipótesis planteada acerca de las madres adolescentes y sus hijos, se valorara el crecimiento (peso talla P/C) desarrollo (psicomotriz) que estará a cargo de la investigadora desde el 23 de junio al 23 de diciembre 2012 en el puesto de salud deTeligote.

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

Una vez aplicada las encuestas a las madres adolescentes y al personal de salud a través de la estadística descriptiva, se realizara una depuración de las encuestas se tabulara los datos, los mismos que serán representados a través de los gráficos con sus respectivas conclusiones y recomendaciones y de este modo concluir, analizar para llegar a verificar la hipótesis planteada.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Características sociodemográficas de la madre

1.- ¿Cuál fue su edad al momento de ser madre, y el estado civil actual de las adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Teligote?

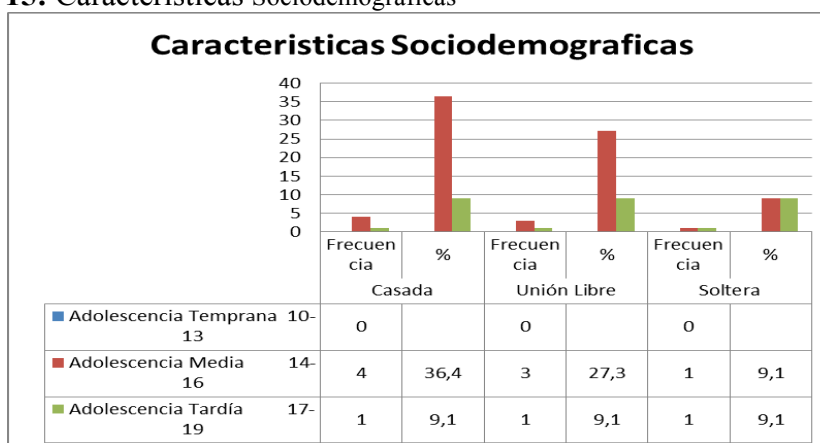
Tabla 5: Características Sociodemográficas

Características Sociodemográficas						
Edad	Estado civil					
	Casada		Unión Libre		Soltera	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Adolescencia Temprana 10-13	0		0		0	
Adolescencia Media 14-16	4	36,4	3	27,3	1	9,1
Adolescencia Tardía 17-19	1	9,1	1	9,1	1	9,1
Total	5	45,5	4	36,4	2	18,2

Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al puesto de salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 15: Características Sociodemográficas



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al puesto de salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Se puede determinar que en la adolescencia media encontramos el mayor porcentaje de embarazos, en la tardía encontramos 3 casos que son el 27.3% de estos sus estados civiles son diversos ya que menos del 50% están casadas esto afectara en el aspecto psicológico económico y social a la adolescente y directamente influye en el desarrollo de su hijo.

2.- ¿Cuál es el nivel educativo y ocupación actual de las adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Teligote?

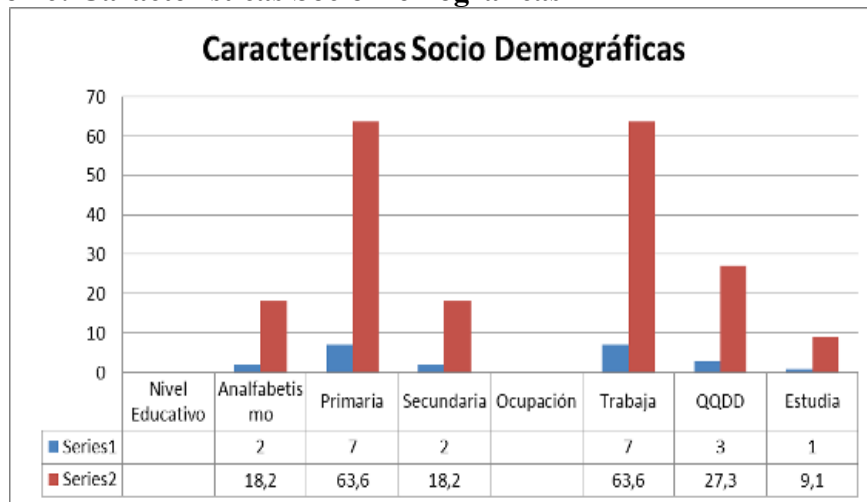
Tabla 6 : Características Socio Demográficas

Características Socio Demográficas					
Nivel Educativo			Ocupación		
Analfabetismo	2	18,2	Trabaja	7	63,6
Primaria	7	63,6	QQDD	3	27,3
Secundaria	2	18,2	Estudia	1	9,1
Total	11	100%	Total	11	100%

Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al puesto de salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 16: Características Socio Demográficas



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al puesto de salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Los datos obtenidos reflejan que tenemos, 2 madres analfabetas con el 18,2%, 7 han terminado la primaria con el 63,6%, 2 bachilleres con el 18,2% de este grupo de adolescentes 7 de ellas trabajan 3 se ocupan de sus hogares y solo 1 está estudiando actualmente, son datos alarmantes ya que el nivel educativo es deficiente esto aumenta el índice de pobreza en sus hogares, pues sus hijos se quedan a cargo de sus abuelos o familiares lo cual afecta al niño y a su madre porque se pierde el enlace maternal lo que provoca un desinterés total en la adolescente en cuanto al cuidado de su hijo y las responsabilidades que esto conlleva.

3.- ¿Edad en que iniciaron las relaciones sexuales y edad de su primera menstruación de las adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Teligote?

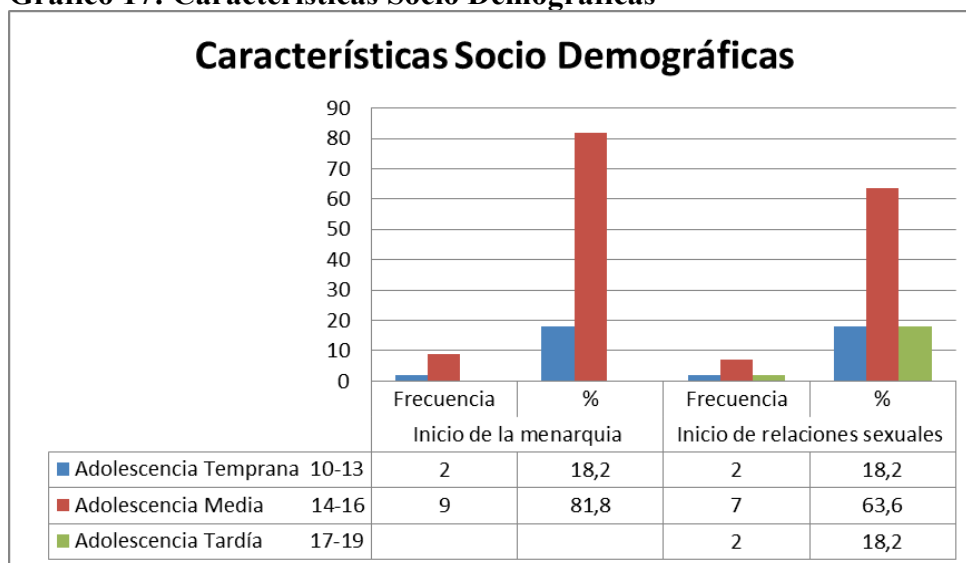
Tabla 7: Características Socio Demográficas

Edad	Inicio de la menarquia		Inicio de relaciones sexuales	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Adolescencia Temprana 10-13	2	18,2	2	18,2
Adolescencia Media 14-16	9	81,8	7	63,6
Adolescencia Tardía 17-19			2	18,2
Total	11	100%	11	100%

Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al puesto de salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 17: Características Socio Demográficas



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al puesto de salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

En el sitio de investigación tenemos 2 personas con el 18.2% que iniciaron su menarquia en la adolescencia temprana y 9 con el 81.2% en la adolescencia media por lo que hay personas que han empezado una vida sexual activa desde los 10 años, a esto se atribuye el cambio hormonal que algunos de los casos pudo ser un factor predisponente para que tenga una vida sexual activa precoz, y de esa manera se aumenta el índice de embarazos no deseados en las adolescentes y problemas en su entorno bio-psico-social.

4.- ¿Frecuencia en los controles prenatales que se realizaron las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Teligote?

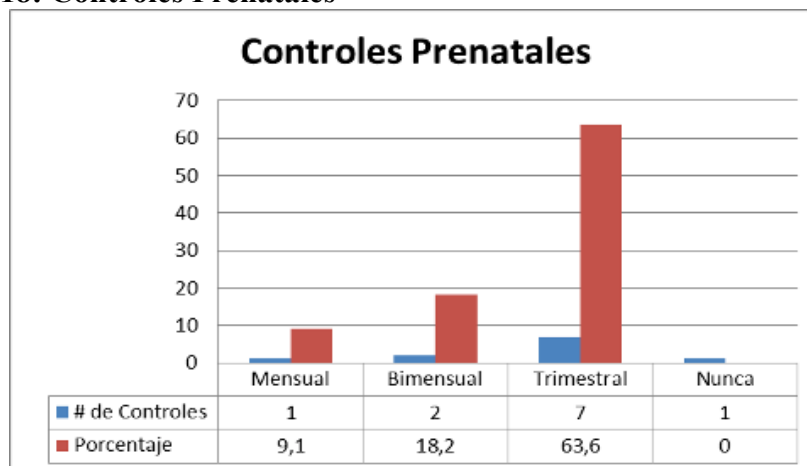
Tabla 8: Controles Prenatales

Frecuencia	# de Controles	Porcentaje
Mensual	1	9,1
Bimensual	2	18,2
Trimestral	7	63,6
Nunca	1	9,1
Total	11	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente, en el Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 18: Controles Prenatales



Fuente: Registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente, en el Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Podemos decir que 1 madre con el 9.1% se realiza un control mensual, 2 con el 18.2% se realizan controles bimensuales, 7 con el 63.6% controles cada tres meses y 1 madre no se realizó nunca ni un solo control, por lo que diríamos que las madres adolescentes han tomado su embarazo con ligereza y desinterés, sin tomar conciencia que están poniendo en riesgo la vida de un niño y sin saber que cualquier tipo de alteración en el embarazo podría ser mortal.

5.- ¿Número de ecos realizados en la etapa gestacional de las madres que acuden al puesto de salud de Teligote?

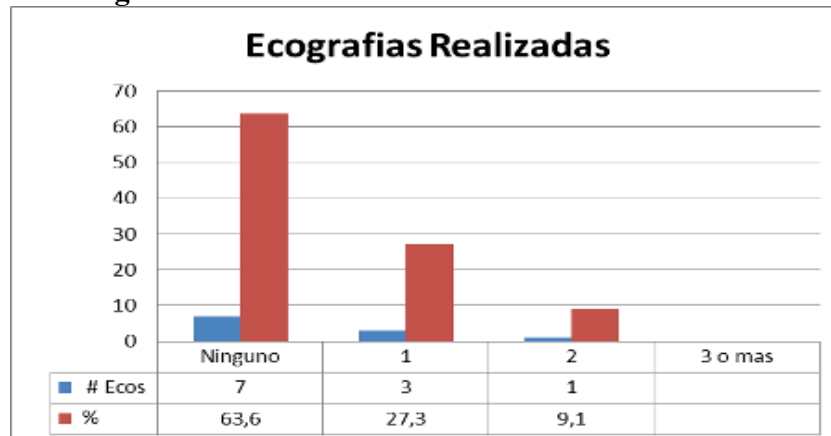
Tabla 9: Ecografías Realizadas

Ecografías Realizadas		
Ecografías	# Ecos	%
Ninguno	7	63,6
1	3	27,3
2	1	9,1
3 o mas		
Total	11	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente, en el Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 19: Ecografías Realizadas



Fuente: Registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente, en el Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Según las encuestas realizadas podemos conocer que las adolescentes no tuvieron un estricto control en el embarazo, ya que 7 madres con el 63.6% no se realizaron ningún eco, 3 madres con el 27.3% se han realizado 1 eco y 1 madre con el 9.1% se realizó 2 ecos, lo La primera causa se puede atribuir a la falta de interés a la inmadurez tanto física como psicológica y la responsabilidad que deberían tener la madre con su hijo, otra de las causas se les podría atribuir al factor económico aunque conocemos que en el sector público se brinda todo este tipo de atención.

6.- Que Complicaciones tuvieron en el embarazo las madres que acuden al puesto de salud de Teligote?

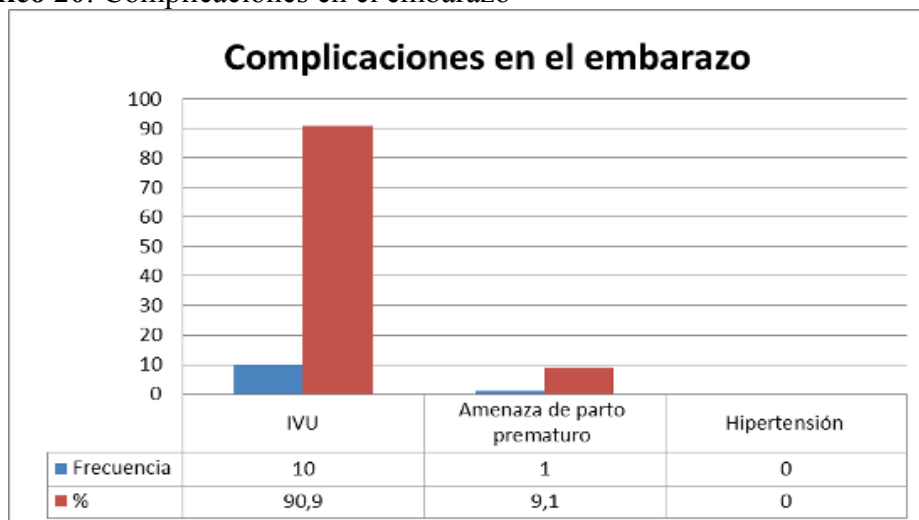
Tabla 10: Complicaciones en el embarazo

Complicaciones en el embarazo	Frecuencia	%
IVU	10	90,9
Amenaza de parto prematuro	1	9,1
Hipertensión	0	0
Total	11	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente, en el Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 20: Complicaciones en el embarazo



Fuente: Registros diarios de atenciones y consultas ambulatorias registrados en la historia clínica del paciente, en el Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Tomando en cuenta que entre las complicaciones más frecuentes que ocurren en los embarazos de las adolescentes tenemos 10 casos con el 90.9% de IVU, 1 caso con el 9.1% de amenaza de parto prematuro y no encontramos problemas de hipertensión arterial, por lo cual podríamos decir que las infecciones de vías urinarias pueden ser causadas por la irresponsabilidad y el desconocimiento de las madres en cuanto a la higiene diaria haciéndolas así indirectamente responsables de la amenaza de parto prematuro.

7.- ¿Edad gestacional al momento del parto?

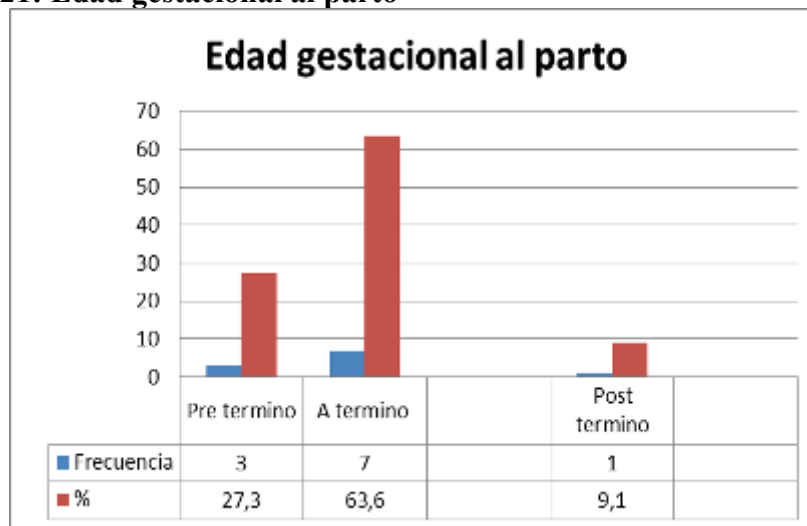
Tabla 11: Edad gestacional al parto

Edad gestacional al parto	Frecuencia	%
Pre termino	3	27,3
A termino	7	63,6
Post termino	1	9,1
Total	11	100%

Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al puesto de salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 21: Edad gestacional al parto



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al puesto de salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Según las encuestas realizadas a las adolescentes se conoce que 3 de ellas con el 27.3% tuvieron un parto pre término, 7 de ellas con el 63,6% tuvieron un parto en el tiempo adecuado o a término y 1 de ellas tuvo un parto post término lo cual representa el 9,1% a estos datos podemos añadir que en su mayoría tuvo un parto a un tiempo adecuado pero como se puede observar en su mayoría no tuvieron complicaciones al momento del parto.

8.- ¿Tipo de parto que tuvieron las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Teligote?

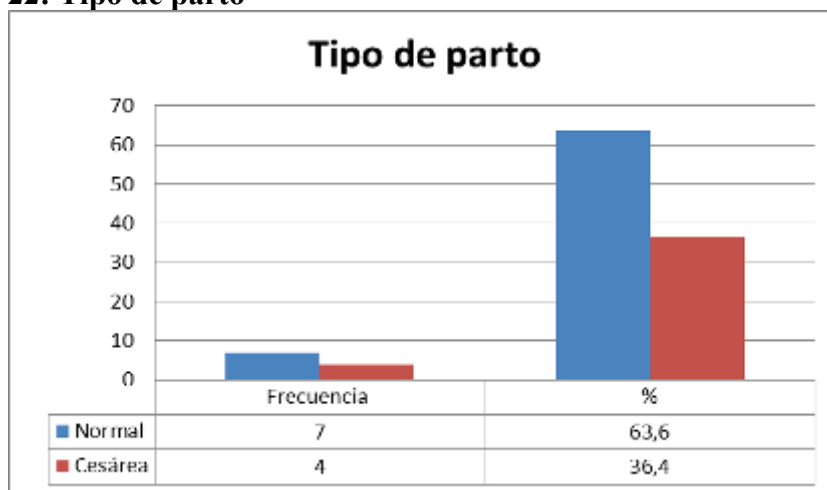
Tabla 12: Tipo de parto

Tipo de parto	Frecuencia	%
Normal	7	63,6
Cesárea	4	36,4
Total	11	100%

Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al puesto de salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 22: Tipo de parto



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al puesto de salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Según las encuestas podemos ver que, 7 personas que representan el 63.6% han tenido un parto normal, 4 de ellas que representan al 36.4% que han sido sometidas a una intervención quirúrgica o a un parto por cesárea, la misma que es una complicación que se presenta al momento del parto, pero como podemos ver el ser adolescente es un factor predisponente para que se dé una cesárea aunque vemos que en la mayoría de las adolescentes han tenido un parto normal sin ningún tipo de complicación.

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

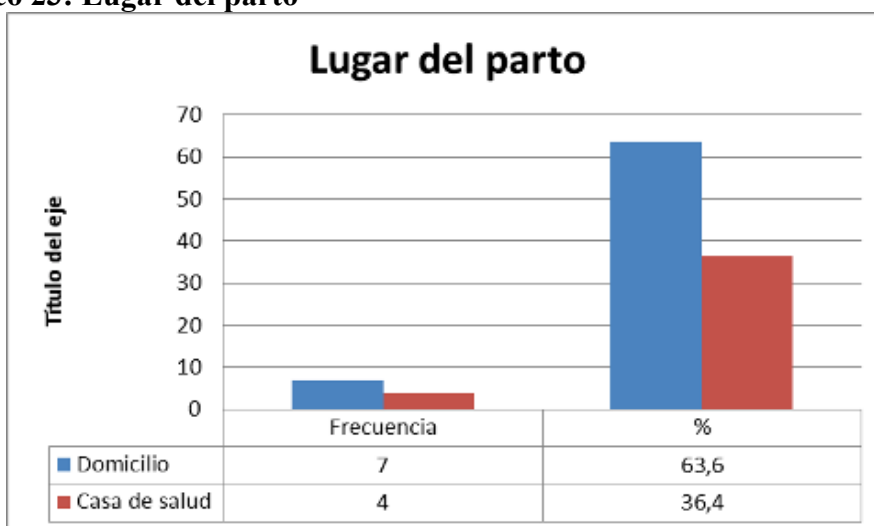
Tabla 13: Lugar del parto

Lugar del parto	Frecuencia	%
Domicilio	7	63,6
Casa de salud	4	36,4
Total	11	100%

Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al puesto de salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 23: Lugar del parto



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al puesto de salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Según las encuestas realizadas a las adolescentes se determina que en su mayoría tiene un parto normal esta representa al 63,6% que fueron atendidas en sus domicilios por las tradicionales parteras sin saber o sin importarles todas las complicaciones que se pueden presentar durante el parto, o tal vez la misma cultura y costumbre de su comunidad hacen que las adolescentes no acudan a los puestos de salud para ser atendidas y 4 que son el 36.4% han dado a luz en una casa de salud por las complicaciones que se han presentado, podemos darnos cuenta que hace falta la educación a la comunidad sobre la importancia que tiene asistir a los lugares de salud para de esa manera disminuir el índice de muertes materno fetales.

Características sociodemográficas de los niños menores de 2 años 6 meses hijos de madres adolescentes que asisten al puesto de Salud de Teligote

1.- Características sociodemográficas edad y sexo de los hijos de las madres adolescentes que acuden al puesto de salud de Teligote.

Tabla 14: Características sociodemográficas edad y sexo

Edad en meses	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0-12 meses	3	27,3	1	9.1%
13-24 meses	3	27,3		
25-30 meses	2	18,2	2	18%
Total	8		3	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones a los niños menores de 2 años 6 meses y entrevistas realizadas a las madres que acuden al Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

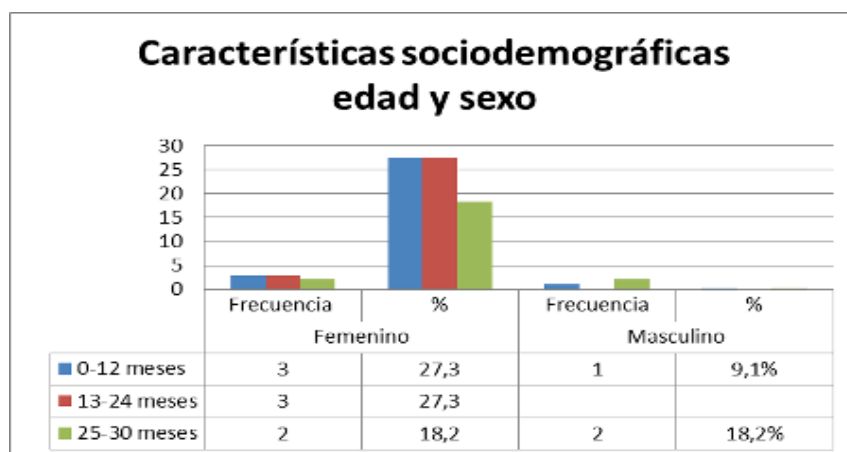


Gráfico 24: Características sociodemográficas edad y sexo

Fuente: Registros diarios de atenciones a los niños menores de 2 años 6 meses y entrevistas realizadas a las madres que acuden al Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Según los datos obtenidos podemos decir que han nacido un mayor porcentaje de niñas de las cuales 3 de ellas de 0 a 12 meses, 3 de 13 a 24 meses y 2 de 25 a 30 meses y en un mínimo porcentaje tenemos 3 niños uno de 0 a 12 meses y 2 de 25 a 30 meses, lo cual se comprueba que existe más población femenina en nuestro país.

2.- Características nutricionales de los niños que son atendidos en el puesto de salud de Teligote.

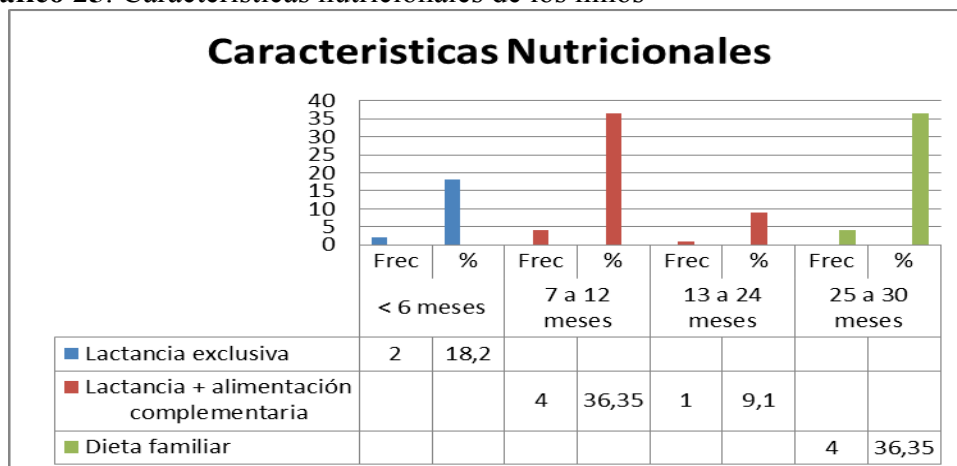
Tabla 15: Características nutricionales de los niños

Edad	< 6 meses		7 a 12 meses		13 a 24 meses		25 a 30 meses	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Lactancia exclusiva	2	18,2						
Lactancia + alimentación complementaria			4	36,35	1	9,1		
Dieta familiar							4	36,35
Total	11						100%	

Fuente: Registros diarios de atenciones a los niños menores de 2 años 6 meses y entrevistas realizadas a las madres que acuden al Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 25: Características nutricionales de los niños



Fuente: Registros diarios de atenciones a los niños menores de 2 años 6 meses y entrevistas realizadas a las madres que acuden al Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de datos

Según los datos obtenidos podemos ver que hay 2 niños que son menores de seis meses y reciben leche materna exclusiva, 4 niños que tienen de 7 a 12 meses

reciben leche materna más alimentación complementaria, 1 niño que tiene de 13 a 24 meses recibe también leche materna más alimentación complementaria y 4 niños que tienen 25 a 30 meses han sido integrados ya a la dieta familiar lo cual se puede ver que los niños si se han alimentado con lo más importante para su crecimiento y desarrollo que se la leche materna por lo que no hay alteraciones.

3.- ¿Con qué frecuencia lleva usted al niño a los controles al Puesto de Salud de Teligote?

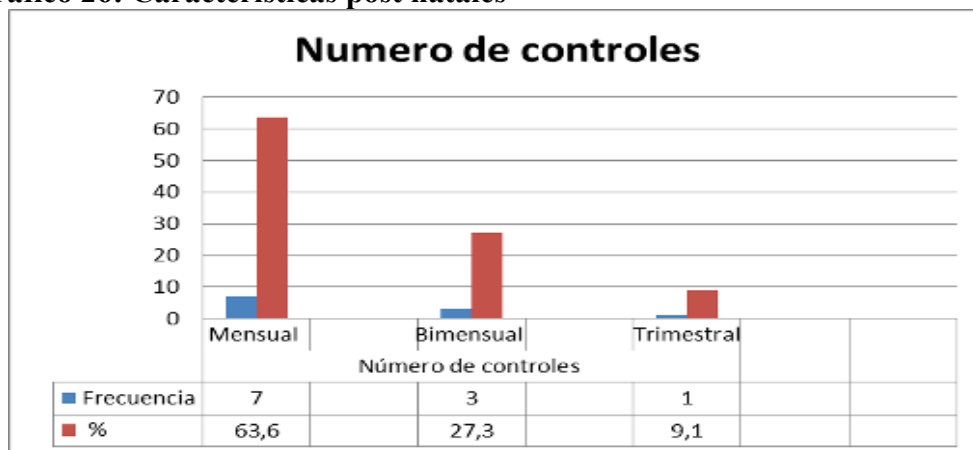
Tabla 16: Características post natales

Aspectos		Frecuencia	%
Número de controles	Mensual	7	63,6
	Bimensual	3	27,3
	Trimestral	1	9,1
	Total	11	100

Fuente: Registros diarios de atenciones a los niños menores de 2 años 6 meses y entrevistas realizadas a las madres que acuden al Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 26: Características post natales



Fuente: Registros diarios de atenciones a los niños menores de 2 años 6 meses y entrevistas realizadas a las madres que acuden al Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Según las encuestas realizadas y los datos obtenidos de las historias clínicas se puede ver que hay 7 niños acuden al control mensualmente que representa el 63,6%, 3 de ellos asisten al control cada dos meses y solamente 1 niño asiste a los

controles cada tres meses que es un mínimo porcentaje pero sin embargo es preocupante para el equipo que labora en este puesto de salud ya que este niño podría presentar alteraciones que nos podrán ser detectadas a tiempo por la irresponsabilidad de su madre reflejada en la ausencia en los controles mensuales.

4.- ¿Enfermedades prevalentes de los niños que acuden al puesto de salud de Teligote?

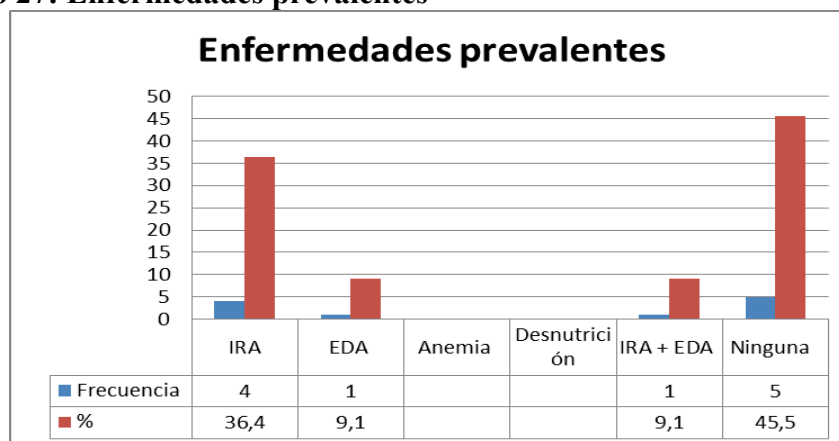
Tabla 17: Enfermedades prevalentes

Enfermedades prevalentes	Frecuencia	%
IRA	4	36,4
EDA	1	9,1
Anemia		
Desnutrición		
IRA + EDA	1	9,1
Ninguna	5	45,5
Total	11	100

Fuente: Registros diarios de atenciones a los niños menores de 2 años 6 meses y entrevistas realizadas a las madres que acuden al Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 27: Enfermedades prevalentes



Fuente: Registros diarios de atenciones a los niños menores de 2 años 6 meses y entrevistas realizadas a las madres que acuden al Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Según los datos obtenidos se puede ver que los niños no presentan enfermedades crónicas o degenerativas, tenemos 4 niños que acuden al puesto de salud ocasionalmente con una IRA, con EDA acude 1 niño, con IRA mas EDA 1 niño y

se podría decir que si se enferman los niños pero no podemos tomarlo como una enfermedad prevalente sino estas enfermedades ocasionales se atribuyen a los cambios climáticos y infecciones estomacales pasajeras, ya que son 5 niños acuden al puesto de salud solamente para los controles pues es notable que sus abuelas tienen un buen cuidado de su nieto.

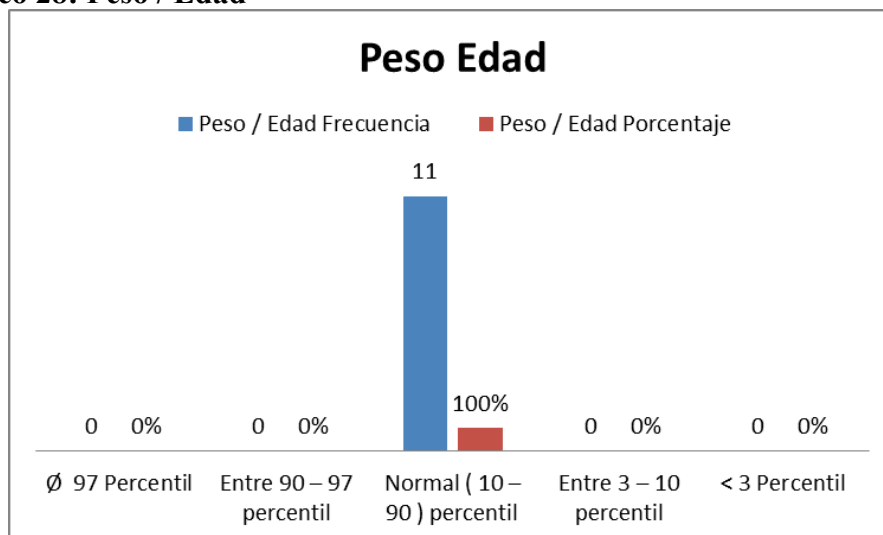
5.- Resultados de la guía de observación según el peso/edad de los hijos de las madres adolescentes que asisten al puesto de salud de Teligote

Tabla 18: Peso / Edad

Peso / Edad		
Percentiles	Frecuencia	Porcentaje
➤ 97 Percentil	0	0%
Entre 90 – 97 percentil	0	0%
Normal (10 – 90) percentil	11	100%
Entre 3 – 10 percentil	0	0%
< 3 Percentil	0	0%
Total	11	100%

Fuente: Guía de Observación realizadas a los hijos de las madres adolescentes
Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 28: Peso / Edad



Fuente: Guía de Observación realizadas a los hijos de las madres adolescentes
Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Según la guía de observación aplicada nos podemos dar cuenta en la relación que existe entre el peso edad los niños no presentan ninguna alteración ya que se encuentran dentro de los percentiles normales para la edad pues están muy bien cuidados por terceras personas que han asumido la responsabilidad.

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

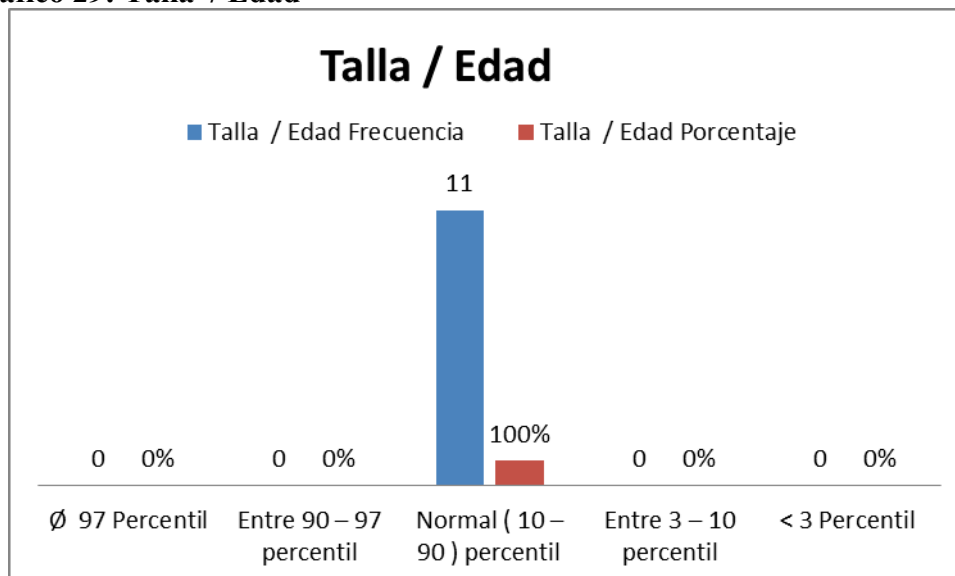
Tabla 19: Talla / Edad

Talla / Edad		
Percentiles	Frecuencia	Porcentaje
➤ 97 Percentil	0	0%
Entre 90 – 97 percentil	0	0%
Normal (10 – 90) percentil	11	100%
Entre 3 – 10 percentil	0	0%
< 3 Percentil	0	0%
Total	11	100%

Fuente: Guía de Observación realizadas a los hijos de las madres adolescentes

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 29: Talla / Edad



Fuente: Guía de Observación realizadas a los hijos de las madres adolescentes

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Según la guía de observación aplicada nos podemos dar cuenta en la relación que existe entre la talla edad los niños no presentan ninguna alteración ya que se encuentran dentro de los percentiles normales.

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

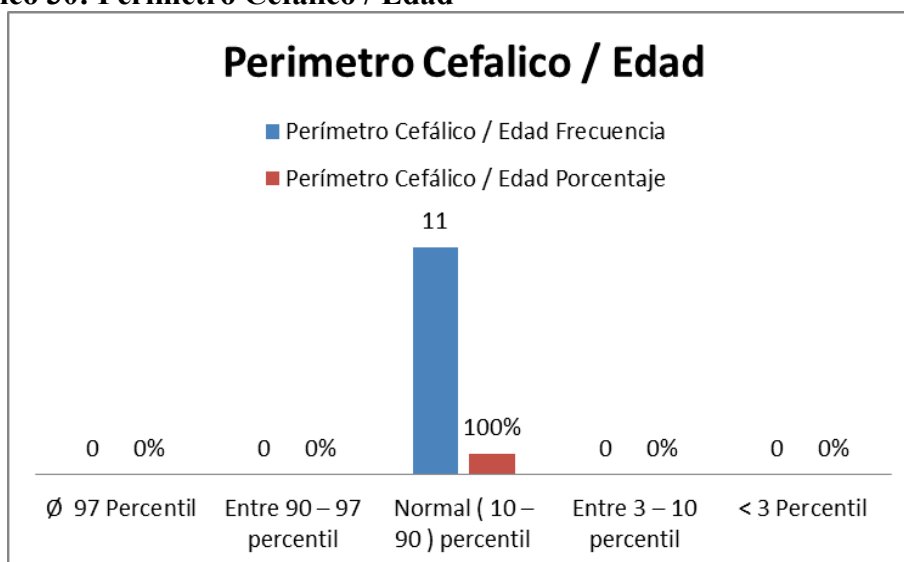
Tabla 20: Perímetro Cefálico / Edad

Perímetro Cefálico / Edad		
Percentiles	Frecuencia	Porcentaje
➤ 97 Percentil	0	0%
Entre 90 – 97 percentil	0	0%
Normal (10 – 90) percentil	11	100%
Entre 3 – 10 percentil	0	0%
< 3 Percentil	0	0%
Total	11	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones a los niños menores de 2 años 6 meses y entrevistas realizadas a las madres que acuden al Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 30: Perímetro Cefálico / Edad



Fuente: Registros diarios de atenciones a los niños menores de 2 años 6 meses y entrevistas realizadas a las madres que acuden al Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Según la guía de observación aplicada nos podemos dar cuenta en la relación que existe entre el P/C edad de los niños no presentan ninguna alteración ya que se encuentran dentro de los percentiles normales.

8.-Resultados de la guía de observación según la aplicación del Test de Denver que se aplica a los hijos de las madres adolescentes que acuden al Puesto de Salud de Teligote.

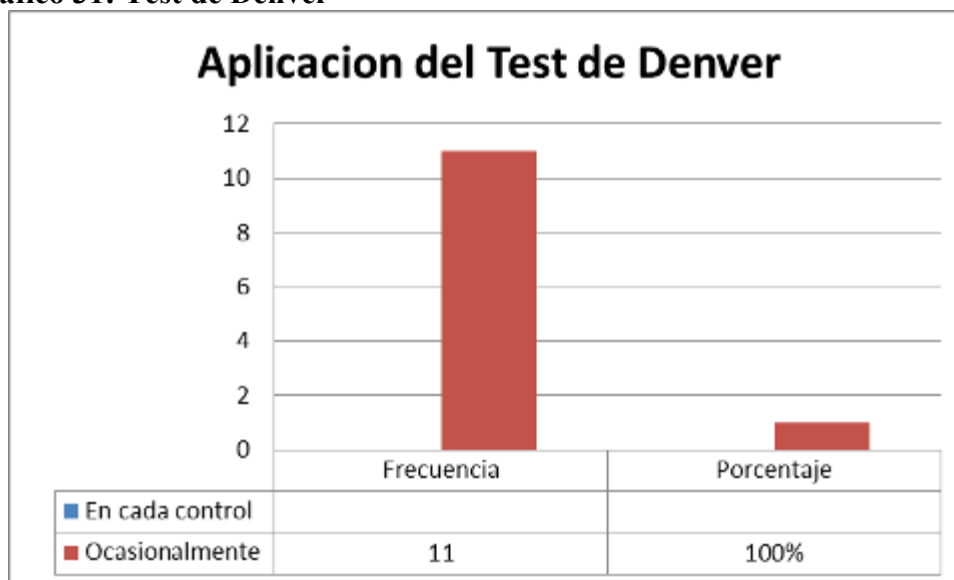
Tabla 21: Test de Denver

Test de Denver	Frecuencia	Porcentaje
En cada control		
Ocasionalmente	11	100%
Total	11	100%

Fuente: Registros diarios de atenciones y entrevistas realizadas a las madres que acuden al puesto de salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Gráfico 31: Test de Denver



Fuente: Registros diarios de atenciones a los niños menores de 2 años 6 meses y entrevistas realizadas a las madres que acuden al Puesto de Salud de Teligote.

Elaborado por: Lorena Masabanda

Análisis e Interpretación de Datos

Según la guía de observación aplicada nos podemos dar cuenta que no aplicación una valoración completa esto quiere decir que el test de Denver es evaluado ocasionalmente por parte del personal de salud en esta unidad operativa.

Comprobación de la Hipótesis

MADRES ADOLESCENTES	Edad al ser madres	Adolescencia temprana 8 casos es el 64%
	Nivel Educativo	2 Analfabetas 18%, 7 Primaria 63%
	Ocupación	7 Trabajan 63%
Características Sociodemográficas	Frecuencia en los controles Médicos	1 Madrea controles Trimestrales 63%%
	# de Ecos	7 ningún eco 63%
	Complicaciones en el embarazo	10 madres con IVU 90%
	Tipo y lugar del parto	7 parto a término, normal y en su domicilio 63%
CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Características nutricionales	11 niños con dieta adecuada para la edad 100%
	# de controles	7 niños controles mensuales 63%
	Enfermedades prevalentes	5 niños con ninguna enfermedad 45%
	Medidas antropométricas	11 niños sin alteración 100%
	Test aplicados Esquema de vacunación	11 niños sin alteración 100% 10 niños con esquema completo 90%

Tomando en cuenta que la adolescente ha tenido muchas complicaciones por su descuido, inexperiencia, la falta de educación e ignorancia sobre la maternidad, no se han detectado alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño, a pesar de lo antes mencionado se rechaza la hipótesis es decir que no existe relación el ser madre adolescente con el crecimiento y desarrollo del niño menor de 2 años 6 meses que asisten al puesto de salud de Teligote del Área de Salud N°5 del Ministerio de Salud Pública del Cantón Pelileo, Provincia de Tungurahua en el periodo 23 de junio al 23 de noviembre no presentan alteraciones en el

crecimiento y desarrollo por lo anteriormente mencionado, se puede decir que la hipótesis se rechaza.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- El índice de madres adolescentes es alto ya que en la adolescencia media que está comprendida entre los 14 a 16 años tenemos 8 casos que representan más del 60%, pues tuvieron una menarquia a los 10 años que es la edad donde empieza la adolescencia temprana a esto se puede atribuir las causas de los embarazos no deseados y la curiosidad de mantener relaciones sexuales precozmente ya sea por la falta de educación sexual o reproductiva, por la curiosidad de las adolescentes o a su vez la falta de comunicación familiar.
- La falta de información conocimiento e interés ha hecho que las madres no acudan a los controles periódicos ya que de 11 madres, 1 que representa el 9.1% acude a los controles mensualmente y las demás asisten cuando se les presenta alguna anomalía, esto se debe a que un 90% a sufrido solamente infecciones urinarias leves que no han puesto en riesgo la vida de su hijo, por lo tanto en su mayoría han tenido un parto normal y en su domicilio sin importarles las complicaciones que puedan darse tanto en la madre como en el niño.

- Como podemos ver los niños han tenido una alimentación exclusiva para su edad en un 63%, asisten a los controles mensuales y en un 45%, y no han presentado enfermedades prevalentes a esto se atribuye el buen trabajo que realizan terceras personas que son sus abuelos o tíos en cuanto al cuidado y la alimentación que estos niños reciben.
- Según la ficha de observación aplicada en los niños menores de 2 años 6 meses hijos de madres adolescentes, no se encontró alteraciones en ninguna de las medidas antropométricas, a esto se añade que según el test de Denver que se aplica a los niños en los controles no presentan alteraciones en su desarrollo

RECOMENDACIONES

- ¿Proponer un plan educativo de apoyo psicológico y educación sexual para las adolescentes capacitando además sobre los cuidados necesarios para un buen desarrollo psicomotor y crecimiento antropométrico de los infantes y así disminuir las alteraciones en los niños menores de 2 años 6 meses de edad que acuden al puesto de salud de Teligote?
- Solicitar apoyo al Ministerio de Educación para que en todas las instituciones educativas tengan una correcta información sobre educación sexual y reproductiva, además el centro de salud deberá dar charlas a las madres que tengan hijas adolescentes para que puedan guiar a sus hijas a concientizar sus actos y de esa manera evitar los embarazos a tempranas edades, y de esa manera se podrá interactuar con la adolescente para que pueda concientizar y tomar con responsabilidad un embarazo.
- Socializar en la comunidad los riesgos de un embarazo en la adolescencia e incentivar a los controles mensuales, la realización de ecos y a la

importancia que se debe dar a su embarazo teniendo una terapia individual o de grupo conjuntamente con el SCS.

- Promover e incentivar a través de charlas educativas impartidas en el puesto de salud a las madres adolescentes para que conozcan sobre el debido cuidado que el infante debe tener y la importancia de acudir a los controles mensuales para conocer la forma correcta y adecuada de nutrir a sus hijos y así mejorar o mantener un buen desarrollo y crecimiento, para que en lo posterior no presenten alteraciones y estas puedan ser detectadas a tiempo.

CAPITULO IV

PROPUESTA

6.1. Datos Informativos

6.1.1. Título

Plan educativo de capacitación a las madres adolescentes para mejorar el estado nutricional de los niños/as menores de 2 años 6 meses pertenecientes al Puesto de Salud de Teligote.

6.1.2. Institución Ejecutora

Universidad Técnica de Ambato

6.1.3. Beneficios

Hijos de madres adolescentes de 0 a 2 años 6 meses

6.1.4. Ubicación

Área de Salud N° 5 Puesto de Salud de Teligote

6.1.5. Tiempo Estimado para la ejecución

Tiempo de inicio Junio 2012

Fin Diciembre 2012

6.1.6 Equipo técnico responsable

Investigadora: Lorena Masabanda Parra

Médico Rural

Auxiliar de Enfermería

6.1.7. Costos

Tabla 22: Costos para la elaboración de la Propuesta

Material de escritorio	\$ 200
Material didáctico	\$ 50
Transporte	\$ 50
Refrigerio	\$ 50
Total	\$ 350

Elaborado por: Lorena Masabanda

6.2. Antecedentes de la Propuesta

Según el trabajo realizado a las madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño menor de 2 años 6 meses de edad, que asisten al puesto de Salud de Teligote Área N°5 Pelileo del Cantón Ambato Provincia de Tungurahua, periodo junio-diciembre 2012 se observó que los niños se encuentran dentro de los parámetros normales en cuanto a las medidas antropométricas pero se busca mejorar el crecimiento y desarrollo del niño.

6.3 Justificación

Una correcta nutrición es fundamental para el crecimiento y desarrollo del niño desde el momento de su nacimiento, por lo que es importante que las madres

adolescentes tengan un conocimiento básico sobre, una buena salud nutricional e infantil de acuerdo a su edad.

La educación a la madre es fundamental por esta razón hemos enfocado nuestra propuesta en brindar un plan educativo sobre apoyo psicológico y una correcta nutrición de los niños, de tal manera evitaremos cualquier tipo de alteración nutricional y mermaremos el desequilibrio en el crecimiento y desarrollo.

6.4. Objetivos:

Objetivo General

Desarrollar un plan educativo para mejorar el estado nutricional de los niños, hijos de madres adolescentes del Área N°5 de Pelileo Puesto de Salud de Teligote.

Objetivo Específico

- Elaborar un plan educativo en cuanto a la nutrición del niño.
- Impartir charlas educativas sobre la nutrición de los niños de 0 a 2 años 6 meses.
- Desarrollar talleres con las madres adolescentes y facilitar trípticos sobre la nutrición infantil.
- Elaborar charlas de apoyo psicológico a las madres adolescentes.

6.5. Análisis de Factibilidad.

Esta investigación tiene factibilidad, es de carácter social por lo cual se investigó a las madres y a sus hijos que viven en la comunidad, es organizacional porque se trabajó de manera conjunta con la Carrera de Enfermería en el cantón Pelileo en el

puesto de Salud de Teligote y se contó con el apoyo necesario para la ejecución de este plan educativo para mejorar la nutrición de los niños.

Legal: Para la ejecución de esto se tomó en cuenta el código de la niñez y adolescencia.

TITULO I

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. 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.

6.6 Fundamentación Científico Técnica

Nutrición

La Nutrición humana es la obtención de nutrientes por los humanos para obtener los insumos necesarios que dan soporte a la vida.

Describir la situación nutricional, la situación del consumo alimentario, del estado de micronutrientes, el acceso a programas de complementación alimentaria y suplementación profiláctica, la actividad física, el acceso a los servicios de salud, el gasto en salud de la población ecuatoriana; considerando las diferencias geográficas, demográficas, étnicas, sociales y económicas , las especificidades de sexo, edad.

El problema nutricional más significativo en Ecuador es la desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años. A escala nacional, 22 de cada 100 niños en estas edades sufren desnutrición crónica.

Ministerio de Salud y MIES: servicios de nutrición y salud con atención especial en niños menores de cinco años, embarazados y madres lactantes. Así como la condicionalidad del bono de salud, acceso a modalidades de desarrollo infantil. Incrementar el número de niños y niñas y el número de atenciones del Programa Desnutrición Cero y del Programa de Fortificación Casera Chispaz.

Alimentación del lactante y el niño pequeño

Conforme a la estrategia mundial sobre alimentación de lactantes y niños (OMS-UNICEF), el objetivo general que persigue es proteger, promover y apoyar unas prácticas óptimas de alimentación de los lactantes y los niños y niñas de corta edad. El efecto esperado es la mejoría del estado nutricional, la salud, el crecimiento, el desarrollo, y, en última instancia, la supervivencia, de los lactantes y los niños y niñas.

Lactancia materna

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de UNICEF sobre la lactancia materna son las siguientes: inicio de la lactancia materna durante la primera hora después del nacimiento; lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses; y lactancia materna continuada durante dos años o más, junto con una alimentación complementaria segura, adecuada desde el punto de vista nutritivo y apropiada para la edad, a partir del sexto mes.

El empleo de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación es el modo perfecto de proveer los mejores alimentos al bebé durante los primeros seis meses de vida, y beneficia a los niños y niñas. Pero la lactancia materna es mucho

más que sólo alimentos, ya que los niños y niñas lactantes son menos proclives a morir de diarrea, de infecciones respiratorias agudas y de otras enfermedades. La lactancia materna potencia el sistema inmune de los bebés y contribuye a protegerles de enfermedades crónicas de la edad adulta como la diabetes y la obesidad.

Alimentación complementaria en el menor de 2 años 6 meses

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años. Los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna.

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

La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma.

Tabla 23: Edad, Peso y talla

NIÑOS			NIÑAS	
EDAD	PESO	TALLA	PESO	TALLA
Recién nacido	3.4Kg	50.3 cm	3.4Kg	50.3 cm
3 meses	6.2 Kg	60 cm	6.2 Kg	60 cm
6 meses	8 Kg	67 cm	8 Kg	67 cm
9 meses	9.2 Kg	72 cm	9.2 Kg	72 cm
12 meses	10.2 Kg	76 cm	10.2 Kg	76 cm
15 meses	11.1 Kg	79 cm	11.1 Kg	79 cm
18 meses	11.8 Kg	82.5 cm	11.8 Kg	82.5 cm
2 años	12.9 Kg	88 cm	12.9 Kg	88 cm
3 años	15.1 Kg	96.5 cm	15.1 Kg	96.5 cm

Fuente: OMS 2008 (14/02/2012)

Parámetros para una acertada evaluación del niño.

Para evaluar el estado nutricional de un niño tenemos que tomar en cuenta las medidas antropométricas, las mismas que deben encontrarse dentro de los parámetros normales como son: Peso, Talla, Perímetro cefálico y el índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo Se calcula según la expresión matemática:

$$IMC = \frac{\text{masa}}{\text{estatura}^2}$$

Desnutrición

Significa que el cuerpo de una persona no está obteniendo los nutrientes suficientes.

La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades. Sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades

que comprometen el buen estado nutricional. Hoy en día la desnutrición es aceptada como un factor común en la práctica clínica que tiene como consecuencias un aumento en el tiempo de estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados, debido al alto riesgo de complicaciones como infecciones, flebitis, embolismo pulmonar, falla respiratoria, baja cicatrización de heridas y fístula que estos sufren. Como consecuencia, la estancia hospitalaria y los costos de la terapia se incrementan significativamente.

Clasificación clínica

Marasmo: déficit de proteínas y energía

- **Características del Marasmo:**
 - Apariencia muy delgada
 - Debilitamiento muscular evidente y pérdida de grasa corporal
 - Habitualmente se manifiesta en menores de 18 meses de edad
 - Piel arrugada, caída del cabello, apatía
 - Sin edemas

Kwashiorkor: sólo falta de proteínas, aporte energético adecuado

- **Características del Kwashiorkor :**

Edema: "esconde" la importante emaciación de los tejidos subyacentes

Habitualmente se da entre los 2-4 años de edad

Descamación de la piel

Despigmentación del cabello

Abdomen distendido

Apatía

Temas relacionados:

Beriberi

Hambre

Exceso de comida

Trastornos de la alimentación

Kwashiorkor marásmico: mixta

- **Características**

Malabsorción

Anemia megaloblástica

Raquitismo

Síntomas

Los síntomas varían de acuerdo con cada trastorno específico relacionado con la desnutrición. Sin embargo, entre los síntomas generales se pueden mencionar: fatiga, mareo, pérdida de peso y disminución de la respuesta inmune.

Complicaciones

Si la desnutrición no se trata, puede ocasionar discapacidad mental y física, enfermedades y posiblemente la muerte.

Prevención

Ingerir una dieta bien balanceada y de buena calidad ayuda a prevenir la mayoría de las formas de desnutrición.

Tipos de desnutrición infantil

Global: se caracteriza por un déficit de peso en la relación a la edad

Aguda: es un peso incorrecto para la estatura

Crónica: la talla es inadecuada para la edad, también influye mucho el medio en que se vive: agua potable, saneamiento ambiental, aseo.

Severa: cuando los niños son extremadamente delgados, o que presentan una inadecuada dieta ya sea rica en harinas, grasas pero con una cantidad nimia de proteínas.

Aspectos causantes de desnutrición infantil

Socioeconómicos: La falta de recursos económicos que imposibilita a muchas familias a adquirir una canasta básica de alimentos, una inadecuada atención de salud, la carencia de empleo, el desplazamiento forzado, los pocos conocimientos académicos de los progenitores que les impide tomar decisiones adecuadas respecto a la alimentación de sus hijos.

Biológicos: Muchos niños padecen enfermedades que les inhiben el apetito, los problemas congénitos, dentales, entre otros.

Ambientales: La falta de una vivienda digna, lugares donde no existe agua potable, mal alcantarillado, la mala cocción de los alimentos e inadecuada higiene.

Nutricionales: Una dieta inadecuada, mala alimentación de la madre durante el embarazo, la no alimentación con leche materna en recién nacidos, la incorrecta preparación de los alimentos.

Consideraciones para tener una buena relación madre e hijo

Cuando las madres son adolescentes es necesario que conozcan sobre la forma de cuidar y tratar con su hijo.

1. Estimule la autoestima de su hijo
2. Reconozca las buenas acciones
3. Establezca límites y sea coherente con la disciplina
4. Hágase un tiempo para sus hijos
5. Sea un buen modelo a seguir
6. Haga de la comunicación una prioridad
7. Sea flexible y esté dispuesto a adaptar su estilo de crianza
8. Demuestre que su amor es incondicional
9. Esté consciente de sus propias necesidades y limitaciones como padre

Maltrato Físico

Además de conocer la alimentación el cuidado de los niños daremos a conocer también los tipos de maltrato infantil y las leyes que defienden los derechos del niño. Se denomina maltrato infantil o abuso a cualquier acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el trato hacia un menor, por parte de sus padres o cuidadores, que le ocasiona daño físico o psicológico y que amenaza su desarrollo tanto físico como psicológico.

- Entre las consecuencias del maltrato infantil se encuentran problemas de salud física y mental para toda la vida, y efectos sociales y laborales negativos que pueden retrasar el desarrollo económico y social de los países.
- Es posible prevenir el maltrato infantil antes de que se produzca, y para ello es necesario un enfoque multisectorial.
- Los programas preventivos eficaces prestan apoyo a los padres y les aportan conocimientos y técnicas positivas para criar a sus hijos.
- La atención continua a los niños y a las familias puede reducir el riesgo de repetición del maltrato y minimizar sus consecuencias.

Métodos Anticonceptivos

Informar a la comunidad que los puestos de salud ofrecen orientación y entrega gratuita del método anticonceptivo de elección.

Un método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. El conocimiento de los métodos anticonceptivos contribuye a la toma de decisiones sobre el control de la natalidad del número de hijos que se desean, o no tener hijos, la prevención de embarazos no deseados y de embarazos en adolescentes.

Efectividad con uso adecuado de los métodos anticonceptivos

100%: vasectomía.

99 a 99,9%: ligadura de trompas, esterilización femenina, dispositivo intrauterino (DIU), anillo vaginal, píldora anticonceptiva, parche anticonceptivo, implante hormonal, inyección hormonal.

98%: condón masculino.

95%: Condón femenino.

Efectos colaterales de los anticonceptivos

Hay posibles efectos colaterales, ellos pueden ser diferentes en cada mujer. Los síntomas más frecuentes son:

- Períodos menstruales irregulares: períodos menstruales cortos o largos, escasos o abundantes
- Pérdida de los ciclos menstruales
- Ganancia de peso (cada mujer gana aproximadamente 5 libras cada año, durante los primeros 3 años) Puedes mantener tu peso comiendo dieta equilibrada y haciendo ejercicios regularmente
- Dolores de cabeza
- Depresión
- Pérdida mineral ósea

VALORES:

Honestidad.- ser transparente consigo mismo y con sus semejantes.

Respeto.- Es la base fundamental para una convivencia sana y pacífica.

Justicia.- Consiste en facilitar, las condiciones para vivir en libertad y en igualdad.

Responsabilidad.- Es la consciencia de las consecuencias de todo lo que se hace o deja de hacer sobre sí mismo.

Laboriosidad.- Es el esfuerzo humano para conseguir algo de manera autónoma o con la ayuda de los demás, con gran poder de transformación.

Creatividad.- La creatividad es una forma talentosa de solucionar problemas del entorno.

Perseverancia.- Es la fuerza interior que permite llevar a buen término las actividades que se emprende.

Paz.- Es el fruto de la sana convivencia; para hacerla posible es necesario un ordenamiento social justo.

Tolerancia.- Hace posible la convivencia social como expresión del respeto por las ideas y actitudes de los demás.

Libertad.- La libertad es la posibilidad que tienen los actores para decidir por sí mismos, y para actuar en las diferentes situaciones que se presentan en la vida.

Lealtad.- fidelidad y respeto.

Solidaridad.- colaboran mutuamente para conseguir un fin común.

6.7. Modelo Operativo

Tabla 24: Plan de Acción de la Propuesta

Fases	Etapas	Metas	Actividades	Presupuesto	Responsable
Elaboración y diseño de la propuesta	Recolección de información en la comunidad y científica	Fomentar la propuesta y disponer del material en un 100%	Contar con datos estadísticos Tener bibliografía relacionada con el tema.	Internet Transcripciones	Estudiante: Nancy Lorena Masabanda Parra
	Captar a las madres adolescentes	Captar a la mayoría de madres adolescentes	Revisión de la HCL Visitas domiciliarias Visitas a los centros de estimulación temprana	Transporte Alimentación	
	Elaboración de la propuesta educativa	Realizar la propuesta educativa	Charlas educativas(importancia de una correcta nutrición) Talleres sobre la lactancia materna	Volantes	

Ejecución	Ubicación de la casa barrial para las charlas	Conseguir el lugar para las charlas	Datos de la comunidad Ubicación Revisión del trabajo		
	Presentar la propuesta	Que las madres asistan en su mayoría	Dictar la charla Entregar trípticos		
	Evaluación del contenido	La mayoría de las madres colaboran con la encuesta	Cuestionario		
	Seguimiento al menor	Identificar al niño	Acudir a los centros de salud para verificar información Visita domiciliaria Revisar el carnet del niño		
Evaluación					

Elaborado por: Lorena Masabanda

6.8 Administración de la Propuesta

La actual propuesta será administrada en primera instancia por las autoridades de la Facultad, quienes la ejecutarán a través de la Coordinadora de enfermería, interviene también la investigadora, la tutora y el personal que labora en el puesto de salud de Teligote serán los responsables del correcto manejo y aplicación de la misma.

6.8.1 Previsión de la evaluación

Tabla 25: Plan y Evaluación de la Propuesta

PREGUNTAS BASICAS	RESPUESTA
Por qué Evaluar	Por qué tenemos que verificar si las madres luego de las charlas impartidas alimentan bien a sus hijos
Para qué Evaluar	Para comprobar si se ha cumplido con todos los objetivos
Quien Evalúa	Autoridades de la Universidad Técnica de Ambato
Cuando Evaluar	Se evaluara durante la charla educativa
Como Evaluar	A través de las charlas impartidas por el personal de salud
Quien Evalúa	El personal de salud y la investigadora

Elaborado por: Lorena Masabanda

Luego de haber impartido las charlas educativas a las madres se ha establecido que el personal de salud de la comunidad realice un seguimiento periódico para verificar un buen estado nutricional.

6.9 Previsión de la Evaluación

La propuesta fue elaborada con el propósito de brindar conocimientos acerca de una correcta nutrición para los niños menores de 2 años 6 meses, y oportunamente se realizaran evaluaciones para verificar el cumplimiento de lo impartido.