



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 SUBCENTRO DE SALUD EL ROSARIO DEL ÁREA N° 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA, DURANTE EL PERÍODO JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2012”.

Requisito previo para optar por el título de Licenciada en Enfermería

AUTORA: Molina Gallo, Nadia Lorena

TUTOR: Lcdo. Dip. Miño Acurio, Carlos Javier

Ambato - Ecuador

Julio, 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

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

Ambato, Mayo del 2013

TUTOR

Lcdo. Dip. Carlos Miño

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 SUBCENTRO DE SALUD EL ROSARIO DEL ÁREA N° 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA, DURANTE EL PERÍODO JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2012”, como también los contenidos, ideas análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora del presente trabajo de grado.

Ambato, Mayo del 2013

LA AUTORA

Nadia Lorena Molina Gallo

DERECHOS DE AUTOR

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

Cedo los derechos en líneas 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, Mayodel 2013

LA AUTORA

Nadia Lorena Molina Gallo

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 SUBCENTRO DE SALUD EL ROSARIO DEL ÁREA N° 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA, DURANTE EL PERÍODO JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2012”, de Nadia Lorena Molina Gallo, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Julio del 2013

Para constancia firman

Presidente/a

1er Vocal

2do Vocal

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo dedico a Dios por haberme brindado la oportunidad de tener unos excelentes padres que me han apoyado sin importarles mis fallas y errores, ya que gracias a ellos tuve la oportunidad de prepararme y ser cada día mejor no solo en la parte académica sino también superarme día a día como persona.

Lorena Molina.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por darme salud, por ser mi fortaleza y guiarme en los momentos más difíciles de mi Carrera en la cual existieron obstáculos los cuales tuve que enfrentar con responsabilidad, respeto y tolerancia para así llegar hacer una buena profesional.

Al culminar mis estudios también quiero agradecer a la Universidad Técnica de Ambato a mis maestros/as por la motivación constante para formar seres al servicio de los demás.

Al Lic.: Carlos Miño quien supo guiarme y orientarme en la realización de este trabajo de investigación.

Lorena Molina.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|------|
| 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 GRÁFICOS | xii |
| ÍNDICE DE TABLAS | xiii |
| RESUMEN..... | xiv |
| SUMMARY | xv |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I..... | 2 |
| 1.1.Tema:..... | 2 |
| 1.2. Plantamiento del Problema: | 2 |
| 1.2.1. Contextualización..... | 2 |
| 1.2.2. Análisis crítico..... | 8 |
| 1.2.3. Prognosis. | 9 |
| 1.2.4. Formulación del problema. | 9 |
| 1.2.5. Preguntas directrices..... | 9 |
| 1.2.6. Delimitación del problema. | 10 |
| 1.3. Justificación..... | 10 |
| 1.4. Objetivos. | 11 |
| 1.4.1. Objetivo general: | 11 |
| 1.4.2. Objetivos específicos: | 11 |

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO II. | 12 |
| 2.1. Antecedentes Investigativos:..... | 12 |
| 2.2. Fundamentación Filosófica:..... | 14 |
| 2.3. Fundamentación Legal:..... | 15 |
| 2.4. Categorías Fundamentales..... | 18 |
| 2.5. Fundamentación Científica. | 19 |
| 2.5.1. Madres Adolescentes..... | 19 |
| 2.5.2. Sexualidad. | 24 |
| 2.5.3. Educación Sexual. | 31 |
| 2.5.4. Métodos Anticonceptivos..... | 32 |
| 2.5.5. La familia. | 36 |
| 2.5.6. Crecimiento y Desarrollo. | 40 |
| 2.5.7. Control del niño sano. | 46 |
| 2.5.8. Salud Infantil. | 60 |
| 2.5.9. Salud Pública..... | 65 |
| 2.5.10. AIEPI..... | 66 |
| 2.6. La Hipótesis..... | 73 |
| 2.7. Señalamiento de Variables..... | 73 |
| CAPÍTULO III..... | 74 |
| 3.1. Enfoque. | 74 |
| 3.2. Modalidad Básica de la Investigación..... | 74 |
| 3.3. Nivel o Tipo de Investigación. | 75 |
| 3.4. Población y Muestra..... | 75 |
| 3.4.1. Población..... | 75 |
| 3.4.2. Muestra..... | 75 |
| 3.5. Operacionalización de variables..... | 76 |

| | |
|---|-----|
| 3.6. Técnicas e Instrumentos | 80 |
| 3.7. Plan de Recolección de la Información | 80 |
| 3.8. Procesamiento de la información e interpretación de resultados. | 81 |
| CAPÍTULO IV..... | 82 |
| 4.1. Datos obtenidos e interpretación | 82 |
| 4.2. Comprobación de la Hipótesis. | 102 |
| CAPÍTULO V..... | 105 |
| 5.1. Conclusiones: | 106 |
| 5.2. Recomendaciones:..... | 108 |
| CAPÍTULO VI..... | 109 |
| 6.1. Datos Informativos | 109 |
| 6.2. Antecedentes | 109 |
| 6.3. Justificación..... | 110 |
| 6.4. Objetivos | 110 |
| 6.5. Análisis Factibilidad..... | 111 |
| 6.6. Fundamentación Científica- Técnica | 111 |
| 6.7. Modelo Operativo de la Propuesta | 130 |
| 6.8. Administración de la Propuesta..... | 133 |
| 6.9. Recursos | 133 |
| 6.10 Presupuesto..... | 133 |
| 6.11. Cronograma | 134 |
| 6.12. Impacto..... | 134 |
| 6.13. Evaluación..... | 135 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 136 |
| REVISTAS..... | 137 |
| LINKOGRAFÍA | 138 |

| | |
|--|-----|
| ANEXOS..... | 140 |
| Anexo 1: Encuesta dirigida a las Madres Adolescentes | 140 |
| Anexo 2: Curvas de Crecimiento | 146 |
| Anexo 3: Test de Denver..... | 147 |
| Anexo 4: Historia Clinica para niños menores de 2 Años | 151 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1: Red de Inclusiones | 18 |
| Gráfico 2: Tendencia de Crecimiento. | 49 |
| Gráfico 3: Talla/Edad..... | 50 |
| Gráfico 4: Curva de seguimiento | 51 |
| Gráfico 5: Instrucción Académica | 82 |
| Gráfico 6: Edad en la que se convirtió en Madre..... | 83 |
| Gráfico 7: Causa principal para que se convirtiera en madre | 84 |
| Gráfico 8: Adecuada Comunicación Familiar..... | 85 |
| Gráfico 9: Educación Sexual..... | 86 |
| Gráfico 10: Estado Civil..... | 87 |
| Gráfico 11: Convivencia Actual..... | 88 |
| Gráfico 12: Dedicación Actual..... | 89 |
| Gráfico 13: Persona encargada del cuidado de su hijo | 90 |
| Gráfico 14: Número de hijos..... | 91 |
| Gráfico 15: Relación Familiar..... | 92 |
| Gráfico 16: Posee conocimientos básicos sobre el cuidado de su hijo | 93 |
| Gráfico 17: Tendencia de Crecimiento | 94 |
| Gráfico 18: Talla | 95 |
| Gráfico 19: Test de Denver | 96 |
| Gráfico 20: Esquema de Vacunación..... | 97 |
| Gráfico 21: Control Médico..... | 98 |
| Gráfico 22: Suplementos Alimentarios..... | 99 |
| Gráfico 23: Leche Materna | 100 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1: Programa Ampliado de Inmunizaciones..... | 54 |
| Tabla 2: Población..... | 75 |
| Tabla 3: Operacionalización Variable Independiente | 76 |
| Tabla 4: Operacionalización Variable Dependiente | 78 |
| Tabla 5: Plan de Recolección de la Información | 80 |
| Tabla 6: Instrucción Académica..... | 82 |
| Tabla 7: Edad en la que se convirtió en Madre | 83 |
| Tabla 8: Causa principal para que se convirtiera en madre | 84 |
| Tabla 9: Adecuada Comunicación Familiar | 85 |
| Tabla 10: Educación Sexual..... | 86 |
| Tabla 11: Estado Civil..... | 87 |
| Tabla 12: Convivencia Actual..... | 88 |
| Tabla 13: Dedicación Actual..... | 89 |
| Tabla 14: Persona Encarga del cuidado de su hijo..... | 90 |
| Tabla 15: Número de hijos..... | 91 |
| Tabla 16: Relación Familiar..... | 92 |
| Tabla 17: Posee conocimientos básicos sobre el cuidado de su hijo | 93 |
| Tabla 18: Tendencia de Crecimiento | 94 |
| Tabla 19: Talla | 95 |
| Tabla 20: Test de Denver | 96 |
| Tabla 21: Esquema de Vacunación | 97 |
| Tabla 22: Control Médico | 98 |
| Tabla 23: Suplementos Alimentarios | 99 |
| Tabla 24: Leche Materna | 100 |
| Tabla 25: Recibe educación por parte del personal de salud | 101 |
| Tabla 26: Preguntas con relación a la madre | 102 |
| Tabla 27: Preguntas con relación al crecimiento y desarrollo del niño | 103 |
| Tabla 28: Modelo Operativo de la Propuesta..... | 130 |
| Tabla 29: Presupuesto | 133 |
| Tabla 30: Cronograma..... | 134 |

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 SUBCENTRO DE SALUD EL ROSARIO DEL ÁREA N° 5 DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, CANTÓN PELILEO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA, DURANTE EL PERIODO JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2012”.

AUTORA: Molina Gallo, Nadia Lorena

TUTOR: Lcdo. Dip. Miño Acurio, Carlos Javier

FECHA: Mayo 2013

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tubo como finalidad determinar si influye el ser Madre Adolescente en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años, 6 meses de edad, en el subcentro de salud el Rosario del Área N° 5 del Ministerio de Salud Pública, Cantón Pelileo, Provincia de Tungurahua, durante el periodo Junio a Noviembre del 2012, para lo cual se utilizó la modalidad de investigación Bibliográfica – documental para la elaboración del Marco Teórico; de Campo para la contextualización del problema y recolección de información .

Bajo un enfoque cuali – cuantitativo se pudo determinar que el ser madre adolescente no influye en el crecimiento y desarrollo de los niños, pero si existe un gran desconocimiento por parte de las madres adolescentes acerca de planificación familiar debido a la falta de conocimientos por su instrucción académica, y falta de educación en el subcentro esto se puede deber al exceso de trabajo del personal.

PALABRAS CLAVES: MADRES _ ADOLESCENTES, CRECIMIENTO, DESARROLLO, DESNUTRICIÓN

SUMMARY

THEME: "ADOLESCENT MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH AND DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM 0 TO 2 YEARS 6 MONTHS OLD, IN ROSARIO SUB CENTER AREA N°5 MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, PELILEO CANTON, PROVINCE TUNGURAHUA, DURING JUNE TO NOVEMBER 2012".

AUTHOR: Molina Gallo, Nadia Lorena

TUTOR: Lcdo. Dip. Miño Acurio, Carlos Javier

DATE: May de 2013

ABSTRACT

The present investigation aimed at determining if being a Teenage Mother influences on growth and development of children from 0-2 years old, 6 months old, health sub-center in the Rosario Area No. 5 Public Health Ministry, Canton Pelileo, Tungurahua Province, during the period June to November of 2012, for which we used the Bibliographical research mode-documentary for the development of theoretical framework; Field contextualization of the problem and data collection.

Under a qualitative approach-quantitative it was determined that teenage pregnancy does not influence the growth and development of children, but if there is a great ignorance of teenage mothers about family planning due to the lack of knowledge on his instruction academic, and lack of education in the sub-center this may be due to overworked staff.

KEY WORDS: TEENAGER MOTHERS, GROWING AND DEVELOPMENT, KID'S ILLNESS.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es un problema mundial que afecta directamente a los jóvenes ya que cuando una adolescente se embaraza cambia sus sueños por responsabilidades que ella todavía no está lista para enfrentar la determinación, de las condicionantes que con llevan a esta problemática son: el nivel de conocimiento de las madres sobre el cuidado de sus hijos, la importancia de una adecuada nutrición en sus niños para que tengan un crecimiento normal y desarrollo psicomotriz adecuado.

Estos son motivos para enfocar el estudio sobre esta problemática, tomando como zona o población de estudio a las madres adolescentes que acuden al subcentro de salud del Rosario debido a que en los sectores rurales existe muy poca información acerca de planificación familiar, métodos anticonceptivos y debido a esto el índice de embarazos en la adolescencia es un problema que persiste, por esta razón se vio la necesidad de establecer un estudio de investigación como ayuda a la comunidad , para poder recoger información mediante una encuesta y la revisión de las historias clínicas de los hijos de las madres adolescentes de este sector.

Este trabajo investigativo tiene como principal objetivo dar a conocer las consecuencias de un embarazo en la adolescencia tanto para la madre como para el niño, también plantea temas de gran importancia como es la sexualidad, educación sexual, métodos anticonceptivos, el embarazo, complicaciones del embarazo en la adolescencia, etc. Con respecto a la salud del niño nos permite conocer como valorar su crecimiento y desarrollo a través del test de Denver y las curvas de crecimiento de los niños.

CAPÍTULO I

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 Subcentro de Salud el Rosario del Área N° 5 del Ministerio de Salud Pública, cantón Pelileo, provincia de Tungurahua, durante el periodo junio a noviembre del 2012”

1.2. Planteamiento del Problema:

1.2.1. Contextualización.

Macro

El embarazo en adolescentes es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las niñas a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas.

Según James E Rosen 2011 consultor en salud de los adolescentes, que está cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS. Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior.

Según la Dra. Virginia Camacho 2011, del departamento de salud y desarrollo del niño y del adolescente de la OMS. **"El contexto es complicado, porque las cuestiones culturales influyen en el comportamiento sexual"**

Su departamento está estudiando los medios de prevenir el embarazo precoz en particular entre las jóvenes marginadas en los países en desarrollo y la medida en qué los sistemas de salud atienden sus necesidades. **“Los proveedores de salud deben estar capacitados para brindar atención adecuada a las adolescentes**

Embarazadas y asesoramiento a las muchachas que no quieren quedar embarazadas"

Según el estudio realizado por Rosen 2011 se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.

La Dra. Valentina Baltag 2011, funcionaria médica de la OMS que trabaja en el tema de la salud de los adolescentes, manifiesta que se necesita más información para orientar a este grupo de edad con programas adecuados: **"No sabemos en qué grado los adolescentes buscan atención sanitaria y no tenemos datos desglosados por edad."**

Según el Dr. Monir Islam 2011, director del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo, los programas de salud para madres y recién nacidos deben atender mejor las necesidades de las madres jóvenes y reducir los riesgos del embarazo para las adolescentes debe ser una prioridad clara para los países que se están esforzando por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Según el Dr. Luc de Bernis 2011, asesor principal de salud materna en el UNFPA Una gran cantidad de mujeres embarazadas muy jóvenes no tienen acceso a servicios que les permitan ponerse en manos de profesionales capaces de atenderlas en caso de parto obstruido. Dado que en muchos países las niñas se casan muy pronto, incluso antes de empezar a menstruar, podrá imaginarse que cuando se quedan embarazadas son muy jóvenes, no tienen más de 13 o 14 años.

Según Leo Bryant, gerente de promoción en Marie Stopes International (MSI), un grupo británico de defensa de los derechos reproductivos que posee clínicas en

todo el mundo manifiesta que los países de Europa tienen menos embarazos de adolescentes porque adoptan un enfoque diferente con respecto a la educación sexual y facilitan el acceso a la planificación familiar.

En los Países Bajos, que posee una de las tasas más bajas de Europa de embarazos en adolescentes, de cuatro partos en adolescentes por 1.000 mujeres, la educación sexual comienza en la escuela primaria. Actualmente en el Reino Unido la educación sexual no es obligatoria en las escuelas, y algunas escuelas de inspiración religiosa ni siquiera imparten esa educación, por lo que la cobertura es irregular, dice Bryant. Se supone que esto cambiará después de que el Gobierno anunciara a finales de abril sus planes de hacer obligatoria la educación sobre el sexo y las relaciones en la enseñanza primaria y secundaria a partir de 2011.

“El embarazo en la adolescencia puede perturbar el acceso a la educación y a otras oportunidades de vida”

En el Reino Unido nos preocupa en particular, porque tenemos la tasa más alta de embarazos en adolescentes de Europa occidental. Hoy en día esa tasa es de 26 partos en adolescentes por cada 1000 mujeres, de acuerdo con las estadísticas sanitarias mundiales de 2009.

Según la revista del hospital Materno Infantil Ramón Sardá desde hace veinte años funciona un equipo de trabajo interdisciplinario para la atención de la embarazada adolescente y sus hijos, al que se denominó PROAMA (Programa asistencial para las madres adolescentes).

La propuesta fue y es la atención y el acercamiento a las jóvenes para vincularnos en su entorno ya que la información, sin otro tipo de acercamiento, resulta ineficaz. Esta propuesta tiene como objetivo un cambio de actitud en los roles familiares, como organizador de la estructura familiar, eje fundamental de esta problemática

Resultado de los hijos de madres adolescentes

Ingresaron al seguimiento 102 niños, distribuidos en 57 mujeres y 45 varones.

Dos pares de gemelares. Ninguno presentó depresión neonatal al primer y quinto minuto de vida. La media del peso y la talla de los recién nacidos evaluado, estuvo dentro de límites considerados como normales.

Lactancia materna (LM)

Pese a las problemáticas encontradas en estas familias, sus hijos fueron amamantados en forma exclusiva hasta los 6 meses en el 55% de los casos, y continuaron con LM más otros alimentos hasta el año en el 62% de los casos

La antropometría al año de vida mostró una buena evolución del crecimiento y en cuanto al neurodesarrollo, solo un niño presentó un leve retraso en el lenguaje.

Meso

Según datos entregados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La alta incidencia de embarazos en adolescentes en **Latinoamérica**, solo superada por África, no solo persiste sino que va en aumento, lo que supone un freno para el desarrollo de la región. Entre 25 y 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe, que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente.

Las adolescentes prácticamente han duplicado su aporte a la fecundidad total, pasando a representar un 14,3 % en 2000-2005, según la CEPAL. Este incremento se da en países con distinto nivel de desarrollo económico lo que revela la complejidad del fenómeno. El embarazo adolescente también pone de relieve la violencia sexual contra las mujeres.

Una de las regiones más afectadas por este problema es Centroamérica, Nicaragua encabeza la lista, ya que el 27% de las nicaragienses que tienen entre 15 y 19 años son madres. Además, destacan Honduras y Guatemala, y en Sudamérica Venezuela, República Dominicana y Ecuador.

Micro

Según datos entregados el 10 de mayo del 2012 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en **Ecuador** existen 7 millones de mujeres, de ellas 3.645.147 son madres e incluyen a las 122.301 adolescentes que también están dentro de esa condición. Una cifra que sea incrementado en comparación al 2001, donde se registraron 105 405 casos en adolescentes.

Dentro del último segmento, el 3,4% tiene entre 12 y 19 años. El 81,4% de las madres adolescentes tiene un hijo, mientras el 16% ha dado a luz a dos. En el promedio país, el 44,5% de mujeres tienen entre 1 y 2 hijos, mientras el 5,6% tiene entre 9 hijos y más. Manteniendo el promedio en 3,5, según el último censo realizado por el INEC. Además señala que el 44,1% de las madres tuvieron su primer hijo entre los 15 a 19 años; el 35,2% entre los 20 a 24 años; y el 2,4% entre los 12 y 14 años.

Sobre el estado conyugal, la entidad gubernamental señala que el 71% de las madres tiene pareja (casada o unida), el 29% no la tiene y el 9% está soltero. La provincia con mayor porcentaje de madres es Carchi con el 69,9%, seguida por Los Ríos con 68,9%.

Según Susana Guijarro 2011, encargada del área de adolescentes del Ministerio de Salud.

"Dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década es del 74 % y en mayores de 15 años es del 9 %".

Según Guijarro 2011, un embarazo en la adolescencia se traduce a 2,5 años de escolaridad menos para las mujeres y cada hijo adicional acarrea un año menos de escolaridad en media. "Las mujeres que no terminan los estudios tienen menos oportunidades de trabajo y menos ingresos y es más probable que aumenten sus condiciones de pobreza y las de su generación, ubicándose en condiciones de especial vulnerabilidad".

El Gobierno sostiene que el pilar fundamental para afrontar el embarazo adolescente es la educación pero, a riesgo de duras críticas de sectores como la Iglesia, también ha decidido hablar de frente sobre métodos anticonceptivos, no abortivos.

Según el ministro de Salud, David Chiriboga, anunció el 04 de marzo del 2011 que habrá "acceso gratuito a todos los métodos anticonceptivos en todas las unidades del Ministerio de Salud Pública y de la red pública de salud"

De acuerdo las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de Salud. El embarazo en las adolescentes, especialmente en **Tungurahua**, permanece en un 8% de la población existente.

Además se conoce que el embarazo se da en adolescentes de 10 a 19 años, que aún no han dejado de depender de sus padres y tener trabajos que les permitan ser entes productivos para la sociedad. La mayoría de adolescentes no planean quedarse embarazadas, pero muchas lo hacen. Los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el bebé.

Dentro de la provincia, el área de salud señalada ha implementado capacitaciones dirigidas a los Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil (DOBE) de los planteles secundarios existentes, donde se brinda atención social y psicológica a quien lo necesita.

Según Lourdes Silva, médica y responsable del Programa de Adolescentes de la provincia de Tungurahua. En Pelileo, Ambato, Baños y Píllaro existen grupos de hombres y mujeres de la ciudad y la provincia, trabajan en diversos Clubes de Adolescentes.

“Estamos trabajando con los jóvenes para que sepan que no es dable tener que cambiar una maleta llena de sueños por una pañalera llena de responsabilidades a tan temprana edad”

Gabriela Cortés, psicóloga, señaló que la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adolescencia en dos etapas, la primera etapa temprana que

trascurre de los 10 a los 14 años y la tardía que va de los 15 a los 19 años. La sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia de la vida humana, pero es en la adolescencia en la que se vive y se manifiesta de manera un poco diferente a como se expresa en otras etapas de la vida.

Al respecto María de Lourdes Freire, directora provincial de Salud de Tungurahua indicó el 15 de noviembre del 2010 que los embarazos en las adolescentes van en aumento y es una preocupación de quienes hacen salud pública.

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

1.2.2. Análisis crítico.

El embarazo en las adolescentes es un problema que enfrenta nuestro país debido al inicio de las relaciones sexuales que mantienen las adolescentes precoz mente a causa de la presión que ejercen sus parejas sobre ellas, su inseguridad y baja autoestima, puede ser resultado de la falta de apoyo de sus padres o porque provienen de familias disfuncionales donde no existe una buena comunicación.

La falta de conocimiento de las madres adolescentes sobre la importancia del esquema de vacunación y de los controles prenatal y post natales podría afectar al niño en su crecimiento y desarrollo aumentando así el índice de morbi – mortalidad materna y fetal.

La concepción es un roll para personas adultas que tienen que asumir las madres adolescentes aun sin estar en condiciones de hacerlo debido a la falta de información y unidades de salud a los que puedan acudir con confianza las adolescentes, esto se debe al miedo a la vergüenza y al bajo nivel académico de las mismas por lo cual inician su vida sexual activa a tempranas edades sin medir las consecuencias que son embarazos no deseados o alteraciones en los niños debido a su irresponsabilidad.

La maternidad en la adolescencia afecta psicológica, física y social mente a la adolescente por lo cual nosotros como enfermeras debemos poner mayor énfasis en brindar educación en cuanto a planificación familiar se trata. Los hijos de las madres adolescentes deben ser atendidos oportunamente por el personal de salud para detectar o evitar alteraciones en su crecimiento y desarrollo.

1.2.3. Prognosis.

Tomando en cuenta que una madre adolescente no está preparada ni física ni psicológicamente para cuidar a su hijo, debemos tomar medidas para contrarrestar o prevenir complicación en los niños ya que la falta de conocimiento de las jóvenes podría afectar su crecimiento y desarrollo de los infantes aumentando así el porcentaje de morbi- mortalidad en los mismos.

1.2.4. Formulación del problema.

¿Existe relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el subcentro de salud del Rosario del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Tungurahua.

1.2.5. Preguntas directrices.

- ¿Cuántas madres adolescentes de entre 10 y 19 años son atendidas en el subcentro de salud el Rosario?
- ¿Cómo afecta el ser hijo de madre adolescente en relación con el crecimiento y desarrollo según el test de Denver?
- ¿La no aplicación del esquema de vacunación en los niños de 0 a 2 años 6 meses influye en el crecimiento y desarrollo?
- ¿Las historias clínicas se constituyen en una evidencia para comprobar el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses en el subcentro de salud del Rosario?

1.2.6. Delimitación del problema.

1.2.6.1. Delimitación de la investigación.

Campo:Salud

Área:Enfermería

Aspecto: Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y el desarrollo del niño.

1.2.6.2.Delimitación temporal:

En el periodo comprendido Junio a Noviembre del 2012.

1.2.6.3.Delimitación espacial:

Este trabajo de investigación se llevara a cabo en el subcentro de salud del Rosario del área N° 5 del MSP Cantón Pelileo Provincia de Tungurahua.

1.3. Justificación.

Nosotros como personal de salud tenemos la responsabilidad de poner gran interés en los problemas que afecten a la sociedad aun más cuando esta afecta significativamente no solo a una persona sino a un seno familiar.

Este problema de investigación es de gran importancia porque el índice de madres adolescentes en nuestro país es preocupante y las alteraciones que sufren los niños en su crecimiento y desarrollo son significativas.

El presente trabajo de investigación se lo considera como un problema de actualidad que sufre no solo nuestro país sino el mundo entero lo cual amerita gran preocupación en nuestra sociedad.

La investigación realizada, va a ser de gran utilidad para las madres adolescentes y los niños que acuden al subcentro de salud del Rosario ya que se constituye en una fuente de consulta para que las adolescentes puedan asumir con responsabilidad la crianza y educación de sus hijos y así evitar alteraciones en el

crecimiento y desarrollo de los niños, y también para que las adolescentes puedan enfrentar su realidad.

Es factible realizarla porque existen fuentes bibliográficas que se refieren al problema seleccionado y la recolección de datos va hacer posible con la colaboración del personal que labora en el subcentro de salud del Rosario y las madres adolescentes que acuden al mismo.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo general:

- Establecer de que manera influye el ser madre adolescente en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad del Rosario del área N° 5 del MSP cantón Pelileo provincia de Tungurahua.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de conocimientos de las adolescentes sobre planificación familiar en el subcentro de salud del Rosario área N° 5 del MSP Cantón Pelileo provincia de Tungurahua.
- Identificar que alteraciones existen en las medidas antropométricas, el test de Denver en los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad del subcentro de salud del Rosario.
- Investigar si el incumplimiento del esquema de vacunación afecta en el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad del subcentro de salud del Rosario.
- Desarrollar talleres de capacitación que contribuyan a mermar el porcentaje de madres adolescentes y contrarrestar en parte las alteraciones que presenten los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad del subcentro de salud del Rosario.

CAPITULO II.

MARCO TEÓRICO.

2.1. Antecedentes Investigativos:

Las siguientes investigaciones van hacer de gran utilidad para este proyecto de investigación ya que servirán de apoyo para realizar la tesis sobre madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad.

Marizande Lozada. María Fernanda 2011 en su investigación realizada en el Hospital General de Latacunga indago acerca de los factores de riesgo y el apareamiento de complicaciones de las enfermedades hipertensivas en el embarazo en las madres adolescentes comprendidas entre los 14 – 20 años. Utilizando como instrumento de investigación la entrevista y la ficha de observación.

El presente proyecto llego a las siguientes conclusiones: que el nivel de escolaridad de las pacientes se miró que la mayor parte solamente habían terminado el nivel primario de instrucción y que la morbilidad durante el embarazo aumenta en las madres adolescentes las causas más comunes son anemia, infección de vías urinarias e hiperémesis gravídica. La TA al ingreso de las pacientes se puede observar que el 69% de las pacientes tenían TA entre 140/190 – 159/99. De las mismas 24 presentaron proteinuria positiva.

Alonso Monserrate 2009 en su investigación realizada en los centros infantiles “mi pequeño mundo” “fresitas” determino la relación entre el grado de desarrollo motriz grueso y el grado de desnutrición en niños varones de 1 a 3 años. Para lo cual utilizo como instrumento de investigación: Ficha de observación, Encuesta

Determino que la pobreza es un factor que influye en la alimentación diaria de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. La falta de conocimientos, sobre una adecuada alimentación durante los primeros años de vida del niño seria la causa principal de la desnutrición.

El desarrollo motriz queda determinado por períodos de crecimiento que se entienden como el incremento de la osificación del sistema esquelético y la consecuente limitación de la movilidad del cuerpo, o como fases sensitivas para determinadas tareas coordinativas, o como serie de modificaciones de las proporciones corporales entre sí. Al fallar en el proceso de nutrición del niño, no se le proporciona los complementos vitamínicos para todos los sistemas corporales influyendo perjudicialmente en el desarrollo motriz.

Condo Pérez Martha Lucía 2010 Indaga sobre el tema “la estimulación temprana familiar y su incidencia en el desarrollo motriz de los niños y niñas de 0 a 2 años de la unidad de atención edén del saber del barrio san José del batán de la ciudad de Riobamba provincia del Chimborazo en el primer quimestre noviembre 2009 a marzo 2010. Para dicha investigación se utiliza como instrumento de recolección de datos Ficha de Observación

La investigadora llego a la siguiente conclusión: El desarrollo motriz de los niños es limitado por cuanto al no recibir Estimulación Temprana adecuada sus movimientos corporales no son acordes a la edad y carecen de la coordinación necesaria.

Luego de haber analizado las diferentes tesis que contribuirán en mi trabajo de investigación me he dado cuenta que estos proyectos me servirán de apoyo para determinar cuáles son los principales problemas de salud que predominan en las madres adolescentes y debido a la falta de conocimiento de ellas las alteraciones que pueden presentarse en sus niños.

ChimbolemaCuray Sandra Elizabeth 2009 investigo acerca de la Incidencia en la deserción escolar por los embarazos prematuros de las alumnas del ciclo diversificado del Colegio Técnico. “Pedro Fermín Cevallos”, del cantón Cevallos con el fin de determinar la incidencia en la deserción escolar por los embarazos prematuros de las estudiantes y llego a las siguientes conclusiones: Que el riesgo potencial para las adolescentes de llegar a quedarse embarazadas incluyen: tempranos contactos sexuales la edad 12 años asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia y que los padres y maestros no imparten una educación integral con calidad, se están formando estudiantes sin capacidades de resolver sus problemas, pero lo que es más importante convivir y solucionar los problemas de su contextos, de una sociedad en conflicto y cambiante que vive. También determino que los adolescentes no tienen fundamentados lo que es la comunicación, al contrario están enfocados a lo material y no les interesa lo espiritual, aquí encontramos que los docentes siguen un modelo tradicional de vida no llegando a cumplir con los objetivos y no tratan de mejorar la calidad de vida del adolescente.

2.2. Fundamentación Filosófica:

El paradigma de investigación es una manera general de ver la realidad que se estudia; en este caso habrá una orientación según el paradigma crítico- propositivo.

Crítico, pro que se cuestiona o se enjuicia la situación conflictiva o problema tratando de llegar a una comprensión profunda del mismo, en este caso se cuestionará la realidad de la madre adolescente y las alteraciones del niño en el 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.

2.3. Fundamentación Legal:

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

(1948-2008)

Adoptada y proclamada por la resolución de la asamblea general 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948.

Artículo 25.- La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Constitución de la República del Ecuador, Título II, Derechos, Capítulo III: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, Sección Segunda Jóvenes

Según la Constitución Política de la República: La salud es un derecho de toda la población así lo menciona los artículos siguientes:

Art.14.- Los hospitales y demás establecimientos de atención a la salud de la mujer y el niño estarán obligados a:

- a) Mantener registros en los que conste la atención y el seguimiento del desarrollo, parto y puerperio.
- b) Capacitar a las familias y a los grupos organizados para integrar los servicios de prevención, profilaxis y suministro de medicamentos básicos para el tratamiento y preservación de la salud del menor.

Art.15.- Son obligaciones del Ministerio de Salud

- a) Garantizar el acceso universal e igualitario a las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de las madres y los hijos.

- b) Organizar servicios de atención específica para menores que tengan deficiencia, sensoriales y mentales.

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE DERECHOS
TITULO I

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.

Capítulo II Derechos de supervivencia

Art. 20.- Derecho a la vida.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo.

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. 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:

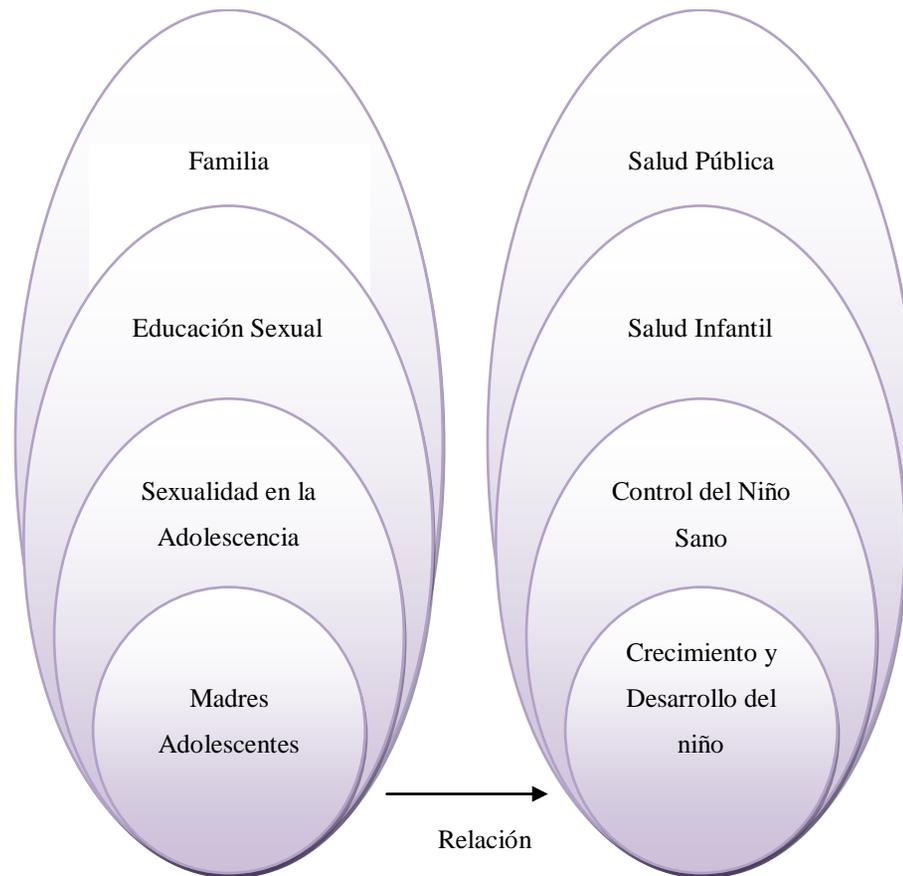
8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;
9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre.
10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

Se Art. 28.-Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud.-
Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

5. Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación.

2.4.CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

Gráfico 1: Red de Inclusiones



Elaborado por: Lorena Molina

Fuente: "Proyecto de Investigación General para el VI Seminario de Graduación"

2.5. Fundamentación Científica.

2.5.1. Madres Adolescentes

Según la OPS lo define como **“Mujeres que han tenido su primer hijo antes de los 20 años de edad”**.

2.5.1.1. Adolescencia.

Según Richard. E. Behrman y Robert KliegmanHalJensonEntre los 10 y los 20 años de edad, las personas experimentan cambios rápidos del tamaño, la forma y la fisiología corporales y del funcionamiento psicológico y social. Las hormonas establecen la agenda del desarrollo, junto con las estructuras sociales diseñadas para favorecer la transición desde la infancia hasta la vida adulta.

La adolescencia progresa a través de tres periodos distintos, precoz, medio y tardío, cada uno de ellos marcado por un conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales sobresalientes.

Sin embargo la variación es individual es sustancial, tanto en términos de la cronología de los cambios somáticos como de la calidad de la experiencia del adolescente. El género y la cultura afecta en gran medida al curso del desarrollo, y lo mismo sucede con los factores estresantes físicos y sociales, como la parálisis cerebral o alcoholismo parental.

2.5.1.2. Etapas de la adolescencia.

Según García caballero en el Tratado de Pediatría

Adolescencia temprana: Llamada también adolescencia precoz o primera adolescencia, es la etapa que comprende de los 10 a los 13 años en las mujeres y de los 10 a los 14 años en los varones o sencillamente de 10 a los 14 años en ambos sexos.

Desarrollo biológico.

La disminución de la inhibición hipotalámica que en el estado prepuberal mantenía frenado los niveles de los esteroides sexuales, hace que se ponga en marcha la pubertad. El hipotálamo estimula a la hipófisis que libera gonadotropinas y hormona del crecimiento, preferentemente durante el sueño. Este cambio hormonal produce el cambio somático y fisiológico de esta época de la vida: que se puede medir por exploración física a través de los clásicos estudios de tanner en los que se valora la maduración sexual.

En las niñas el desarrollo de los botones mamarios es el primer signo que puede evidenciarse desde los 8 años en la pre adolescencia. Los estrógenos y la hormona estimulante de los folículos actúan sobre los ovarios, el útero el clítoris y los labios mayores produciendo un aumento de tamaño; aparece el vello pubiano.

En los varones el aumento de los testículos suele presentarse a mediados del noveno año. Por la influencia de la testosterona y de la hormona luteinizante, aumenta de tamaño los tubos seminíferos el epidídimo, las vesículas seminales y la próstata.

El crecimiento acelerado es otra característica de esta etapa de la vida; de todos es sabido que en el sexo femenino se da el estirón puberal antes que el masculino. Ese aspecto desproporcionado de las adolescentes se debe al mayor crecimiento de las partes distales de las extremidades: manos, pies para continuar con piernas y brazos y concluir con el crecimiento del tronco.

La aparición del acné es la consecuencia del estímulo de las glándulas sebáceas por los andrógenos suprarrenales.

Es normal que la mitad de los adolescentes varones presenten hipertrofia mamaria, aunque solo un 10% llegue a una ginecomastia que requiere tratamiento quirúrgico u hormonal. Se presenta en los varones el cambio total de su tono de voz por el crecimiento de la laringe y el tórax.

Aparece en esta primera etapa de la adolescencia el interés por el sexo comienza las fantasías sexuales, la curiosidad, emociones, etc. Se produce la primera eyaculación, comienza la masturbación masculina, a veces incluso con un carácter social.

Adolescencia Intermedia: Comprende esta etapa de los 15 a los 17 años. La aceleración del crecimiento hace que de los 6-7 cm por año, se llegue en las mujeres a los 8,3 cm anuales hacia los 11.5 años, y se detienen hacia los 16 años con un enlentecimiento previo; mientras en el varón se llega hasta 9.5 cm por año hacia los 13 años para concluir el crecimiento a los 18 años aproximadamente. Se produce paralelamente aunque con un retraso cronológico existe un incremento de peso de la masa muscular y por consiguiente de la fuerza.

Se va produciendo el cierre de la epífisis en esta fase de la adolescencia como consecuencia de los niveles androgénicos. Se duplica la capacidad vital pulmonar y el tamaño del corazón: se eleva la volemia la presión arterial y el hematocrito. Aumenta fisiológicamente la somnolencia. Aparece el olor corporal y el aumento de acné por la estimulación androgénica de las glándulas apocrinas y sebáceas.

Maduración sexual

Suelen encontrarse las mujeres en unos estadios 3 o 4 de tanner con un bello pubiano más oscuro en mayor cantidad y que comienza a rizarse, para ser posteriormente un bello grueso, rizado abundante pero en menor cantidad que en la mujer adulta. Las mamas aumentan de tamaño hasta llegar a tener una prominencia secundaria la areola y el pezón.

En el varón los estadios 3 y 4 de tanner propios de esta fase de la adolescencia se caracterizan por oscurecerse y rizarse el bello pubiano aunque en menor cantidad que en el adulto. El pene aumenta posteriormente de longitud y luego de grosor con aumento de tamaño del glande y los testículos aumentan de tamaño haciéndole el escroto oscuro.

Se comienzan las salidas con adolescentes del otro sexo siendo muy variable el grado de actividad sexual.

Adolescencia tardía: de los 18 a los 20 o 21 años se producen pocos cambios somáticos se ha llegado al estadio 5 de tanner que es el desarrollo adulto. El adolescente suele ser más estable desde el punto de vista sexual, comienza los sentimientos idealistas aunque intransigentes con las opiniones contrarias: es el momento de comenzar el interés por la justicia, la política los nacionalismos, patriotismos tanto en sentido positivo como en el menos aconsejable de sectas destructivas, grupos agresivos deportivos y políticos.

La imagen corporal se acepta mejor por ser más estable; a veces se puede alcanzar una independencia económica y se puede llegar a ser padre o madre. Se alcanza en definitiva, el final del crecimiento y desarrollo.

2.5.1.3. Cambios físicos.

Según MONROY Anameli Los cambios hormonales producidos en esta edad se originan en el hipotálamo, que emiten la información que va hacia la hipófisis. Esta a su vez estimula, la secreción de hormonas sexuales y de crecimiento. El crecimiento corporal se caracteriza por el aumento de peso, estatura y desarrollo corporal.

El desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales y por la aparición de las características sexuales secundarias, es lo que se conoce como pubertad. Su comienzo se manifiesta por la aparición de vello púbico en los hombres y mujeres y por el comienzo del crecimiento de los senos en las mujeres y del pene y los testículos en los varones. Después de un tiempo aparece, en los hombres la eyaculación (aproximadamente a los 14 años) y en las mujeres la primera menstruación (aproximadamente a los 12 años).

2.5.1.4. Cambios Psicológicos.

Tomado del libro de Psicología del desarrollo infancia y adolescencia.

Reacciones de las adolescentes ante los cambios de su cuerpo:

- Desean ser atractivas.
- Les preocupa el peso.
- Muestran reacciones diversas ante la menarquía.
- Reacciones de los adolescentes ante el cambio de su cuerpo.
- Tienen una imagen corporal mejor que las mujeres.
- Tienen una actitud positiva hacia su primera eyaculación que las mujeres respecto a la menarquía
- Algunas adolescentes y un menor número de hombres adquieren una imagen corporal tan negativa que sufren trastornos alimenticios.
- La anorexia y la bulimia son dos trastornos serios en que los afectados se privan de alimento o comen en exceso para purgarse luego con tal de tener una imagen corporal poco realista y sana.
- Los factores ambientales, personales, emocionales y culturales contribuyen todas a la aparición de estos problemas.
- El momento de la pubertad tiene consecuencias personales y sociales.
- Los niños de maduración precoz y las niñas de maduración normal y tardía:
- Tienen mejor imagen corporal.
- Son más seguros.
- Muestran mayor ajuste social que los niños de maduración tardía y que las niñas de maduración precoz
- Los cambios hormonales de la pubertad aumentan el impulso sexual y la responsabilidad de controlar la sexualidad.
- Esta transición a veces resulta sumamente difícil para los adolescentes que sienten atracción sexual por personas de su mismo sexo.

- Las actitudes sexuales han venido volviéndose más liberales con los años.
- Hoy la mayoría de los adolescentes piensan que el sexo con afecto es aceptable.
- Las madres adolescentes:
 - Suelen ser pobres y no estar bien preparadas psicológicamente para la maternidad.
 - A menudo abandonan la escuela y perpetúan su desventaja económica.
- Una deficiente atención de los padres adolescentes contribuyen a crear problemas emocionales y deficiencias cognitivas en sus hijos.

2.5.2.Sexualidad.

La OMS define la sexualidad humana como: "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales."

Se propone que la sexualidad es un sistema de la vida humana que se compone de cuatro características, que significan sistemas dentro de un sistema. Éstas características interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento, en particular en los niveles biológico, psicológico y social.

Las cuatro características son: el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético (genotipo) y físico (fenotipo). El erotismo es la capacidad de sentir

placer a través de la respuesta sexual, es decir a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo.

La vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas. La reproductividad es más que la capacidad de tener hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad, las actitudes de paternidad y maternidad, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres.

La característica del sexo desarrollado, comprende el grado en que se vivencia la pertenencia a una de las categorías dimórficas (femenino o masculino). Es de suma importancia en la construcción de la identidad, parte de la estructura sexual, basado en el sexo, incluye todas las construcciones mentales y conductuales de ser hombre o mujer. Hay que tener en cuenta que es muy importante que sepamos cuáles son nuestras actitudes más personales e íntimas hacia la sexualidad.

Uno de los productos de la interacción de estos holones es la orientación sexual. En efecto, cuando interactúan el erotismo (la capacidad de sentir deseo, excitación, orgasmo y placer), la vinculación afectiva (la capacidad de sentir, amar o enamorarse) y el género (lo que nos hace hombres o mujeres, masculinos o femeninos) obtenemos alguna de las orientaciones sexuales a saber: la bisexualidad, la heterosexualidad y la homosexualidad.

2.5.2.1. Embarazo

Según la OMS el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

2.5.2.2. Factores Pre disponentes.

Tomado de la Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina

Menarquía temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia, con buen diálogo padres hijos. Su 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.

Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

Pensamientos mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

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.

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

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

Menor temor a enfermedades venéreas.

2.5.2.3. Factores determinantes.

Tomado de la Revista de Posgrado de la Cátedra Medicina.

- Relaciones Sin Anticoncepción.
- Abuso Sexual
- Violación

2.5.2.4. Complicaciones en el embarazo.

Según OCÉANO (2009) Ciertas complicaciones del embarazo pueden poner en peligro la salud de la madre y de su hijo aun no nacido.

Hiperémesis gravídica._ náuseas y vomito grave que alteran notablemente a la mujer un 50% de embarazadas sufren nauseas benignas que desaparecen a la duodécima semana. En un embarazo por cada mil persiste el vómito, lo que causa deshidratación y por ende complicación.

La causa es desconocida hay pruebas que las náuseas son más fuertes en las mujeres que presentan concentraciones muy altas de hormonas; en algunas el vómito es signo de respuesta psicológica.

Toxemia gravídica._ Complicación grave que afecta aproximadamente al 7% de las embarazadas, se caracteriza por retención de líquidos, hipertensión arterial y aparición de proteínas en la orina.

Se manifiesta de dos formas:

Preeclampsia._ (antes de la etapa convulsiva)

Eclampsia (etapa convulsiva)._ Esta patología ataca más a las primíparas jóvenes o a las multíparas adultas.

Los síntomas de la toxemia dependen de la constricción de los vasos sanguíneos del cuerpo (vasoconstricción generalizada). Se ha comprobado que de la placenta depende de algún modo la sustancia vasoconstrictora que causa este trastorno grave. Otro factor que parece participar en el trastorno es la dieta; sobre todo en embarazadas mal nutridas que han recibido una dieta hipo proteica.

Placenta previa._ Peligrosa complicación del embarazo en la cual la placenta se inserta en el segmento inferior cerrado parcialmente o por completo el orificio cervical interno del útero. La placenta se sitúa por debajo de la parte presentada. La placenta previa se asocia frecuentemente a presentaciones fetales anormales: podálicas y de hombro, así como también en el parto pre terminó.

Clasificación:

- Placenta previa marginal: el orificio cervical interno se acerca tan solo al borde de la placenta.

- Placenta previa lateral: cuando el borde inferior de la placenta no llega al orificio interno sino que cubre su porción lateral.
- Placenta previa central: cuando ocluye en su totalidad el orificio cervical.

Su causa es desconocida, no sabe cómo la placenta queda por encima del agujero interno sin embargo, se considera que puede originarse en caso de endometritis crónica.

Desprendimiento prematuro de la placenta._ Llamado también abrupto placentario. Es la separación total o parcial de la placenta normalmente insertada con sangrado interno, externo o mixto antes del nacimiento del feto,

El desprendimiento prematuro de la placenta es provocado por lo general por las enfermedades que originan trastornos en el sistema vascular.

Tales enfermedades son: cardiopatías, insuficiencia de vitamina C, hipertensión, etc., también puede atribuirse a traumatismos, cordón umbilical corto o la disminución brusca del volumen del útero.

Embarazo ectópico._ Es la implantación y desarrollo de un huevo fecundado fuera de la cavidad uterina, es decir en un tejido fuera del endometrio.

No se conocen las causas pero pueden atribuirse a: salpingitis, enfermedad pélvica aguda ejemplo gonorrea, enfermedad pélvica crónica, endometriosis, implantación del DIU, edad materna alta, disfunción hormonal, deficiencia nutricional.

Aborto._ Es la terminación del embarazo por cualquier medio antes de que el feto este lo suficientemente desarrollado para vivir.

Aborto Espontaneo: Interrupción del embarazo por factores patológicos déficit hormonal, malformación uterina, enfermedad infecciosa, etc. Se produce normalmente.

Aborto Terapéutico: el que se provoca con fines terapéuticos en un medio hospitalario, en especial cuando existen graves riesgos para la gestante.

Diabetes gestacional._ es una intolerancia a los hidratos de carbono que se presenta solo durante el embarazo, puede producir una reacción adversa al feto y desaparecer o no después del parto. Se manifiesta en una insuficiente producción de insulina a cargo del páncreas lo que da lugar a una anómala utilización de los azúcares en el organismo.

Factores de riesgo.

- Edad mayor de 30 años.
- Historia familiar de diabetes.
- Obesidad materna.
- Glucosuria persistente durante el embarazo.
- Infecciones recurrentes de las vías urinarias.
- Hipertensión arterial crónica.
- Hipertiroidismo.
- Abortos a repetición.
- Mortinatos.
- Preeclampsia y eclampsia.

2.5.2.5. Consecuencias de la maternidad adolescente(Barroso, A. 2009).

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr un trabajo permanente con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia; las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

2.5.2.6. Consecuencias para el hijo de la madre adolescente (Barroso, 2009).

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.

2.5.3. Educación Sexual.

El término educación sexual se usa para describir el conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva.

2.5.3.1. Derechos Sexuales.

Tomado de la Declaración de los Derechos Sexuales (versión integral)

1. El derecho a la libertad sexual

2. El derecho a la autonomía sexual, a la integridad sexual y a la seguridad del cuerpo sexual
3. El derecho a la privacidad sexual
4. El derecho a la igualdad sexual (equidad sexual)
5. El derecho al placer sexual
6. El derecho a la expresión sexual emocional
7. El derecho a la libre asociación sexual
8. el derecho a tomar decisiones reproductivas, libres y responsables
9. El derecho a la información basada en conocimiento científico
10. El derecho a la educación sexual general
11. El derecho a la atención clínica de la salud sexual

2.5.4. Métodos Anticonceptivos

Para TENORIO Rodrigo (2009), la Cultura sexual en adolescentes, define como: “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. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia”.

No existe un método anticonceptivo ideal que vaya bien a todas las mujeres y hombres, a cualquier edad y en todas las situaciones. Cada hombre y mujer han de decidir en las distintas etapas de su vida fértil cual es el método anticonceptivo más

adecuado a su situación, estado de salud, condiciones personales y frecuencia de relaciones sexuales con penetración. Para tomar una decisión informada es conveniente buscar el consejo de un profesional sanitario. Por ello, es importante estar convencido de querer utilizar un método anticonceptivo, saber bien cómo funciona y usarlo correctamente.

2.5.4.1. Clasificación de los métodos anticonceptivos.

Tomado del Manual práctico de enfermería Edición 2010

Existen diferentes métodos anticonceptivos que ayudan a planificar la familia, los cuales se pueden dividir en temporales o definitivos.

A.- Temporales

Se dividen en naturales, hormonales y mecánicos.

Naturales

Consiste en evitar el embarazo sin manipular el ciclo natural de la mujer ni usar medidas ajenas al organismo.

Por ejemplo: calcular los días no fértiles aquellos en los cuales no puede quedarse embarazada o interrumpir el coito antes de la eyaculación.

Método del Ritmo o Calendario.

Consiste en evitar las relaciones sexuales durante los días fértiles. Se basa en el ciclo menstrual de cada mujer. Tiene un porcentaje muy bajo de seguridad, especialmente en mujeres con ciclo menstrual irregular.

Método de la Temperatura Basal.

Consiste en evitar las relaciones sexuales durante los días fértiles, que se determinan de acuerdo con la temperatura antes de levantarse. Durante la ovulación hay un aumento de la temperatura.

Coito Interrumpido.

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la salida del semen (eyaculación). No es muy seguro porque antes de la eyaculación pueden salir espermatozoides y se puede originar un embarazo,

Hormonales.

Son sustancias que impiden la ovulación en la mujer y por consiguiente el embarazo.

Píldora

Compuesto químico que al ser tomado diariamente impide la maduración y la expulsión del ovulo y por ende el embarazo. Se inicia al quinto día de haber comenzado la masturbación. Todos los días se toma una píldora tratando que sea a la misma hora. En el cartón de 21 píldoras se suspende una semana entre cartón y cartón. En el cartón de 28 días no se deja de tomar ni un solo día.

Inyección.

Compuesto químico que se aplica mensual o trimestral mente e impide la ovulación. Puede producir sangrados irregulares.

Implantes Subdermicos (Norplant).

Consiste en colocar en la cara interna del brazo, cerca del codo, pequeños tubos fabricados en material plástico que contiene en su interior una hormona producida normalmente por los ovarios que al ser liberada paulatinamente en el torrente circulatorio impide la ovulación.

Mecánicos.

Son métodos que impiden la unión del espermatozoide con el ovulo.

Dispositivo Intrauterino (DIU)

Es un pequeño elemento de plástico o combinado con un metal (cobre) que se coloca dentro del útero (matriz). Es un método muy efectivo. Viene en varias formas las más comunes son: la T de cobre, el espiral y el siete de cobre. Se aplica generalmente durante la menstruación o en los días siguientes a un parto y se puede usar durante varios años con controles periódicos.

Espermicidas.

Son sustancias químicas que introducidas en la vagina disminuyen o anulan la capacidad de los espermatozoides para la fecundación. Los hay de tres clases: espumas, óvulos y tabletas vaginales. Se debe usar un espermicida por cada relación sexual y colocarlo profundamente en la vagina 10 minutos antes de la relación. Para mayor seguridad conviene utilizarlos en combinación con el condón.

Condón.

Es una funda delgada y elástica que se adapta al pene cuando va a tener una relación sexual, la cual recoge el semen y evita que este llegue a la vagina. Debe usarse un condón nuevo por cada relación.

Definitivos.

Son métodos anticonceptivos que evitan el embarazo de forma definitiva.

Ligadura de Trompas.

Consiste en ligar o cortar las trompas de Falopio para evitar el paso del ovulo a la matriz. No afecta la menstruación, el deseo sexual ni la fecundidad.

Vasectomía.

Es una pequeña cirugía que se le hace al hombre, consiste en cortar y ligar los conductos deferentes para evitar el paso de los espermatozoides.

No afecta la eyaculación, el deseo sexual ni la virilidad. Los espermatozoides que ya no salen con la eyaculación son absorbidos por el organismo sin causar trastorno alguno. Durante las cinco semanas siguientes a la intervención, se debe usar otro método anticonceptivo pues puede haber algunos espermatozoides más adelante de los conductos deferentes y producirse un embarazo.

2.5.5. La Familia.

Tomado del Manual práctico de enfermería. La familia es la unidad básica y fundamental de la organización social, se define como un grupo de personas que comparten un micro y un macro ambiente, existen cuatro elementos claves para definir a la familia estos son: Convivencia bajo el mismo techo; apoyo afectivo; apoyo económico; socialización. La relación o compromiso de sus integrantes consolidan la construcción de un ambiente familiar.

La familia es funcional cuando reúnen sus recursos, comparte sus puntos de vista, ayuda al crecimiento personal de cada uno de sus miembros, permitiendo ensayos, cambios, búsqueda de nuevas alternativas, se dan afecto, se escuchan, comparten el tiempo el espacio y el dinero, hacen ajustes en beneficio de todos.

2.5.5.1. Formas de Organización Familiar.

Familia Nuclear.

Compuesta por padre, madre e hijos. Se presenta bajo diversos tipos de vínculos matrimonio católico, civil, unión libre o unión de hecho con cierto tiempo de permanencia y compartimiento de vivienda.

Familia con un solo progenitor.

Conformada por padre o madre y los hijos, originada por la ruptura o vínculo inicial

Parejas sin hijos.

La pareja sin hijos, que se casan o se unen sin fines pro creativos.

Familia nuclear transitoria.

Se da en aquellas familias que estando en etapa de “nido vacío” deben readaptar sus funciones recibiendo transitoriamente hijos y nietos.

Familia extensa.

Compuesta por tres generaciones que comparten vivienda y economía. Es frecuente en las ciudades y donde existen, presentan un deterioro en sus funciones de autoridad y control.

Familia superpuesta.

Originadas por parejas que han tenido uniones previas que han concluido en ruptura “los tuyos, los míos y los nuestros”

Hijos que viven solos.

Son un fenómeno creciente por su educación o otros motivos.

Relación de amantazgo.

Se da cuando personas que tienen sus hogares conformados mantienen una relación permanente con otra persona.

Pareja de homosexuales.

Son también un fenómeno en crecimiento. En algunos casos tienen o adoptan menores y conforman así una familia.

2.5.5.2. Comunicación familiar.

Tomado de Comunicación Familiar. Proceso de interacción de personalidades, intercambio activo, transacción de ideas y sentimientos, elementos que permiten comprender su esencia.

La comunicación familiar tiene una estructura compleja en donde figuran en todo momento no sólo mensajes interpersonales directos, sino un sistema de señales muy valiosas para que la persona que recibe el mensaje se percate de la categoría correcta a la que debe encuadrarse la secuencia de los mensajes transmitidos. Este sistema de señales constituye algo serio en forma literal o de metáforas. Tal serie de señales suele ser extra verbal y se modula mediante el tono de voz, la mímica y los gestos.

2.5.5.3. Comunicación con las Adolescentes.

La comunicación familiar adquiere tonos peculiares con hijos adolescentes, pues de una relación protectora al niño dependiente, un día, sin saber cómo, la familia se enfrenta a un “niño grande”, que pide su libertad a padres que generalmente no están preparados a entregarla.

Muchas veces el adulto se resiste a algunos tópicos por diversos prejuicios y sobre todo porque no sabe cómo abordar el tema, la sexualidad es un ejemplo de ello, aprenden sobre esto fuera del marco familiar porque allí es un tabú. Prácticamente no hay intimidad, se evidencian pocos intereses comunes entre padre e hijo que permita abordar con profundidad un tema entre todos, generalmente conversan los adultos y el adolescente se deja a un lado, por tanto la confianza es también mínima; hay distanciamiento, no se da importancia a los asuntos que trae el adolescente o no se comprenden, esta situación lo obliga a llevar sus preocupaciones e inquietudes, a otros grupos, por lo que el autodescubrimiento tiene pocas posibilidades de ocurrir en la familia.

Si el sujeto no encuentra la atmósfera adecuada para expresarse difícilmente se le dé oportunidad y participación en la solución de los problemas. Con frecuencia se escuchan imposiciones, muestra de métodos autoritarios o por otra parte no se considera al muchacho con la madurez suficiente para aportar en una decisión. Resulta contradictorio recordar continuamente “ya eres un hombre”, “no te portes como un niño”, por un lado, mientras que por otro no se le da ese lugar en la vida familiar, se le exigen deberes como adulto y se otorgan los derechos de un niño.

La atmósfera familiar puede ser percibida como segura o peligrosa para tratar “ciertos temas”, en dependencia de cómo esto ocurra habrá o no apertura. Se puede hablar de tópicos superficiales, sin expresar sentimientos y temores para que no se descubran los puntos débiles y se utilicen estrategias evasivas para evitar la intimidad, generalmente por miedo a la incompreensión.

2.5.5.4. Beneficios de la comunicación en familia

Cuando existe la comunicación en una familia, seguramente se puede afirmar que existe un compañerismo, una complicidad, y un ambiente de unión y afecto en el hogar. Pero, sobre todo y lo más importante, es que hay un respeto mutuo y unos valores bien asentados. Sin embargo, crear este clima de comunicación en la familia, no es una tarea tan fácil. Hay que ayudar a los hijos con prácticas sobre el terreno, con consejos educativos y, sobre todo, con el ejemplo para crear el clima adecuado que facilite esa comunicación.

Es fundamental, que los padres introduzcan en el seno familiar, los mecanismos necesarios que faciliten una buena comunicación entre los miembros de su familia. Saber escuchar, hablar con el corazón, mantener una actitud asertiva y mostrar empatía son algunas de las actitudes para promover un buen clima de diálogo en casa con los tuyos.

2.5.6. Crecimiento y Desarrollo.

Según OCEANO (2009) El crecimiento y desarrollo es el conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde la concepción hasta la adultez.

2.5.6.1. Crecimiento.

Es el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por dos fenómenos biológicos.

- Hiperplasia.- incrementó en el número de células.
- Hipertrofia.- aumento del tamaño de las células.

2.5.6.2. Factores que Regulan el Crecimiento.

- **Factores Nutricionales.-** Disponibilidad y utilización de los nutrientes.
- **Factores Socioeconómicos.-** Disponibilidad de recursos, accesos a servicios básicos y de salud, escolaridad adecuada de los padres.
- **Factores Genéticos.-** Potencial de crecimiento.
- **Factores Neuroendocrinos.-** Funcionamiento adecuado de glándulas y hormonas que intervienen en el crecimiento.

2.5.6.3. Periodos de Crecimiento

Intrauterino.

Embrionario: Desde la fecundación hasta las doce semanas de edad gestacional.

Fetal: desde las trece semanas de gestación hasta las cuarenta semanas de edad gestacional.

Extrauterino.

Primera infancia: del nacimiento a los tres años.

Segunda infancia o infancia intermedia: desde los tres años hasta el empuje puberal.

Empuje puberal: aproximadamente doce años en las mujeres, catorce años en los varones.

Fase final de Crecimiento: diecisiete a los diecinueve años en mujeres y hombres respectivamente.

2.5.6.4. Evaluación del Crecimiento.

Para realizar una sencilla y efectiva evaluación del crecimiento se requiere:

- Realizar antropometría (peso, talla, perímetro cefálico, perímetro braquial)
- Ficha de crecimiento o patrón de referencia para comparar los datos obtenidos

2.5.6.5. Desarrollo.

Según OCEANO (2009). El desarrollo es un proceso adaptativo con diferenciación completa que a partir de la adquisición de nuevas conductas, genera nuevos comportamientos a través de la interrelación personal y con el medio. Mantiene una relación de dependencia con la maduración del sistema nervioso y una interrelación con el crecimiento.

2.5.6.6. Factores que Intervienen en el Desarrollo.

Los factores genéticos pueden interactuar con factores ambientales agresivos o acciones del ambiente social durante la vida intrauterina, en el nacimiento o en la vida postnatal, también las enfermedades crónicas o agudas graves pueden afectar al desarrollo normal del niño.

Para prevenir alteraciones en el desarrollo se debe establecer un equilibrio en las interacciones entre los factores genéticos, ambientales, físicos y sociales para favorecer la adaptación del individuo.

La influencia psicológica tiene un papel muy importante en el desarrollo del niño, el ambiente de aprendizaje es considerado como el elemento de dominio en los actuales modelos de desarrollo.

Los vínculos psicoafectivos que sirven de base para el desarrollo infantil parten de la confianza que se crea con sus padres, si el niño se ve afectado por un evento que le genera estrés e inseguridad recurre a su madre para recuperar su confianza y alcanzar nuevamente una sensación de bienestar. Si hay un vínculo inseguro en la relación con los padres, puede haber problemas de comportamiento o de aprendizaje.

La familia es un sistema donde existen relaciones, roles y reglas. La influencia de estos elementos sobre el desarrollo infantil es imperceptible pero de gran impacto, una relación conyugal dominante y egoísta, reglas muy rígidas o la falta de límites establecidos entre padres e hijos afectaran a todos los miembros de la familia generando estrés, rebeldía y desobediencia.

Muchas veces los hijos se ven obligados a asumir responsabilidades para las cuales aun no están preparados, sin tener en consideración el daño que esto puede causarles.

2.5.6.7. Teorías psicoanalíticas del desarrollo.

Sigmund Freud, Enrik Erikson y Jean Piaget apoyan el estudio del desarrollo infantil con teorías psicoanalíticas que explican estos cambios sucesivos e integrales.

Sigmud Freud._ La teoría freudiana apoya la idea de los impulsos determinados biológicamente. El impulso central es sexual y cambia con la maduración definiendo etapas o estadios claramente diferenciados.

Etapas Oral (Primer año de vida)._ se producen a través de la boca una serie de sucesos que le producen gran satisfacción; se comunica con su madre al estar en contacto con su piel durante la lactancia materna, llora para comunicar sus necesidades y emociones, hace ruido para conseguir atraer la atención de otras personas y de su madre.

Etapa Anal (Segundo año de vida)._ Inicia el adiestramiento de esfínteres; aprende el autocontrol y la responsabilidad de comunicar oportunamente sus necesidades biológicas de eliminación, el niño aprende a conocer otros espacios, con juegos y juguetes diferentes que estimulan su imaginación.

Etapa fálica (Preescolar tres a cuatro años)._ El niño desarrolla un especial interés por la región genital, tiene curiosidad por conocer y entender las diferencias que observa entre un hombre y una mujer, hace comparaciones entre sus genitales infantiles y los genitales de sus padres.

Etapa Edípica (Preescolar cinco a seis años)._ Inicia los conflictos con los padres, imita al progenitor del mismo sexo y hay una manifiesta atracción por el padre del sexo opuesto, experimenta sentimientos ambivalentes, siente vergüenza necesita privacidad y respeto a su intimidad.

Etapa Genital (Pubertad)._ Los rápidos cambios corporales, la nueva imagen corporal genera sentimientos ambivalentes: rechazo a los cambios físicos añoranza por su cuerpo infantil, deseo de liberación con demostraciones de superioridad física frente a niños de menos edad o sentimiento de suficiencia.

Erik Erikson._ Este autor reconoce los estadios planteados por Freud dice que estos surgen en el contexto de las propias expectativas de cada sociedad y cultura, respondiendo de diferente manera en cada uno de estos. Plantea los desafíos a los cuales debe enfrentarse el niño en cada una de las edades con fracaso y éxito en las tareas ejecutadas.

Jean Piaget.- simboliza el estudio del desarrollo cognitivo basado en un conocimiento cualitativamente diferente en los distintos estadios del desarrollo: sensitivo, motor estadio I IV pre operativa, operaciones concretas, operaciones formales. La teoría de Piaget tiene importancia porque ayuda a entender los comportamientos de la lactancia como problemas del sueño entre los nueve y dieciocho meses, permite realizar un estudio sin necesidad de un equipo especial, las preguntas abiertas sobre el trabajo de

Piaget permiten profundizar el conocimiento que tiene el niño sobre la enfermedad y la hospitalización.

2.5.6.8. Áreas representativas de la conducta.

Se han agrupado en cuatro áreas, cada una de ellas representa un aspecto diferente del desarrollo y expresan algunos aspectos parciales de las funciones corticales superiores.

Conducta Motriz.- Corresponde a la motricidad gruesa: control cefálico, reacciones posturales, sentarse, gatear, pararse, caminar, subir gradas, correr, saltar. En la motricidad fina: el uso de las manos y los dedos para prehesión y manipulación de objetos.

Conducta Adaptativa._ Hace referencia a las actividades que requieren ajuste de los movimientos y posturas con los órganos de los sentidos. Integración sensorio_ motriz, capacidad para realizar actos complejos, resolver problemas prácticos, percepción y utilización de experiencias anteriores.

Lenguaje._ Son todas las formas de comunicación y expresión con interpretación y comprensión. El lenguaje articulado depende de la madurez de la corteza cerebral, del estímulo social, y de la representación simbólica y se relaciona con gestos, expresión corporal y facial, mímica, manifestaciones emocionales.

Conducta Personal Social._ Son las respuestas a los estímulos del medio social; incluye la conducta alimentaria, juego regulación de esfínteres, adaptación a la enseñanza.

2.5.6.9. Características del desarrollo infantil.

En el desarrollo intelectual y psicosocial se pueden identificar las siguientes etapas:

La inteligencia sensorio motriz comprende desde el nacimiento hasta los dos años. El niño construye esquemas de acción a través de herramientas intelectuales que le

ayudan a conocer el mundo que los rodea y ayudan en el desarrollo cognitivo (son estímulos que recibe en el cuidado diario y pueden ser táctiles, olfativos, auditivos.)

Utiliza el juego funcional para reconocer objetos, explora su cuerpo y utilizan ampliamente sus manos, observa a su alrededor con más detenimiento pero olvida rápidamente, le causa placer hacer cosas repetidamente. Hay un desarrollo inicial del lenguaje a través del balbuceo, lo utiliza también como juego emitiendo sonidos de diferentes intensidades, hace pompas de saliva, responde a las expresiones faciales como una señal de compartir sus emociones.

Luego repite algunas frases simples como “no, dame, este, mío” utiliza el índice para señalar objetos que le atraen, le interesa saber el nombre de los objetos hacia los dieciocho meses de edad, descubre que las palabras significan cosas y amplían su vocabulario.

El pensamiento preoperatorio que va desde los dos años hasta los seis años: corresponde al estadio pre operativo de Piaget, se caracteriza por un pensamiento mágico, egocéntrico pero no egoísta dominado por la percepción que refleja el error de comprensión que desarrollan los niños pequeños sobre su mundo, hay un dominio de los impulsos agresivos y sexuales, interactúa con un grupo cada vez más amplio de niños y adultos.

Se inicia el juego simbólico con dibujos y lenguaje, aunque este es un grupo de niños tiene un juego solitario, paralelo, ocasionalmente socializa (a los dos años), el juego es socializado creativo, improvisan juguetes, practican papeles de adultos, inicialmente sus dibujos son garabatos desordenados, les da un nombre, se acerca a la figura humana haciendo dibujos con dos, tres y hasta cuatro elementos del cuerpo humano.

Hace un mejor uso del lenguaje, aumenta su vocabulario, utiliza frases de dos a tres palabras, el lenguaje mide el desarrollo tanto cognitivo como emocional.

Pensamiento operativo que va de seis a doce años: se denomina periodo de latencia, enfrenta nuevos desafíos, su desarrollo cognitivo les permite evaluarse así mismo. El desarrollo de la autoestima es esencial en esta fase, los niños son juzgados según su capacidad para conseguir resultados socialmente valiosos como la obtención de buenas notas o triunfos en el deporte, hay una separación progresiva de los padres y desarrollan habilidades para integrarse en el grupo de amigos y compañeros y resolver problemas y desafíos.

2.5.7. Control del niño sano.

Tomado de <http://pediatria.org>. Se le llama así, al control regular de un paciente desde el momento mismo del nacimiento hasta el término de la adolescencia. La Norma Oficial Mexicana establece que durante el primer año, un niño (a) debe revisarse clínicamente en el momento del nacimiento, a la semana de vida, al mes de edad y posteriormente, a los 2, 4, 6,9 y 12 meses. Durante el segundo año de vida, debe ser evaluado cada 3 meses; de los 2 a los 5 años por lo menos de 2 a 3 veces al año y a partir de entonces, de 1 a 2 veces al año. Esta revisión clínica debe ser ajustada a cada paciente ya que si éste es portador de algún problema especial (por ejemplo una enfermedad del corazón) evidentemente las necesidades de las revisiones son diferentes.

En cada visita médica hacemos una evaluación integral del paciente: Peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla y perímetro cefálico. Estas medidas son las más importantes para darnos una idea de si el crecimiento del individuo es armónico o no. Por ejemplo: si el perímetro cefálico está creciendo a un ritmo menor que el de su talla, puede indicarnos la probabilidad de que el cerebro no se está desarrollando adecuadamente o de que las suturas de la cabeza del niño se han cerrado en forma prematura y cada una de estas posibilidades implica un abordaje y tratamiento muy diferentes. Aquí detectamos si el paciente tiene algún grado de desnutrición o si por el contrario, está cursando con sobrepeso y obesidad para tomar las medidas necesarias para mantenerlo en un rango ideal de peso de acuerdo a su edad, talla y sexo. En este

punto es muy importante la decisión del momento ideal para iniciar con los alimentos diferentes a la leche (ablactación) y además enseñarle a los padres cuáles son los alimentos considerados alergénicos para que sean introducidos a la dieta del bebé en el tiempo de menor riesgo. Además de estos parámetros, existen otras medidas que los pediatras hacemos en cada paciente como por ejemplo la relación del segmento superior con el inferior del cuerpo, la longitud del pie, la circunferencia del tórax y abdomen, etc. los cuáles tienen una implicación clínica propia.

El desarrollo del niño (a), es el otro aspecto tan importante como el anterior, en el cual vemos el grado de madurez que va teniendo cada órgano y sistema del paciente. Por ejemplo, es muy importante cuándo fija la mirada y sigue objetos o personas, cuándo sonríe socialmente, cuándo se sienta, gatea en forma coordinada y camina. En qué momento es capaz de sostenerse en un pie, controlar sus esfínteres, correr con armonía, andar en triciclo, etc.

Dentro de la evaluación del desarrollo, existe un tiempo apropiado para que el niño sea valorado por el odontólogo, traumatólogo (para analizar la marcha, pie plano, columna, cadera, etc.) oftalmólogo (grado de agudeza visual, visión coordinada, desviaciones de los ejes visuales, fondo de ojo, etc.).

También vamos evaluando el lenguaje y la evolución de su inteligencia de tal forma que vamos sugiriendo en qué momento debe iniciar con su actividad académica y en caso necesario, apoyarnos en la estimulación temprana para que se alcance el grado óptimo de su función intelectual.

Una vez analizados el crecimiento y desarrollo de nuestro paciente pasamos al aspecto de las inmunizaciones (vacunas). En este punto los padres deben recibir la información actual acerca de todas las enfermedades que podemos prevenir tanto con el esquema básico que nos ofrece el Sector Salud, el cual afortunadamente, se ha ido mejorando en estos últimos años, así como las vacunas que aún no están integradas

en la Cartilla básica por motivos económicos nacionales y de ninguna manera por que no sean importantes.

Otro aspecto importante dentro del control del niño sano, es la realización de exámenes de laboratorio en el momento oportuno ya que hay costumbres no adecuadas en la actualidad como el estar “desparasitando” en forma ciega y rutinaria (hay personas que hasta nos presumen que desparasitan a toda la familia cada 6 meses) a todos los niños, ya que en primer lugar no existe un medicamento que combata a todos los parásitos que afectan al humano y ni todos los niños están necesariamente parasitados. Es importante recalcar que todo medicamento tiene efectos indeseables por lo que cuando lo prescribimos debe estar justificado.

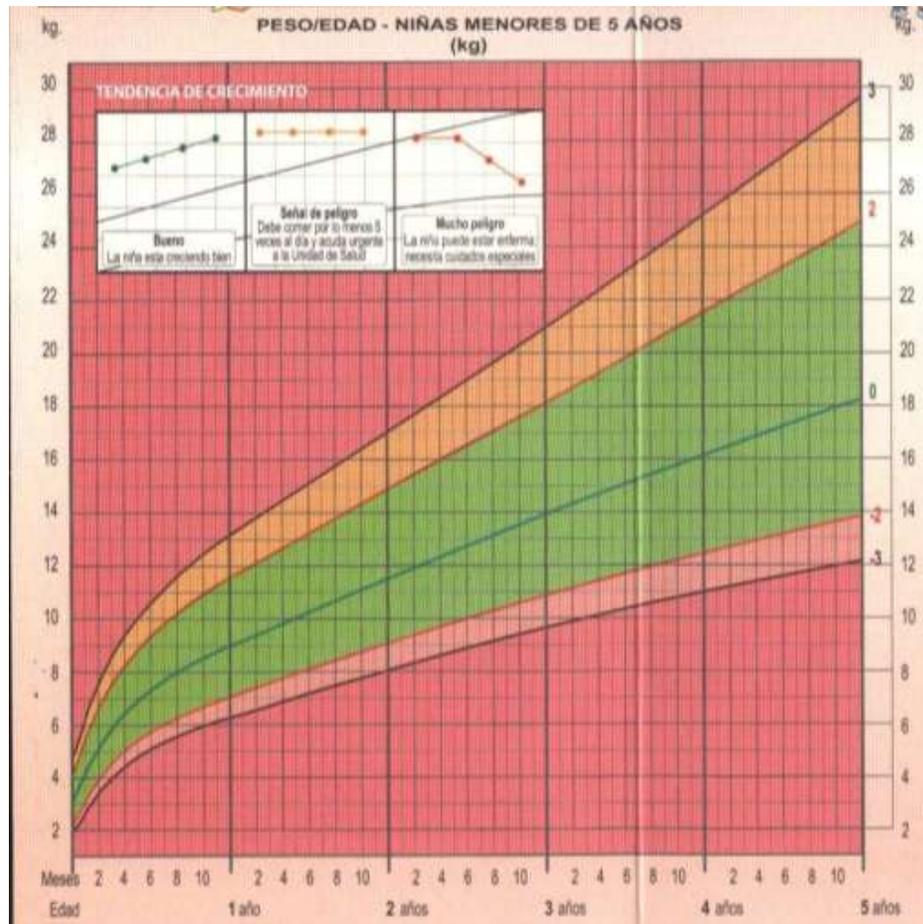
Con este panorama general de lo que es el control del niño sano, espero que vayamos haciendo conciencia de lo importante que es prevenir una amplia gama de padecimientos, estimular el crecimiento y desarrollo de nuestros hijos de acuerdo al potencial genético recibido a través de sus padres y no lamentarnos de lo que pudimos haber prevenido con los consejos siempre sanos y llenos de la mejor intención por parte de su pediatra.

2.5.7.1. Antropometría (OPS, 2008)

La antropometría es el conjunto de procedimientos utilizados para determinar las dimensiones o medidas de los seres humanos.

Peso: Mide prácticamente el total de la masa corporal de un individuo. El mismo debe tomarse con la menor cantidad de ropa posible. Cuando el peso no se toma con la cantidad mínima de ropa se puede estar sobre-estimando (pesando más de lo real) a un individuo; dando lugar a una evaluación inadecuada del niño. *“Manual de antropometría pág. 4*

Gráfico 2: Tendencia de Crecimiento.

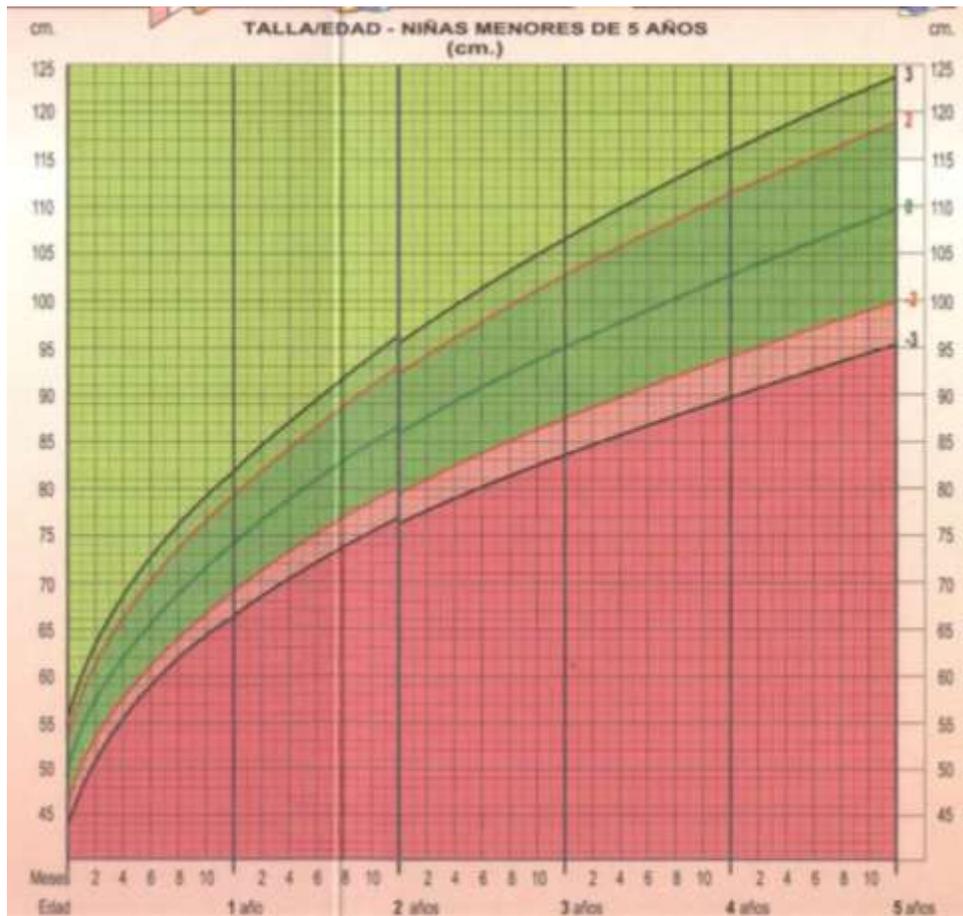


Bajo peso ■ **Normal** ■ **Sobrepeso** ■

Fuente: Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

Talla: Mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (Talones), el niño se mide de pie (parado). La talla se toma en niños mayores de 24 meses. *“Manual de antropometría pág. 4.*

Gráfico 3: Talla/Edad



Fuente: Patrones de crecimiento Infantil de la OMS-OPS

Perímetro Cefálico.

Según el Dr. Miguel Hinojosa y la Dra. Martha Dávila el perímetro cefálico es una medida muy importante en los primeros años de vida.

Técnica: utilice una cinta métrica inextensible. Coloque la misma sobre el punto más prominente de la parte posterior del cráneo (occipucio) y sobre los arcos supra ciliares. Si tuviera alguna prominencia frontal, y es asimétrica debe pasar la cinta sobre la más prominente. Posterior a la toma de la medición verifique el puntaje Z según las Gráficas de circunferencia cefálicas de OMS, de crecimiento de niñas o niños.

Importancia: esta medición es principalmente un reflejo del crecimiento del cerebro. El tamaño del cráneo es un índice bastante aproximado del volumen de su contenido (normalmente encéfalo y líquido cefalorraquídeo). Su crecimiento se va enlenteciendo a partir el año de vida y prácticamente se estaciona a los 5 años. Al aumento del perímetro cefálico (por arriba de + 2DS) se le denomina macrocefalia y a la disminución del perímetro cefálico (por debajo de - 2DS), microcefalia.

Ambas entidades nos obligan a descartar patologías que requieren atención o que pueden asociarse a trastornos del desarrollo.

Curva seguimiento: la medición periódica del perímetro cefálico determina una tendencia que si corre paralela a lo normal carece de significado patológico. Si la misma es ascendente, debe sospecharse las posibles causas de macrocefalia y si es descendente sospecharse patologías que provocan microcefalia adquirida.

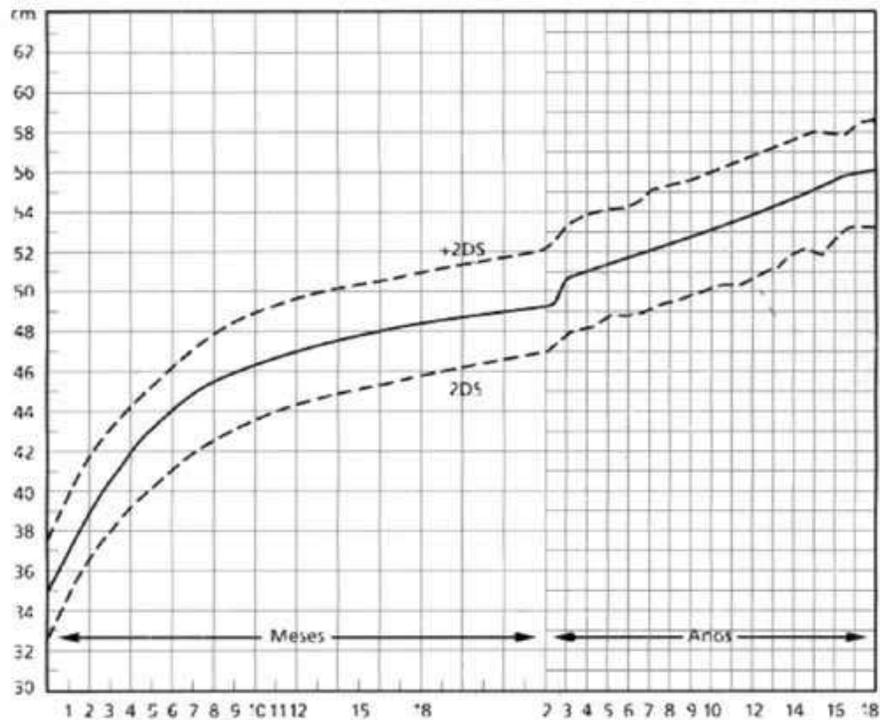


Gráfico 4: Curva de seguimiento

2.5.7.2. Inmunización.

Según OCEANO (2009) La inmunización es la acción de conferir inmunidad mediante la administración de antígenos (inmunidad activa) o mediante la administración de anticuerpos específicos (inmunidad pasiva). Inmunización es también generar resistencia a una enfermedad infecciosa.

Inmunidad Activa._ Es la provocada por el padecimiento de una enfermedad o por la vacuna: puede ser de dos clases

- Activa Natural._ Producida por la infección.
- Activa Artificial._ Lograda mediante la vacunación.

Inmunidad Pasiva._ Es la acción de obtener inmunidad mediante la administración de anticuerpos, o es la que se logra por la administración de anticuerpos formados por otros organismos. Puede ser de dos clases:

- Pasiva Natural._ Cuando la madre traspaşa inmunoglobulinas (anticuerpos) a través de la placenta al niño.
- Pasiva Artificial._ Cuando se administra suero antirrábico o antitetánico a una persona.

Adyuvante._ Sustancia administrada junto al antígeno que aumenta de forma específica la respuesta inmunitaria al mismo.

Efecto Directo de la Vacuna._ protección a la persona vacunada.

Efecto Indirecto._ Protección al no vacunado por interrupción de la cadena de transmisión. Mejoramiento nutricional. Disminución de la morbilidad.

Tipos de Vacunas.

Las vacunas contienen antígenos capaces de sensibilizar el sistema inmune, con el fin de provocar una memoria inmune que determine que, cuando la persona se exponga a

la infección verdadera, se active rápidamente una respuesta defensiva específica a través de los linfocitos T y B.

La inmunidad puede ser activada a través de antígenos provenientes de microorganismos vivos atenuados, muertos, o de sub unidades de gérmenes muertos. En función de este concepto las vacunas se clasifican en:

- Vacunas de microorganismos vivos (vacuna viva)._ contiene virus bacteria vivas atenuadas (que han perdido virulencia).
- Vacunas de microorganismos muertos o inactivos (vacuna muerta)._ contiene virus o bacterias inactivadas por procesos físicos o químicos.
- Toxoide o anatoxina._ toxina bacteriana modificada por calor o formol para que pierda su toxicidad pero que retenga la capacidad de producir respuesta inmune.
- Antitoxina. son anticuerpos capaces de neutralizar la acción toxica de un antígeno.

Vacunas Bacterianas.

- Vivas atenuadas: BCG
- Vacunas muertas: tifoidea, cólera toxoide y tétanos (D.T)
- Vacunas por polisacáridos: meningococo A-C, neumococo.
- Vacuna por polisacárido más carrier (transportador proteico): hemophilus.

Vacunas Virales.

- Vivas Atenuadas: Poliomiелitis oral (OPV).
- Inactivadas Completas: poliomiелitis inyectable de salk.
- Vacunas con fracción antigéna: hepatitis Ay B.

Programa Ampliado de Inmunizaciones.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud para el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas

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

Tabla 1: Programa Ampliado de inmunizaciones

| Edad | Vacuna | N. Dosis | Dosis G | Vía | Frecuencia de admiración | | | 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 dosis 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 | | <ul style="list-style-type: none"> • Primer contacto y al mes • En campañas |
| 12- | Triple Viral (SRP) | 1 | 0,5 ml | S.C. | 12-23 meses |
| 23 | SR | 1 | 0,5 ml | S.C. | Campañas |
| meses | Fiebre amarilla (FA) | 1 | 0,5 ml | S.C. | 15 meses |

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

2.5.7.3. Desarrollo Psicomotriz.

Tomado de la Revista mexicana de Medicina Física y Rehabilitación Desarrollo psicomotriz. En la vida del niño confluyen muchos factores preexistentes que van a condicionar en gran parte su futuro.

El desarrollo de las habilidades motrices no puede separarse de la evolución psicológica del niño la cual es causa y efecto simultáneamente de psicomotricidad.

Durante su primer año de vida el niño se desarrolla con rapidez sorprendente, tanto en su capacidad perceptiva como sus habilidades motrices.

El desarrollo motriz por tanto corre paralelo al psicológico y ocupa junto con él un factor primordial en el desarrollo de la afectividad, lugar privilegiado para conocer con todo detalle en este año su estado general. Por lo que el conocimiento del desarrollo psicomotor y actividad refleja reviste gran importancia; ya que su identificación presupone el conocimiento básico del desarrollo del SNC.

Así tenemos que en el recién nacido:

- Predomina hipotonía en cabeza y tronco.
- Hipertonía en extremidades.
- Reencuentra posición fetal.
- Fija la mirada, visión confusa.

- Grasping (reflejo arcaico de prensión palmar)

Primer Mes.

- Persiste semiflexión de extremidades.
- Manos flexionadas.
- En prono inicia movimientos repetición.
- Sigue objetos a 90°.
- Persiste Grasping

Segundo Mes.

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

Tercer Mes.

- A esta edad lo importante es que en decúbito prono se mantiene sobre antebrazos y eleva la cabeza de 45° a 90°.
- En prono, caderas en extensión.
- Voltea al sonido.
- Ríe cuando está contento.
- Gira la cabeza para seguir un objeto.
- sostiene al contacto.

Cuarto Mes.

Lo importante.

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

Quinto Mes.

- Ayuda a pasar de decúbito supino ha sentado.
- En prono, eleva el tronco y echa la cabeza hacia atrás.
- Apoyándose en el tórax, extiende extremidades (avión).
- Logra alternancia, movimientos miembros inferiores.
- Prensión voluntaria, palmar, global todavía imprecisa.

Sexto Mes.

- En posición prona, puede utilizar sus manos para jugar, así como le gusta tocar sus pies.
- Si se sostiene de brazos, salta sobre sus pies, estadio “saltador”.
- Gira de supino a prono.
- Sostiene objetos uno en cada mano.
- Lenguaje: balbuceo.
- Reconoce voz mamá.
- Social: prefiere a mamá.

Séptimo Mes.

- Agarra sus pies “chupa primer ortejo”.
- Sentado sin apoyo tiende las manos hacia delante para no caer estadio “paracaidista”.
- Sentado tiene mayor control sobre él y puede inclinarse para sostener objetos.
- Pasa “rodando” de supino a prono.
- En prono con facilidad sostiene un objeto y golpea fuertemente en el plano de mesa/piso.
- Inicia pinza inferior entre pulgar y meñique.

Octavo mes.

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

Noveno mes.

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

Décimo Mes.

- Se pone de pie y da pasos laterales, agarrándose de muebles, se cae con frecuencia.
- Gatea hacia delante, alterno.
- Pinza fina (parte distal pulgar e índice).
- Inicia significado, contenido.

Doceavo y Treceavo Mes.

- Marcha con asistencia.
- Gusto por introducir y retirar objetos (dentro-fuera).

Onceavo y Catorceavo Mes

- Gatea (oso) sobre mayor y pies.
- Apunta todo con el índice (orificios, hendiduras).
- Encaja círculos.
- Lenguaje: 2 palabras además de mamá y papá.
- Se agacha y recoge objetos.
- Lanza pelota.

Catorceavo y Dieciseisavo Mes.

- Camina.

2.5.7.4. Test de Denver.

Tomado de <http://bellezaslatinas.com/desarrollo/test-de-denver>. El Test de Denver, EDIP o Escala de Denver, no se trata de un test para medir la inteligencia, sino que 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, es decir que a través de él lo que se busca es advertir futuros problemas en el desarrollo psicomotor del niño. Un porcentaje menor al 50% de los niños que tienen trastornos en su desarrollo psicomotor es identificado antes de su ingreso a la educación formal.

Para valorar la evolución del niño, el Test de Denver utiliza cuatro categorías a través de cada una de las cuales evalúa cuatro áreas del desarrollo: Motricidad fina, motricidad gruesa, sociabilidad, adquisición del lenguaje.

Cuatro categorías de análisis del Test de Denver:

1. Desarrollo de las habilidades motoras o de postura: Refiere a todo aquello que incluye la coordinación corporal y los movimientos
2. Desarrollo de las habilidades motoras finas (manuales): Es decir todas aquellas habilidades que incluyen las capacidades de coordinación, concentración y destrezas manuales. Por ejemplo, sujetar y manipular los objetos con las manos
3. Contacto con el entorno (social): La relación del niño con su entorno, con el medio que lo rodea y el manejo de la sociabilidad en función del mismo
4. Desarrollo del lenguaje: Se evalúa cómo ha sido el proceso de adquisición del lenguaje y la evolución del mismo. Su habilidad para escuchar y comunicarse.

2.5.8. 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.

2.5.8.1. Lactancia Materna.

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

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan como imprescindible la lactancia materna

exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir 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. La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año.

La OMS/UNICEF ha publicado unas recomendaciones para las maternidades con el fin de aumentar las posibilidades de una lactancia materna con éxito. En síntesis, la lactancia materna ha de ser:

- Precoz (inmediatamente después del parto, si la madre está en condiciones).
- Exclusiva (sin agua, suplementos o chupetes).
- A libre demanda (con horario y duración de las tomas flexibles, permaneciendo el niño en la habitación con la madre).

Se señalan varias ventajas que reporta la lactancia materna sobre el niño, entre las que se encuentran la nutrición adecuada desde el nacimiento, propicia un mejor crecimiento y desarrollo, emocionalmente se desarrolla mejor, no necesita tomar agua, no precisa tampoco de otros alimentos, no se le deforma su facies y mejora indiscutiblemente sus niveles de inmunidad.

2.5.8.2. Ventajas de la Alimentación con Seno Materno

Según RODRÍGUEZ. Rogelio (2012). Manual de neonatología.

Prevención de infección

Una infección que se previene o reduce su frecuencia gracias a la alimentación con leche humana es la gastroenteritis, la más importante por lo menos en países en vías de desarrollo. Esta enfermedad es muy rara en los lactantes que se alimentan sólo de leche humana. La enterocolitis necrosante, por otra parte ocurre con menor frecuencia en los alimentos al seno que en los que reciben leche de vaca. Además la leche

materna proporciona protección contra el cólera. Muchos estudios señalan que hay una menor incidencia de infección respiratoria en niños alimentados al seno. Otra razón obvia para mayor incidencia de gastroenteritis debido a la alimentación con fórmulas es la contaminación de botellas y tetillas así como por mal almacenamiento. Por su parte, el botulismo infantil se limita virtualmente a los lactantes alimentados con leche industrializada. El menor riesgo de muerte infantil súbita infantil en niños alimentados al seno no se explica por completo..

2.5.8.3. Ablactación.

Según la Lic. Marcela Licata Nutricionista **“La ablactación es la incorporación lenta y paulatina de alimentos semi-sólidos en la dieta de un niño”**

A partir del 6º mes de vida, se deben introducir diferentes alimentos que nos aseguren el correcto desarrollo y buen estado de salud del bebe. Esto se conoce como ablactación. Es importante señalar que no se debe eliminar la leche materna mientras se incorporan estos nuevos alimentos.

La importancia de la ablactación es tal, que adquirir en el primer año de vida hábitos alimenticios sanos y equilibrados, le ayudarán al bebe a llevar una dieta saludable en los años venideros.

Con respecto a las formas y maneras de preparar los alimentos, es conveniente tener en cuenta que los niños aprenden a diferenciar los distintos sabores de los alimentos durante la ablactación, por lo tanto no es conveniente condimentar las preparaciones. De esta manera reconocerán los aromas y sabores neutros y puros

No agregar sal, azúcar ni miel a ninguna preparación durante el primer año de vida.

- El método de cocción más adecuado es el hervido, puesto que no irrita la mucosa intestinal del bebe.
- La temperatura de la comida y alimentos debe ser templada.

- La actitud al dar la comida debe ser de suavidad y paciencia. Se debe respetar el tiempo de aprendizaje y evolución del bebe. Evitar agobios y agresividad aunque la mejor intención sea nutrirlo, logrando de esta manera que su primera experiencia con la comida sea agradable y placentera.
- Higienizar los dientes del bebe con una gasa húmeda o un cepillo para bebés al menos antes de ir a dormir para así evitar la aparición de caries a temprana edad. Así mismo se recomienda higienizar las encías y la lengua del bebe luego de cada comida para que goce de una buena salud oral.
- Ablactación: 5 a 7 meses
- Ablactación: 7 a 9 meses
- Ablactación: 9 a 12 meses

Hemos nombrado en notas anteriores que siempre que su bebe este alimentado con leche materna, no necesita incorporar alimentos sólidos antes del sexto mes de vida. Esto se debe a que su sistema digestivo no tiene la maduración necesaria para digerir los alimentos y entonces su mucosa intestinal puede verse dañada generando otras dolencias o enfermedades.

Ahora bien, toda duda que se le presente debe solucionarla con su pediatra.

Para concluir, debemos entender que un bebe gordito no es sinónimo de salud

Tanto el peso como la estatura deben estar controlados siempre por su pediatra, y es él quien le dirá si su bebe está sano. No se recomienda entonces, caer en una sobrealimentación, forzando al bebe a comer, o bien utilizar la comida como recompensa. Si hacemos esto el niño podrá padecer trastornos de alimentación en su futuro. Establecer los horarios de comida cada día, educará a su hijo de manera sana y positiva frente al momento de comer.

2.5.8.4. Nutrición.

“Según la OMS la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad”

2.5.8.5. La Desnutrición.

Según el Programa Mundial de Alimentos. La desnutrición infantil es causa de distintos tipos de enfermedades. Una de las principales causas es la falta de recursos económicos en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. Según datos del Programa Mundial de Alimentos, de las Naciones Unidas, solamente en América Latina y el Caribe, unos «9 millones de niños y niñas menores de 5 años» (el 16% de los niños de esta edad) sufren de desnutrición crónica y se estima que «al menos otros 9 millones de niños están en riesgo de desnutrirse». La misma La salud pública es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación la investigación esto, cuenta con la participación de especialistas en medicina, biología, enfermería, sociología, estadística, veterinaria y otras ciencias y áreas.

El desarrollo de la salud pública depende de los gobiernos, que elaboran distintos programas de salud para cumplir con los mencionados fuente afirma que cada 91 segundos muere un niño por causas relacionadas con el hambre en la zona.

2.5.9. Salud Pública.

Tomado de <http://definicion.de/salud-publica/>. Entre las funciones de la salud pública, se encuentran la prevención epidemiológica patológica (con vacunaciones masivas y gratuitas), la protección sanitaria (control del medio ambiente y de la

contaminación), la promoción sanitaria (a través de la educación) y la restauración sanitaria (para recuperar la salud).

Los organismos de la salud pública deben evaluar las necesidades de salud de la población, investigar el surgimiento de riesgos para la salud y analizar los determinantes de dichos riesgos. De acuerdo a lo detectado, deben establecer las prioridades y desarrollar los programas y planes que permitan responder a las necesidades.

La salud pública también debe gestionar los recursos para asegurar que sus servicios llegarán a la mayor cantidad de gente posible. La salud pública no puede ofrecer servicios de avanzada para ciertas personas y descuidar las condiciones de salud del resto, ya que parte de un principio comunitario y no personal. Al depender del Estado, la salud pública no debería hacer distinciones entre los habitantes de una misma región.

2.5.10. AIEPI.

La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) ha tenido como objetivo general tratar la salud del niño y niña de una manera integral sin olvidarse de todas las necesidades alrededor de su familia y su comunidad y no solo enfocarse en las enfermedades que padecen. Ha sido una herramienta dirigida al personal del primer nivel de atención para el logro de una salud más equitativa entre los niños de las Américas.

Desde su creación en 1997, la estrategia AIEPI ha evolucionado notablemente y ha sido adoptada y adaptada por la mayoría de los países de la región. Al mismo tiempo se ha visto en la necesidad de incluir nuevos componentes como el neonatal, rubeola congénita, abuso y maltrato infantil, obesidad, diabetes entre otros. Estos nuevos componentes denotan que la estrategia va adecuándose a los diversos escenarios, realidades regionales y panorama epidemiológico. Desafíos que requiere que los

personales de salud que trabajan por el bienestar infantil. Adquieran mejor información y conocimientos de la realidad que enfrentan.

Este esfuerzo realizado por la unidad del niño y del adolescente del área de salud familiar y comunitaria de la organización panamericana de la salud vincula acciones de atención y promoción con información epidemiológica dentro de la estrategia AIEPI para lograr alcanzar los objetivos de salud integral de la niñez en los países de las Américas. **AIEPI EN LAS AMERICAS “Enfermedades prevalentes de la infancia en las Américas Juan Carlos Bossio, Sergio Javier Arias, Yehunda Benguigui”**

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones. La AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.

La implementación de la AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes. El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez y para su tratamiento. El segundo, se

dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada. El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez.

La AIEPI es una estrategia que integra todas las medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad.

AIEPI puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos, los padres.

Brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud del niño y, de esta manera, detectar las enfermedades o problemas que más frecuentemente la afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar. A partir de esta evaluación, la AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, y establece el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas. La estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento, para identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención y aplicarlas, y para informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil. Sobre esta base, la AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida.

2.5.10.1. Objetivos y metas

1. Reducir la mortalidad en la infancia.
2. Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas.

3. Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños y niñas.

En la Región de las Américas, OPS ha propuesto una meta específica para la implementación y fortalecimiento de la estrategia AIEPI, que fue lanzada en 1999 como la iniciativa Niños Sanos: la Meta de 2002, que propone reducir en 100.000 el número de muertes de menores de cinco años del continente americano durante el período 1999-2002.

2.5.10.2. Componentes

La implementación de la estrategia AIEPI tiene tres componentes:

1. Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente de personal de salud).
2. Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud).
3. Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario).

Para mejorar el desempeño del personal de salud AIEPI brinda un conjunto de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse:

- Cuadros para la evaluación, clasificación y tratamiento de los menores de cinco años y materiales de capacitación sobre los cuadros.
- Guías para el seguimiento del personal de salud para apoyarlo en la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI.
- Materiales de capacitación para mejorar la comunicación con los padres durante la evaluación de sus hijos, para brindar las indicaciones de tratamiento de los problemas, y para promover prácticas de crecimiento y desarrollo saludables.

Para mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, AIEPI también dispone de un conjunto de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse:

- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia.
- Materiales de capacitación para la elaboración de planes locales para implementación, seguimiento y evaluación de AIEPI.
- Curso de capacitación para mejorar la disponibilidad de suministros y medicamentos para la aplicación de AIEPI.
- Protocolos de investigación epidemiológica y operativa sobre AIEPI.
- Guías para la evaluación de resultados de la aplicación de AIEPI.

Para mejorar los conocimientos y prácticas de los padres respecto del cuidado y atención de los menores de cinco años, AIEPI dispone de distintos instrumentos prácticos, entre los que pueden mencionarse:

- Dieciséis prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables.
- Guía para el desarrollo de proyectos comunitarios AIEPI.
- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia.

En su versión inicial, la estrategia AIEPI incluía un conjunto básico de enfermedades transmisibles y la condición nutricional de los niños como el foco central de su atención. Pero progresivamente, la estrategia se ha ido ampliando y en la actualidad se está finalizando la elaboración de cuadros complementarios para la atención de la mayoría de los problemas de salud y enfermedades que afectan a los menores de cinco años.

Entre los contenidos adicionales que se encuentran en diferentes fases de implementación, se pueden mencionar los siguientes:

- Perinatal/neonatal.
- Asma y síndrome bronco-obstructivo.
- Desarrollo.
- Salud oral.
- Maltrato, violencia y accidentes.
- Diabetes y obesidad.

2.5.10.3. Situación actual

La Organización Panamericana de la Salud estima que todos los años aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Se estima que aproximadamente el 27% de estas muertes se debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales, lo que representa más de 150.000 defunciones anuales de menores de cinco años en todo el continente americano. Entre estas enfermedades, las enfermedades respiratorias, y principalmente la neumonía, y las enfermedades diarreicas, son las causas principales de mortalidad.

La información disponible sobre enfermedades durante los primeros cinco años de vida también muestran que las enfermedades infecciosas y los trastornos nutricionales continúan siendo la principal razón para la pérdida de la condición de salud, y por esta razón resultan determinantes en cuanto a las posibilidades de crecimiento y desarrollo saludables de los niños y niñas desde que nacen y hasta los cinco años de edad.

La mayoría de las enfermedades infecciosas que continúan afectando la salud de la niñez y que son responsables de más de 150.000 muertes anuales en el continente americano, puede ser prevenida o efectivamente tratada mediante la aplicación de

intervenciones sencillas y de bajo costo. Sin embargo, miles de familias aún no disponen de acceso a estas intervenciones, o carecen de los conocimientos y de la práctica que les permitiría aplicarlas en el hogar y la comunidad.

Con base en esta situación, durante los primeros años de la década de los 90, OMS y UNICEF trabajaron en conjunto para diseñar una estrategia que integre todas las intervenciones de prevención, de tratamiento y de promoción de la salud que pueden contribuir a reducir la mortalidad y la morbilidad en la niñez y a fomentar mejores condiciones para la salud y el desarrollo de los niños y niñas durante sus primeros cinco años de edad: AIEPI. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

2.5.10.4. Avances regionales

Hasta fines de 2001, diecisiete países de América Latina y el Caribe habían adoptado e implementado la estrategia AIEPI. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. En estos países, se concentra el 52% de la población menor de cinco años del continente; pero en ellos ocurre el 75% de las muertes anuales en este grupo de edad.

Otros países participaron en la implementación de AIEPI, contribuyendo con modelos de atención ya en ejecución, tomando parte del proceso de diseño e incorporación de nuevos componentes, y analizando la contribución que AIEPI puede realizar a las acciones ya existentes para la atención y cuidado de la infancia y la niñez.

Todos los países se adhirieron a la iniciativa "Niños Sanos: la Meta de 2002" (lanzamiento oficial de la iniciativa, diciembre 1 de 1999); y en 10 de ellos, se realizaron lanzamientos nacionales y locales con el fin de fomentar la participación institucional y comunitaria para acelerar la velocidad de descenso de la mortalidad, mediante la aplicación de la estrategia AIEPI.

En todos los países que adoptaron la estrategia AIEPI se elaboraron planes para enfocar la implementación hacia aquellas áreas y grupos de población más vulnerables, tomando como base para esto los niveles de mortalidad infantil. La implementación de los planes mostró notables avances en la capacitación del personal de los servicios de salud para ponerlos en condiciones de aplicar los procedimientos que establece la misma para la atención de los menores de cinco años. El número de personal capacitado fue aumentando gracias a un mecanismo de capacitación regional, nacional y local, que hace que, actualmente, más de 40.000 personas hayan recibido capacitación en la aplicación de la AIEPI.

2.6. La Hipótesis.

Ser madre adolescente incide en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el subcentro de salud el Rosario del área N 5 del MSP de la provincia de Tungurahua durante el periodo junio a noviembre del 2012.

2.7. Señalamiento de Variables.

Variable Independiente

- Madre Adolescente.

Variable Dependiente

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

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. Enfoque.

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

3.2. Modalidad Básica de la Investigación.

Se trabajará con una modalidad mixta tanto de campo como bibliográfica pues se investigaran 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 pudieran estar presentándose en cuanto a su crecimiento y desarrollo durante los primeros 2 años 6 meses de vida.

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

3.3. Nivel o Tipo de Investigación.

La investigación partirá de un nivel explorativo ya que nos permite ubicar de manera correcta la situación objeto para continuar en el nivel descriptivo en el que nos permite separar las diferentes problemáticas que se presentan en el estudio y finalmente se utilizará la asociación de variables a fin de identificar si la presencia de alteraciones patológicas en el desarrollo y crecimiento del niño tiene relación con el embarazo ocurrido en la adolescencia.

Este tipo de investigación permite evaluar las variaciones de comportamiento de una variable en función de la otra. Además la investigación será transversal en cuanto se realizará en un espacio de tiempo limitado.

3.4.Población y Muestra.

3.4.1. Población.

El universo o población de estudio está constituido por:

Tabla 2: Población

| SUJETOS | NUMERO |
|------------------------------|---------------|
| Madres adolescentes | 19 |
| Hijos de madres adolescentes | 19 |
| TOTAL | 38 |

Elaborado por: Lorena Molina

3.4.2. Muestra.

La muestra concreta de personas que se tomó como base para nuestra investigación es de 19 madres adolescentes, que son las mujeres que han asistido a realizarse controles en el subcentro de salud del Rosario y comprende el 100% de población de madres adolescentes de 10 a 19 años con hijos menores de 0 a 2 años 6 meses.

3.5. Operacionalización de Variables

Variable Independiente: Madre Adolescentes.

Tabla 3: Operacionalización Variable Independiente.

| Conceptualización | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Técnicas e Instrumentos |
|--|---|--|--|-------------------------------------|
| <p>Se llama madre adolescente a quien ha tenido un hijo entre los 10 a 20 años de edad.</p> <p>Aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida abarca el sexo, el erotismo el placer la intimidad la reproducción y la orientación sexual.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Madres Adolescente • Sexualidad en la adolescencia | <ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia • Cambios Físicos y psicosociales. • Embarazo • Sexo • Reproducción • Orientación sexual | <p>¿Cuál es su instrucción académica?</p> <p>¿Señale la edad en la que se convirtió en madre?</p> <p>¿Cuál fue la causa principal para que se convirtiera en Madre?</p> <p>¿Existe una adecuada comunicación en su familia?</p> <p>¿Recibió educación sexual en sus establecimientos educativos?</p> | <p>Encuesta</p> <p>Cuestionario</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <p>Conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo.</p> <p>Unidad básica y fundamental de la organización social. Grupo de personas que comparten un micro o macro ambiente.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Educación Sexual • Familia | <ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza • Difusión • Divulgación acerca de la sexualidad. • Derechos Sexuales. • Unidad básica y fundamental. • Grupo de personas. | <p>¿Cuál es su estado civil actual?</p> <p>¿Usted con quien vive?</p> <p>¿Después del nacimiento de su hijo cual es su ocupación actual?</p> <p>¿Quién se encarga del cuidado de su hijo?</p> <p>¿Cuántos hijos tienen?</p> <p>¿Considera usted que se ha visto afectado su relación familiar debido a su maternidad?</p> | |
|--|---|---|---|--|

Elaborado por: Lorena Molina

Variable Dependiente: Crecimiento Y Desarrollo Del Niño De 0 A 2 Años 6Meses de edad.

Tabla 4: Operacionalización Variable Dependiente

| Conceptualización | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Técnicas e Instrumentos |
|--|---|---|---|--|
| <p>Conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde la concepción hasta la adultez.</p> <p>Se llama así al control regular de un paciente desde el momento mismo del nacimiento hasta el término de la adolescencia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento y Desarrollo • Control del Niño Sano | <ul style="list-style-type: none"> • Medidas Antropométricas • Test de Denver • Esquema de vacunación • Controles médicos. • Proporción de medicamentos o suplementos alimentarios | <p>¿Tiene usted conocimientos básicos sobre el cuidado de su hijo?</p> <p>¿En qué percentil se encuentra la tendencia de crecimiento de su hijo?</p> <p>¿En qué percentil se encuentra la talla de su hijo?</p> <p>¿Al aplicar el test de Denver al hijo de una madre adolescente en que aspectos identifica alteraciones con mayor frecuencia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Cuestionario |

3.6. Técnicas e Instrumentos.

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

La encuesta utilizará como instrumento un cuestionario que permitirá recolectar información sobre el embarazo, factores pre determinantes, factores agravantes, y patologías pre y post natales. Para valorar el desarrollo se utilizarán los test de: Aldrich y Norval, Barrera Moncada y el test de Denver.

3.7. Plan de Recolección de la Información

El proceso de recolección tendrá las siguientes etapas:

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

Tabla 5: Plan de Recolección de la Información

| PREGUNTAS BÁSICAS | INFORMACIÓN |
|---------------------------|--|
| ¿Para qué? | Para alcanzar los objetivos De mi investigación y comprobar la hipótesis |
| ¿De qué persona u objeto? | Madres adolescentes y sus hijos del subcentro de salud el Rosario. |
| ¿Sobre qué aspectos? | Embarazo en la adolescencia y el crecimiento y desarrollo del niño |
| ¿Quién, quienes? | La investigadora: Lorena Molina. |

| | |
|-------------------------------|---|
| ¿Cuándo? | Del 23 de junio al 23 de Diciembre del 2012 |
| ¿Dónde? | En el Subcentro de Salud del Rosario.. |
| ¿Cuántas veces? | Las veces necesarias para poder obtener la información necesaria. |
| ¿Qué técnicas de recolección? | Encuesta y observación |
| ¿Con qué? | Cuestionario Material de Escritorio |
| ¿En qué situación? | En un ambiente favorable para la investigadora |

Elaborado por: Lorena Molina.

3.8. Procesamiento de la información e interpretación de resultados.

El plan de procesamiento requiere de los siguientes pasos:

- Luego de aplicar las encuestas a las madres adolescentes se procederá a la revisión crítica de la información recopilada para luego continuar con la tabulación y presentación de los datos obtenidos de forma escrita, tabular y grafica.
- Análisis._ el análisis de los datos estadísticos determinara si el ser madre adolescente influye en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses.
- Conclusiones y recomendaciones._ se presentara las conclusiones a las que se ha llegado posteriormente al análisis de datos y se enseñara las recomendaciones oportunas.

CAPITULO IV.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

4.1. Datos obtenidos e interpretación

Encuesta dirigida a las madres adolescentes que asiste al control médico de su hijo en el subcentro de salud el Rosario.

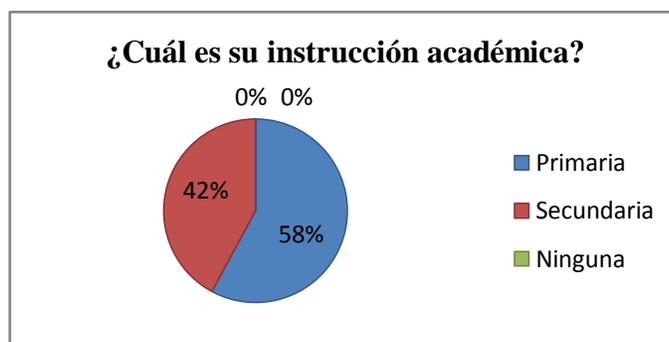
1) ¿Cuál es su instrucción académica?

Tabla 6: Instrucción Académica.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Primaria | 11 | 58% |
| Secundaria | 8 | 42% |
| Ninguna | 0 | 0% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina.

Gráfico 5: Instrucción Académica.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 58% indica que su instrucción académica es primaria, mientras que el 42% restante es secundario.

Con los datos obtenidos se puede concluir que existe mayor número de embarazos en las madres adolescentes con instrucción académica primaria.

2) ¿Señale la edad en la que se convirtió en madre?

Tabla 7:Edad en la que se convirtió en Madre.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|--------------|----------|------------|
| 10-13 años | 0 | 0% |
| 14-16 años | 9 | 47% |
| 17 a 19 años | 10 | 53% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 6:Edad en la que se convirtió en Madre.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 53% indica que la edad en la que se convirtieron en madres fue entre los 17-19 años, seguida por el 47% de adolescentes que tuvieron su hijo entre los 14-16 años.

Con los datos obtenidos se puede concluir que en la etapa entre 17 – 19 años fue en la que mas adolescentes se convirtieron en madres.

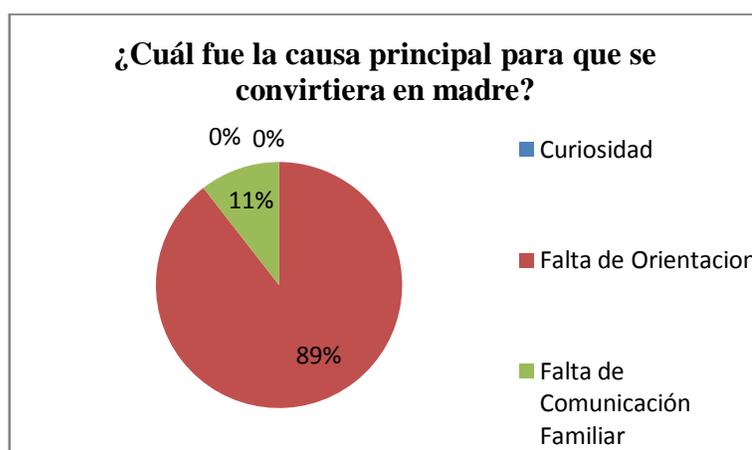
3) ¿Cuál fue la causa principal para que se convirtiera en Madre?

Tabla 8:Causa principal para que se convirtiera en madre.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|--------------------------------|-----------------|-------------------|
| Curiosidad | 0 | 0% |
| Falta de Orientación | 17 | 89% |
| Falta de Comunicación Familiar | 2 | 11% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 7: Causa principal para que se convirtiera en madre.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 89% de la población entrevistada indica que la causa principal para convertirse en madre fue la falta de orientación; seguida por el 11% que refiere que fue por falta de comunicación familiar.

Con los datos obtenidos se puede concluir que la falta de orientación es la causa primordial para que se produzcan embarazos en la adolescencia, esto se puede deber al bajo nivel académico de las adolescentes.

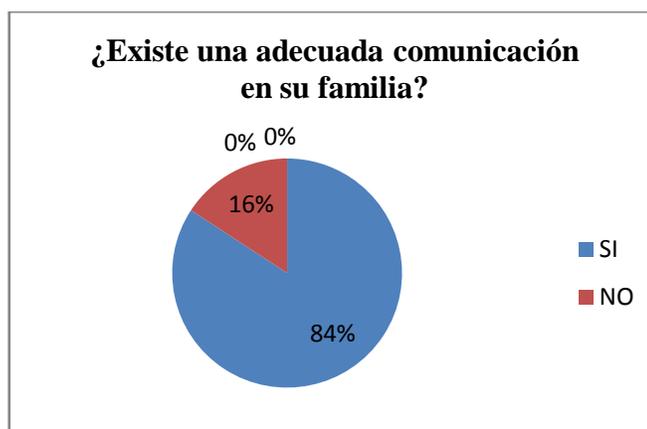
4) ¿Existe una adecuada comunicación en su familia?

Tabla 9: Adecuada Comunicación Familiar.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| SI | 16 | 84% |
| NO | 3 | 16% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 8: Adecuada Comunicación Familiar.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 84% indica que si existe una adecuada comunicación familiar mientras que el 16% refiere que no.

Con los datos obtenidos se puede concluir que si existe una adecuada comunicación familiar con la mayor parte de madres adolescentes.

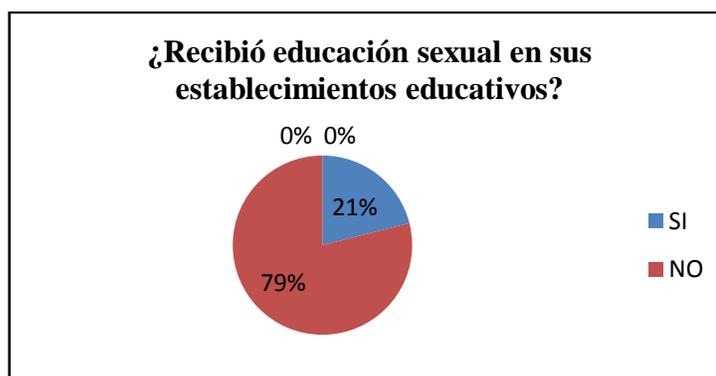
5) ¿Recibió educación sexual en sus establecimientos educativos?

Tabla 10: Educación Sexual.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| SI | 4 | 21% |
| NO | 15 | 79% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 9: Educacion Sexual.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 79% indica que no recibieron educación sexual en sus establecimientos educativos, mientras que el 21% manifiestan que sí.

Con los datos obtenidos se puede concluir que la mayor parte de madres adolescentes no recibieron educación sexual en sus establecimientos educativos, por lo cual existe un gran desconocimiento acerca de educación sexual.

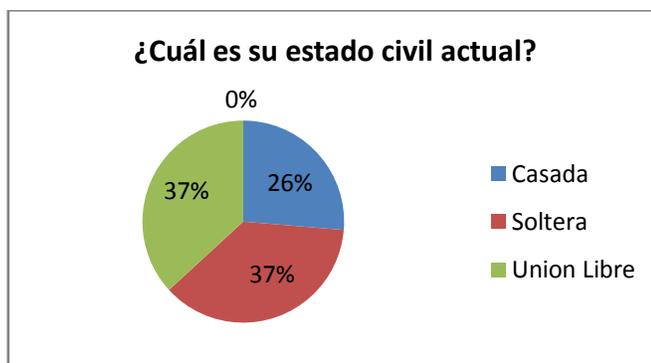
6) ¿Cuál es su estado civil actual?

Tabla 11: Estado Civil.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Casada | 5 | 26% |
| Soltera | 7 | 37% |
| Unión Libre | 7 | 37% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 10: Estado Civil.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 37% indica que su estado civil actual es soltera, el 37% vive en unión libre y el 26% casadas.

Con los datos obtenidos se puede concluir que el estado civil de la mayor parte de las madres adolescentes es solteras o unión libre, ellas no se llegan a casar debido a su inmadurez y la de sus parejas.

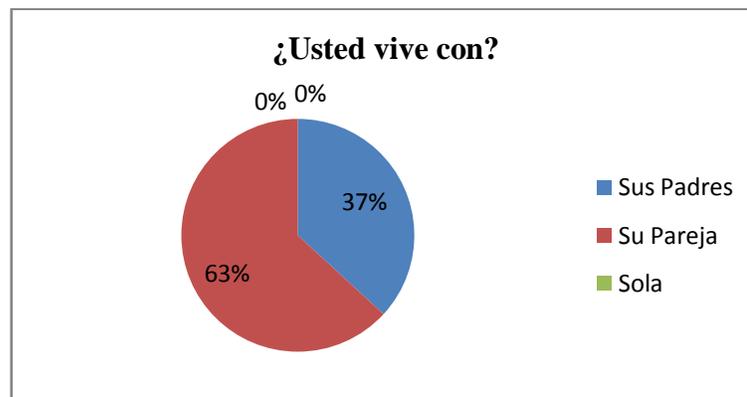
7) ¿Usted vive con?

Tabla 12:Convivencia Actual.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Sus Padres | 7 | 37% |
| Su Pareja | 12 | 63% |
| Sola | 0 | 0% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 11: Convivencia Actual.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 63% indica que viven acompañadas de su pareja, mientras que el 37% viven con sus padres.

Con los datos obtenidos se puede concluir que la mayor parte de las madres adolescentes viven acompañadas de sus parejas.

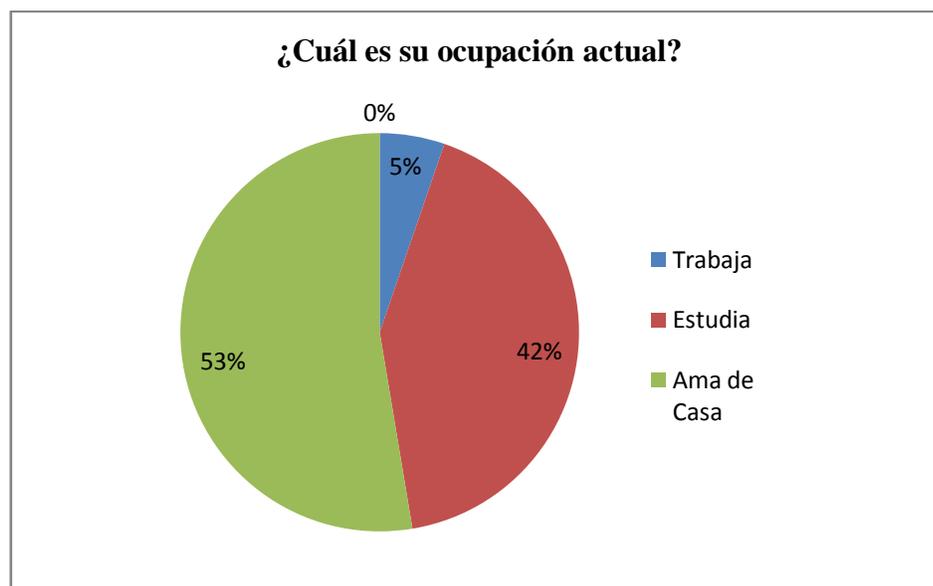
8) ¿Después del nacimiento de su hijo usted?

Tabla 13: Dedicación Actual

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Trabaja | 1 | 5% |
| Estudia | 8 | 42% |
| Ama de casa | 10 | 53% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 12: Dedicación Actual



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 53% indica que después del nacimiento de su hijo se dedica a ser ama de casa, mientras que el 42% estudia, el 5% trabaja.

Con los datos obtenidos se puede concluir que la mayor parte de las madres adolescentes se dedican a las tareas de su hogar, debido a las responsabilidades adquiridas con el niño que tuvieron

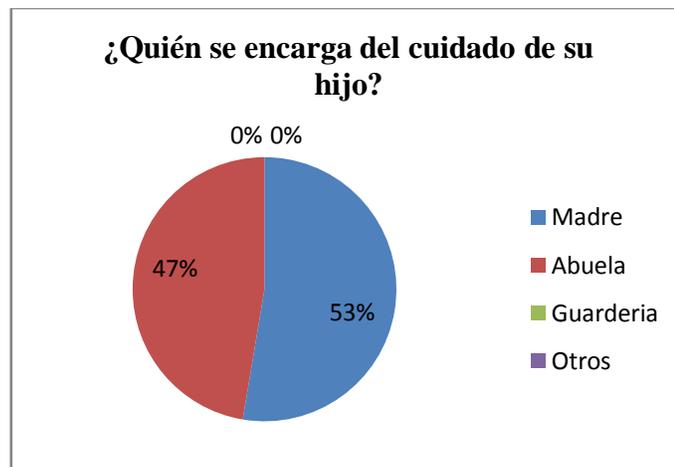
9) ¿Quién se encarga del cuidado de su hijo?

Tabla 14: Persona encargada del cuidado de su hijo.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Madre | 10 | 53% |
| Abuela | 9 | 47% |
| Guardería | 0 | 0% |
| Otros | 0 | 0% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 13: Persona encargada del cuidado de su hijo.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 53% indica que ellas se encargan del cuidado de su hijo, mientras que el 47% se encargan las abuelas. Con los datos obtenidos se puede concluir que la mayor parte de las madres adolescentes se encargan del cuidado de sus hijos y es por esta razón que abandonan sus estudios por las obligaciones adquiridas con sus parejas e hijos.

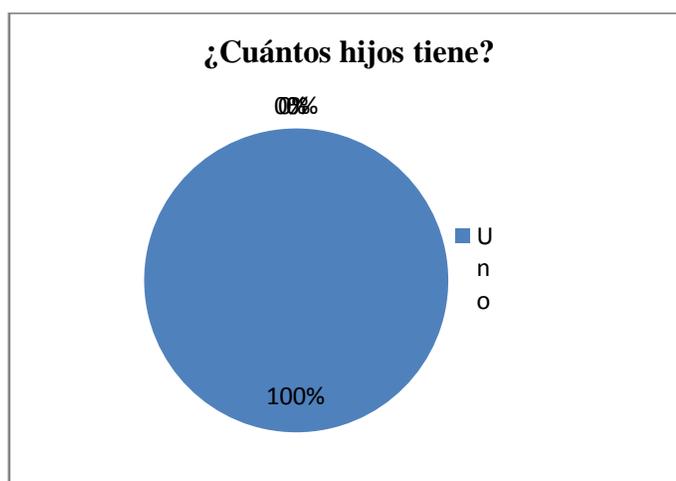
10) ¿Cuántos hijos tiene?

Tabla 15: Número de hijos.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Uno | 19 | 100% |
| Dos | 0 | 0% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 14: Numero de hijos.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 100% indico que solo tienen un hijo.

Con los datos obtenidos se puede concluir que el total de la población encuestada solo tiene un hijo.

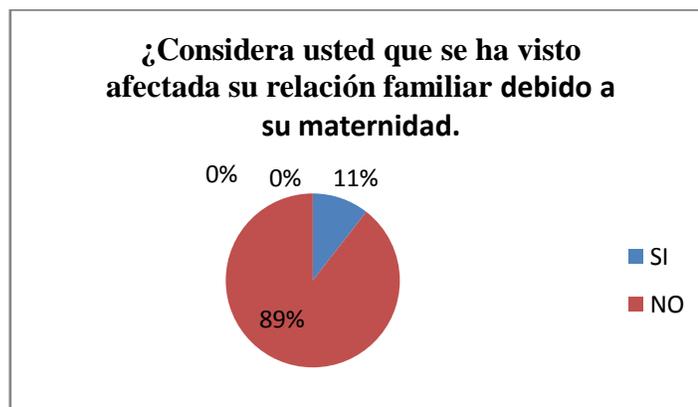
11) ¿Considera usted que se ha visto afectado su relación familiar debido a su maternidad?

Tabla 16:Relación Familiar.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| SI | 2 | 12% |
| NO | 17 | 89% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 15: Relacion Familiar.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 89% indico que si se ha visto afectada su relación familiar debido a su maternidad, mientras que el 11% manifiesta que no.

Con los datos obtenidos se puede concluir que en la mayor parte de madres adolescentes no se ha visto afectada su relación familiar debido a su maternidad, ya que la mayoría de sus padres les apoyaron en su nuevo roll de madres.

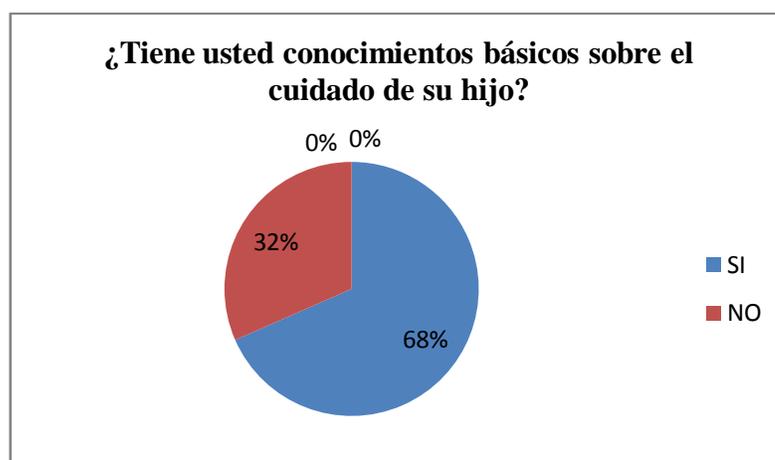
12) ¿Tiene usted conocimientos básicos sobre el cuidado de su hijo?

Tabla 17: Posee conocimientos basicos sobre el cuidado de su hijo.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| SI | 13 | 68% |
| NO | 6 | 32% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 16: Posee conocimientos basicos sobre el cuidado de su hijo.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 68% indico que si tienen conocimientos básicos sobre el cuidado de sus hijos, mientras que el 32% refiere que no.

Con los datos obtenidos se puede concluir que la mayor parte de madres adolescentes si poseen conocimientos básicos sobre el cuidado de sus hijos, lo cual se ve reflejado en el peso normal de sus niños.

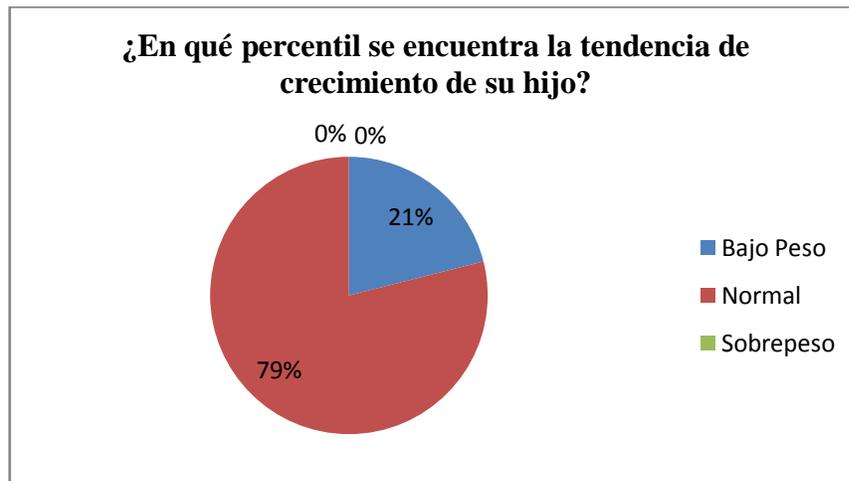
13) ¿En qué percentil se encuentra la tendencia de crecimiento de su hijo?

Tabla 18: Tendencia de Crecimiento.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Bajo Peso | 4 | 21% |
| Normal | 15 | 79% |
| Sobrepeso | 0 | 0% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 17: Tendencia de Crecimiento.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 79% de sus hijos se encontraban con un peso normal para su edad, mientras que el 21% con bajo peso.

Con los datos obtenidos se puede concluir que la mayor parte de los hijos de madres adolescentes que se atienden en el subcentro de salud el Rosario se encuentran con un peso normal para su edad.

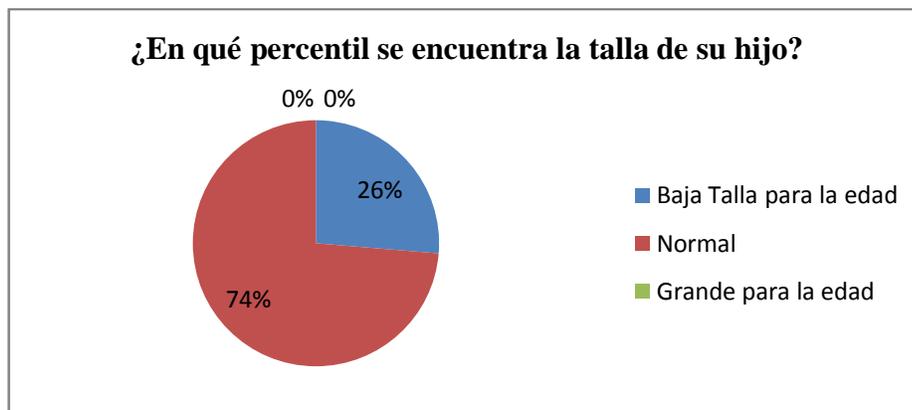
14) ¿En qué percentil se encuentra la talla de su hijo?

Tabla 19: Talla.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------------------|----------|------------|
| Baja Talla para la edad | 5 | 26% |
| Normal | 14 | 74% |
| Grande para la edad | 0 | 0% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 18: Talla.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 74% de sus hijos se encontraban con una talla normal para su edad, mientras que el 26% se encontraban en baja talla para la edad.

Con los datos obtenidos se puede concluir que la mayor parte de los hijos de madres adolescentes que se atienden en el subcentro de salud el Rosario se encuentran con una talla normal para su edad.

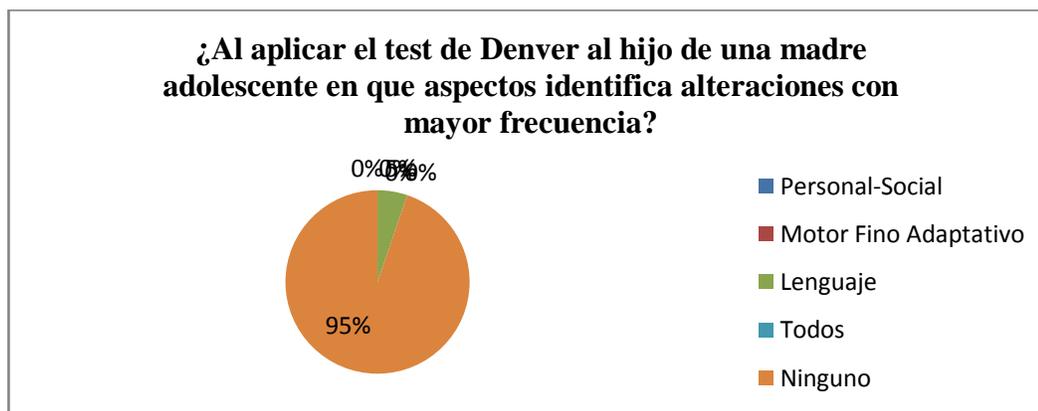
15) ¿Al aplicar el test de Denver al hijo de una madre adolescente en que aspectos identifica alteraciones con mayor frecuencia?

Tabla 20: Test de Denver.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-----------------------|----------|------------|
| Personal – Social | 0 | 0% |
| Motor fino adaptativo | 0 | 0% |
| El lenguaje | 1 | 5% |
| Motor grueso | 0 | 0% |
| Todos | 0 | 0% |
| Ninguno | 18 | 95% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 19: Test de Denver.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 95% de sus hijos no presentaban ninguna alteración en el test de Denver, mientras que el 5% presentaba alteraciones en el lenguaje.

Con los datos obtenidos se puede concluir que la mayor parte de los hijos de madres adolescentes que se atienden en el subcentro de salud el Rosario no presentan alteraciones en el test de Denver, lo que significa que tienen un adecuado desarrollo

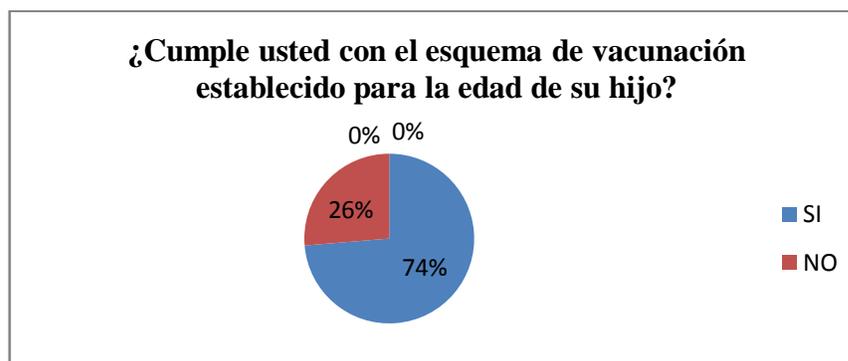
16) ¿Cumple usted con el esquema de vacunación establecido para la edad de su hijo?

Tabla 21: Esquema de vacunacion.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| SI | 14 | 74% |
| NO | 5 | 26% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 20: Esquema de vacunacion.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 74% indico que si cumplen con el esquema de vacunación establecido para la edad de sus hijos, mientras que el 26% no cumplen.

Con los datos obtenidos se puede concluir que el mayor porcentaje de madres adolescentes que atienden a sus hijos en el subcentro de salud el Rosario si cumplen con el esquema de vacunación porque conocen las ventajas de las vacunas y no desean que sus hijos se enfermen.

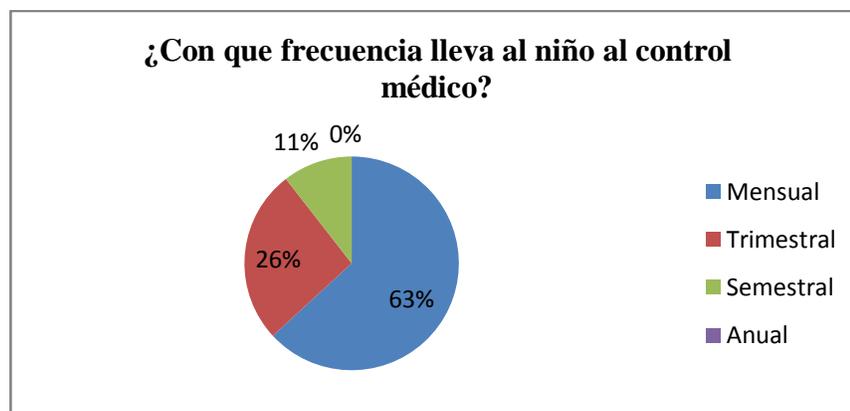
17) ¿Con que frecuencia lleva al niño al control médico?

Tabla 22: Control Medico.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| Mensual | 12 | 63% |
| Trimestral | 5 | 26% |
| Semestral | 2 | 11% |
| Anual | 0 | 0% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 21: Control Medico.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 63% indico que lleva a su niño al control médico mensualmente, el 26% trimestralmente, el 11% semestralmente.

Con los datos obtenidos se puede concluir que el mayor porcentaje de madres adolescentes que atienden a sus hijos en el subcentro de salud el Rosario llevan a sus hijos mensualmente al control médico.

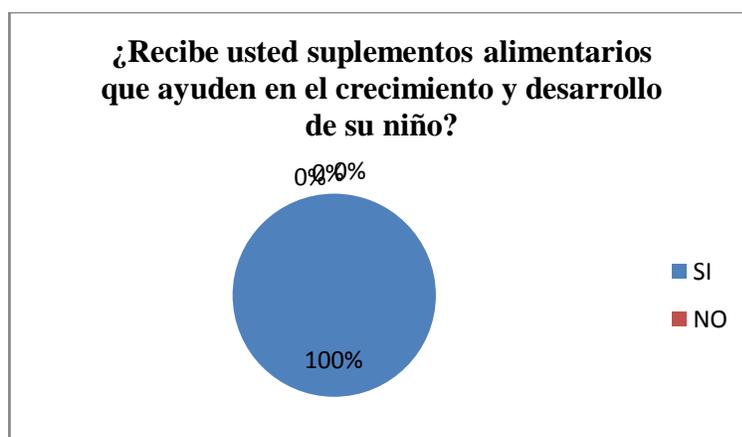
18) ¿Recibe usted en los controles médicos la papilla o suplementos alimentarios que ayuden en el crecimiento y desarrollo de su niño?

Tabla 23: Suplementos alimentarios.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| SI | 19 | 100% |
| NO | 0 | 0% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 22: Suplementos alimentarios.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 100% indicó que si recibe suplementos alimentarios y papilla.

Con los datos obtenidos se puede concluir que el mayor porcentaje de madres adolescentes que atienden a sus hijos en el subcentro de salud el Rosario si reciben alimentos suplementarios, papilla que ayudan al crecimiento y desarrollo de sus hijos.

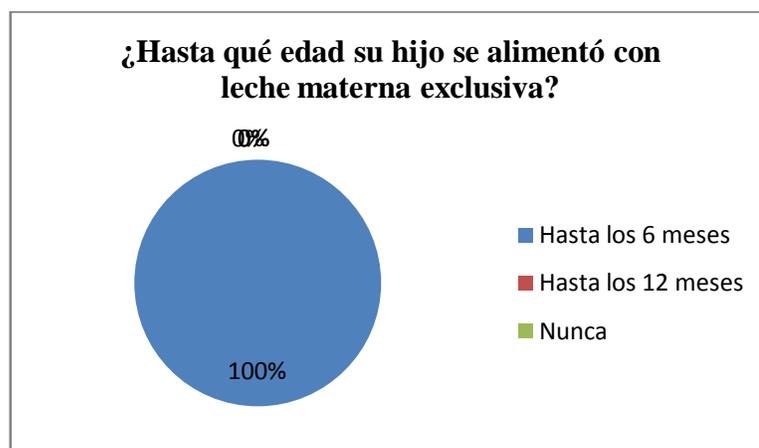
19) ¿Hasta qué edad su hijo se alimentó con leche materna exclusiva?

Tabla 24: Leche materna.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|--------------------|----------|------------|
| Hasta los 6 meses | 19 | 100% |
| Hasta los 12 meses | 0 | 0% |
| Nunca | 0 | 0% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 23: Leche materna.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 100% indicaron que alimentaron a sus hijos con leche materna exclusiva hasta los 6 meses.

Con los datos obtenidos se puede concluir que el mayor porcentaje de madres adolescentes que atienden a sus hijos en el subcentro de salud el Rosario alimentaron a sus hijos hasta los 6 meses con leche materna ya sea por comodidad o por evitar gastos en otro tipo de alimentos.

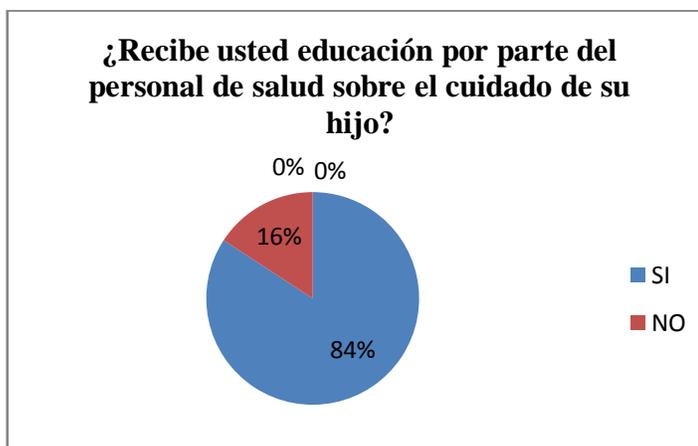
20) ¿Recibe usted educación por parte del personal de salud sobre el cuidado de su hijo?

Tabla 25: Recibe educacion por el personal de salud.

| Alternativa | Cantidad | Porcentaje |
|-------------|----------|------------|
| SI | 16 | 84% |
| NO | 3 | 16% |
| TOTAL | 19 | 100% |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Lorena Molina

Gráfico 24: Recibe educacion por el personal de salud.



Análisis e Interpretación de resultados.

De las 19 madres adolescentes entrevistadas equivalentes al 100%, el 84% indico que si reciben educación por parte del personal de salud sobre el cuidado de su hijo, mientras que el 16% manifestó que no.

Con los datos obtenidos se puede concluir que el mayor porcentaje de madres adolescentes si reciben capacitación por parte del personal de salud sobre el cuidado de su hijo.

4.2. Comprobación de la Hipótesis.

Ser madre adolescente incide en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el subcentro de salud el Rosario del área N 5 del MSP de la provincia de Tungurahua periodo junio – noviembre del 2012.

Preguntas con Relación a la Madre.

Tabla 26: Preguntas con Relación a la Madre.

| N° pregunta | Pregunta | Indicador | Porcentaje |
|-------------|--|----------------------|------------|
| N°1 | ¿Cuál es su instrucción académica? | Primaria | 58% |
| N°2 | ¿Señale la edad en la que se convirtió en madre? | 17 -19 | 53% |
| N°3 | ¿Cuál fue la causa principal para que se convirtiera en madre? | Falta de Orientación | 89% |
| N°4 | ¿Existe una adecuada comunicación en su familia? | SI | 84% |
| N°5 | ¿Recibió educación sexual en sus establecimientos educativos? | NO | 79% |
| N°6 | ¿Cuál es su estado civil actual? | Soltera/Unión libre | 37% |

| | | | |
|------|--|-------------|------|
| N°7 | ¿Usted vive con? | Su pareja | 63% |
| N°8 | ¿Cuál es su ocupación actual? | Ama de casa | 53% |
| N°10 | ¿Cuántos hijos tiene? | Uno | 100% |
| N°11 | ¿Considera usted que se ha visto afectada su relación familiar debido a su maternidad? | NO | 89% |

Elaborado por: Lorena Molina

Fuente: Encuesta

Preguntas con relación al Crecimiento y Desarrollo del Niño.

Tabla 27: Preguntas con relación al Crecimiento y Desarrollo del Niño.

| N° pregunta | Pregunta | Indicador | Porcentaje |
|--------------------|--|------------------|-------------------|
| N°9 | ¿Quién se encarga del cuidado de su hijo? | Madre | 53% |
| N°12 | ¿Tiene usted conocimientos básicos sobre el cuidado de su hijo? | SI | 68% |
| N°13 | ¿En qué percentil se encuentra la tendencia de crecimiento de su hijo? | Normal | 79% |

| | | | |
|------|--|-------------------|------|
| N°14 | ¿En qué percentil se encuentra la talla de su hijo? | Normal | 74% |
| N°15 | ¿Al aplicar el test de Denver al hijo de una madre adolescente en que aspectos identifica alteraciones con mayor frecuencia? | Ninguno | 95% |
| N°16 | ¿Cumple usted con el esquema de vacunación establecido para la edad de su hijo? | SI | 74% |
| N°17 | ¿Con que frecuencia lleva al niño al control médico? | Mensual | 63% |
| N°18 | ¿Recibe usted en los controles médicos la papilla o suplementos alimentarios que ayuden en el crecimiento y desarrollo de su niño? | SI | 100% |
| N°19 | ¿Hasta qué edad su hijo se alimentó con leche materna exclusiva? | Hasta los 6 meses | 100% |

| | | | |
|------|--|----|-----|
| N°20 | ¿Recibe usted educación por parte del personal de salud sobre el cuidado de su hijo? | SI | 84% |
|------|--|----|-----|

Elaborado por: Lorena Molina

Fuente: Encuesta

Para la comprobación de la hipótesis se procedió a realizar una encuesta a las madres adolescentes y a revisar las historias clínicas de los niños, con los datos obtenidos de dichas herramientas podemos decir que la hipótesis, se rechaza debido a que no existen, diferencias significativas en el crecimiento y desarrollo de sus niños. Esto se puede comprobar gracias a las tablas N° 24,25 que se encuentran en la parte superior especialmente en las preguntas 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,19 que valoran exactamente al crecimiento y desarrollo de los niños de las madres adolescentes.

CAPITULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1. Conclusiones:

La investigación se realizó, con las madres adolescentes y sus hijos durante el período Junio a Noviembre del 2012 en el Rosario con una población de estudio de 19 madres y 19 niños. Se revisaron las historias clínicas individuales tanto de las madres y de sus hijos.

- Se pudo concluir que no influye el ser madre adolescente en el crecimiento y desarrollo de los niños puesto que después de valorar sus medidas antropométricas y el test de Denver no se encontraron mayores alteraciones en su salud.
- Gracias a la información recogida pudimos determinar que las madres adolescentes no tienen un adecuado conocimiento sobre planificación familiar debido a su nivel de escolaridad y falta de información.
- En cuanto a las medidas antropométricas y el test de Denver, la mayor parte de los niños se encuentran dentro de los parámetros normales establecidos por la OMS, pero también se pudo observar un mínimo porcentaje que presentan bajo peso y baja talla para la edad.

- El cumplimiento del esquema de vacunación por parte de las madres adolescentes no es el adecuado, ya que no conocen los beneficios que prestan las inmunizaciones y las enfermedades que pueden prevenirse gracias a ellas.

5.2. Recomendaciones:

- Dar a conocer al personal de salud los resultados de esta investigación para que de esta manera ellos también conozcan sus fortalezas y debilidades, para poder corregir sus deficiencias y favorecer la atención a las madres adolescentes y a sus hijos.
- Brindar una atención personalizada por parte del personal de enfermería, especialmente con las madres adolescentes ya que están enfrentando un gran cambio en su vida y necesitan recibir una atención de calidad y calidez.
- Impartir talleres y capacitaciones a las madres adolescentes sobre métodos anticonceptivos, salud sexual y reproductiva, para de esta forma contribuir en la formación integral de las adolescentes que constituyen la población más vulnerable; la falta de conocimiento oportuno es determinante en el apareamiento de embarazos no deseados.
- Educar a las madres en las unidades de salud, sobre las necesidades y requerimientos nutricionales de los infantes, para evitar la mala alimentación que conlleva a la desnutrición infantil con todos los problemas de salud que esto involucra.

CAPÍTULO VI.

PROPUESTA DE SOLUCIÓN.

TEMA DE LA PROPUESTA.

Educación a las madres adolescentes sobre planificación familiar y control del estado nutricional de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad.

6.1. Datos Informativos

Institución: Subcentro de salud el Rosario.

Ubicación: Parroquia El Rosario.

Beneficiarios

- Madres adolescentes.
- Hijos de madres adolescentes.

Responsable: Nadia Lorena Molina Gallo.

6.2. Antecedentes.

Según el estudio realizado en el trabajo de investigación “Madre adolescente y su relación con el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad, que han sido atendidos en el Subcentro de salud el Rosario del Área N° 5 del MSP de la Provincia Tungurahua, conforme lo revisado no existe mayores alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños, sin embargo existe una gran falta de conocimiento de las madres adolescentes acerca de Planificación Familiar y también existe dudas acerca de las necesidades nutricionales de sus hijos.

Es importante resaltar la educación en cuanto a planificación familiar se trata ya que de esta manera evitaremos embarazos no deseados, pobreza en los hogares por el

exceso de niños en una sola familia, también es importante concientizar a las madres adolescentes sobre la importancia de una adecuada nutrición en los niños.

El personal de salud especialmente la enfermera siempre debe desempeñar el rol de educadora con la comunidad para así prevenir y no curar enfermedades, especialmente con las madres adolescentes que desconocen totalmente como criar a sus hijos.

6.3. Justificación.

La propuesta de este estudio nació al observar las consecuencias que se presentan en las adolescentes que perdieron o cambiaron su vida llena de sueños por responsabilidades que ellas todavía no están listas para enfrentar. La mayor parte de embarazos en la adolescencia tienen como resultado deserción de sus estudios por ende mayor pobreza en sus hogares, abandono de sus padres y principalmente de sus parejas.

Esta realidad demanda de capacitaciones por parte del personal de salud fortaleciendo los conocimientos de las madres adolescentes acerca de planificación familiar y sobre el estado nutricional de sus hijos de esta manera conocer sus fortalezas y debilidades y mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños, las capacitaciones deben ser continuas y permanentes en un trabajo comprometido con el personal de salud para así brindar una atención de calidad y calidez.

6.4. Objetivos.

Objetivo general

- Concientizar a las madres adolescentes sobre el valor de planificar su familia y la importancia de una adecuada nutrición en sus hijos.

Objetivos específicos

- Realizar talleres de capacitación, para reforzar los conocimientos de las madres adolescentes.
- Determinar la importancia de planificar una familia con las madres adolescentes.
- Indicar la importancia de una adecuada nutrición en los niños.
- Evaluar el nivel de conocimiento de las madres adolescentes luego de cada taller.

6.5.Análisis de Factibilidad

La presente propuesta es factible ya que se cuenta con la colaboración de las madres adolescentes del Rosario, también se tiene un gran apoyo por parte del personal de salud que labora en el subcentro, además se tiene la colaboración de la Universidad Técnica de Ambato basada en los programas de vinculación con la colectividad. Para la realización de la propuesta se cuenta con los recursos económicos necesarios puesto que el costo para la aplicación de la misma no es muy elevado.

La planificación familiar es muy importante ya que de esta depende el nivel socioeconómico de la familia la calidad de vida de los hijos, y por ende la salud y seguridad de los niños, también juega un papel muy importante el estado nutricional de los niños ya que de este depende su salud e influye sobre la enfermedad.

6.6.Fundamentación Científica- Técnica

Este taller nos va a permitir concientizar a las madres adolescentes sobre la importancia de planificar su familia, y también a despejar sus incertidumbres sobre el valor de una adecuada nutrición en el crecimiento y desarrollo de los niños ellas compartirán sus dudas e inquietudes con el grupo para poder dialogar y compartir.

Marco Legal sobre Diversidad Sexual en Ecuador.

Derecho a la Información y Educación.

Toda mujer y todo hombre, especialmente todo/a niño o niña, tienen derecho a ser educados y deben tener igual acceso a información oportuna y adecuada sobre los servicios y métodos de planificación familiar, infecciones de transmisión sexual y todo lo que se relacione con su vida sexual y reproductiva.

El código de la niñez y la adolescencia refiere que:

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.

Planificación Familiar.

Según Daniela Alvarado, coordinadora del proyecto de planificación, asesoramiento y prevención del Enipla **“Mientras más temprano se hable de sexualidad se podrán prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual”**

La Estrategia de Enipla tienen como meta implementar acciones coordinadas con el ministerio de Salud, Educación e Inclusión Social, para prevenir el embarazo en adolescentes, disminuir el número de embarazos no planificados, sobre todo en los sectores de mayor pobreza y menor educación, y prevenir la violencia sexual y el embarazo como una de las consecuencias de la misma.

Según la OMS **“La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva”**

Tomado del Manual práctico de enfermería. Existen diferentes métodos anticonceptivos que ayudan a planificar la familia, los cuales se pueden dividir en temporales o definitivos.

A.- Temporales

Se dividen en naturales, hormonales y mecánicos.

Naturales

Consiste en evitar el embarazo sin manipular el ciclo natural de la mujer ni usar medidas ajenas al organismo.

Por ejemplo: calcular los días no fértiles aquellos en los cuales no puede quedarse embarazada o interrumpir el coito antes de la eyaculación.

Metodo del Ritmo o Calendario.

Consiste en evitar las relaciones sexuales durante los días fértiles. Se basa en el ciclo menstrual de cada mujer. Tiene un porcentaje muy bajo de seguridad, especialmente en mujeres con ciclo menstrual irregular.

Método de la Temperatura Basal.

Consiste en evitar las relaciones sexuales durante los días fértiles, que se determinan de acuerdo con la temperatura antes de levantarse. Durante la ovulación hay un aumento de la temperatura.

Coito Interrumpido.

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la salida del semen (eyaculación). No es muy seguro porque antes de la eyaculación pueden salir espermatozoides y se puede originar un embarazo,

Hormonales.

Son sustancias que impiden la ovulación en la mujer y por consiguiente el embarazo.

Píldora

Compuesto químico que al ser tomado diariamente impide la maduración y la expulsión del ovulo y por ende el embarazo. Se inicia al quinto día de haber comenzado la masturbación. Todos los días se toma una píldora tratando que sea a la misma hora. En el cartón de 21 píldoras se suspende una semana entre cartón y cartón. En el cartón de 28 días no se deja de tomar ni un solo día.

Inyección.

Compuesto químico que se aplica mensual o trimestral mente e impide la ovulación. Puede producir sangrados irregulares.

Implantes Subdermicos (Norplant).

Consiste en colocar en la cara interna del brazo, cerca del codo, pequeños tubos fabricados en material plástico que contiene en su interior una hormona producida normalmente por los ovarios que al ser liberada paulatinamente en el torrente circulatorio impide la ovulación.

Mecánicos.

Son métodos que impiden la unión del espermatozoide con el ovulo.

Dispositivo Intrauterino (DIU)

Es un pequeño elemento de plástico o combinado con un metal (cobre) que se coloca dentro del útero (matriz). Es un método muy efectivo. Viene en varias formas las más comunes son: la T de cobre, el espiral y el siete de cobre. Se aplica generalmente durante la menstruación o en los días siguientes a un parto y se puede usar durante varios años con controles periódicos.

Espermicidas.

Son sustancias químicas que introducidas en la vagina disminuyen o anulan la capacidad de los espermatozoides para la fecundación. Los hay de tres clases: espumas, óvulos y tabletas vaginales. Se debe usar un espermicida por cada relación sexual y colocarlo profundamente en la vagina 10 minutos antes de la relación. Para mayor seguridad conviene utilizarlos en combinación con el condón

Condón.

Es una funda delgada y elástica que se adapta al pene cuando va a tener una relación sexual, la cual recoge el semen y evita que este llegue a la vagina. Debe usarse un condón nuevo por cada relación.

Definitivos.

Son métodos anticonceptivos que evitan el embarazo de forma definitiva.

Ligadura de Trompas.

Consiste en ligar o cortar las trompas de Falopio para evitar el paso del ovulo a la matriz. No afecta la menstruación, el deseo sexual ni la fecundidad.

Vasectomía.

Es una pequeña cirugía que se le hace al hombre, consiste en cortar y ligar los conductos deferentes para evitar el paso de los espermatozoides. No afecta la eyaculación, el deseo sexual ni la virilidad. Los espermatozoides que ya no salen con la eyaculación son absorbidos por el organismo sin causar trastorno alguno. Durante las cinco semanas siguientes a la intervención, se debe usar otro método anticonceptivo pues puede haber algunos espermatozoides mas delante de los conductos deferentes y producirse un embarazo.

El diario el Universal publica el 28 abril 2010 que La nutrición juega un papel fundamental en los primeros años de vida del niño, particularmente en su salud, lo cual impacta en el desarrollo intelectual y en el desempeño físico del niño, lo que le permitirá convertirse en una persona productiva.

Muchos nutriólogos señalan que los primeros dos años de vida son fundamentales para establecer las bases de una buena alimentación, incluso hay algunos que recomiendan una nutrición más sana desde el vientre materno, incluso antes, en la edad fértil de toda mujer

Lactancia Materna.

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

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir 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. La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año.

La OMS/UNICEF ha publicado unas recomendaciones para las maternidades con el fin de aumentar las posibilidades de una lactancia materna con éxito. En síntesis, la lactancia materna ha de ser:

- Precoz (inmediatamente después del parto, si la madre está en condiciones).
- Exclusiva (sin agua, suplementos o chupetes).

- A libre demanda (con horario y duración de las tomas flexibles, permaneciendo el niño en la habitación con la madre).²

Se señalan varias ventajas que reporta la lactancia materna sobre el niño, entre las que se encuentran la nutrición adecuada desde el nacimiento, propicia un mejor crecimiento y desarrollo, emocionalmente se desarrolla mejor, no necesita tomar agua, no precisa tampoco de otros alimentos, no se le deforma su facies y mejora indiscutiblemente sus niveles de inmunidad.

Ventajas de la Alimentación con Seno Materno.

Según Rogelio Rodríguez una infección que se previene o reduce su frecuencia gracias a la alimentación con leche humana es la gastroenteritis, la más importante por lo menos en países en vías de desarrollo. Esta enfermedad es muy rara en los lactantes que se alimentan sólo de leche humana. La enterocolitis necrosante, por otra parte ocurre con menor frecuencia en los alimentos al seno que en los que reciben leche de vaca. Además la leche materna proporciona protección contra el cólera. Muchos estudios señalan que hay una menor incidencia de infección respiratoria en niños alimentados al seno. Otra razón obvia para mayor incidencia de gastroenteritis debido a la alimentación con fórmulas es la contaminación de botellas y tetillas así como por mal almacenamiento. Por su parte, el botulismo infantil se limita virtualmente a los lactantes alimentados con leche industrializada. El menor riesgo de muerte infantil súbita infantil en niños alimentados al seno no se explica por completo.

Ablactación.

Según la Lic. Marcela Licata Nutricionista **“La ablactación es la incorporación lenta y paulatina de alimentos semi-sólidos en la dieta de un niño”**

A partir del 6º mes de vida, se deben introducir diferentes alimentos que nos aseguren el correcto desarrollo y buen estado de salud del bebe. Esto se conoce como

ablactación. Es importante señalar que no se debe eliminar la leche materna mientras se incorporan estos nuevos alimentos.

La importancia de la ablactación es tal, que adquirir en el primer año de vida hábitos alimenticios sanos y equilibrados, le ayudarán al bebe a llevar una dieta saludable en los años venideros.

Con respecto a las formas y maneras de preparar los alimentos, es conveniente tener en cuenta que los niños aprenden a diferenciar los distintos sabores de los alimentos durante la ablactación, por lo tanto no es conveniente condimentar las preparaciones. De esta manera reconocerán los aromas y sabores neutros y puros de cada alimento.

Reglas básicas:

- Seleccionar alimentos frescos y de alta calidad.
- La higiene es fundamental. La persona encargada de preparar los alimentos, como así también todos los utensilios que intervienen en dicha elaboración deben tener una perfecta higiene.
- Incorporar el alimento de manera lenta, observando la tolerancia del bebe hacia el mismo, esperar un par de días antes de incorporar otro diferente.
- Los alimentos deben cocinarse con poco agua. El agua de cocción puede aprovecharse para demás preparaciones (purés y papillas).
- No exagerar la cocción, así aprovechamos la mayor cantidad posible de nutrientes.
- No agregar sal, azúcar ni miel a ninguna preparación durante el primer año de vida.
- El método de cocción más adecuado es el hervido, puesto que no irrita la mucosa intestinal del bebe.

- La temperatura de la comida y alimentos debe ser templada.
- La actitud al dar la comida debe ser de suavidad y paciencia. Se debe respetar el tiempo de aprendizaje y evolución del bebe. Evitar agobios y agresividad aunque la mejor intención sea nutrirlo, logrando de esta manera que su primera experiencia con la comida sea agradable y placentera.
- Higienizar los dientes del bebe con una gasa húmeda o un cepillo para bebés al menos antes de ir a dormir para así evitar la aparición de caries a temprana edad. Así mismo se recomienda higienizar las encías y la lengua del bebe luego de cada comida para que goce de una buena salud oral.
- Ablactación: 5 a 7 meses
- Ablactación: 7 a 9 meses
- Ablactación: 9 a 12 meses

Hemos nombrado en notas anteriores que siempre que su bebe este alimentado con leche materna, no necesita incorporar alimentos sólidos antes del sexto mes de vida. Esto se debe a que su sistema digestivo no tiene la maduración necesaria para digerir los alimentos y entonces su mucosa intestinal puede verse dañada generando otras dolencias o enfermedades.

Ahora bien, toda duda que se le presente debe solucionarla con su pediatra.

Para concluir, debemos entender que un bebe gordito no es sinónimo de salud. Tanto el peso como la estatura deben estar controlados siempre por su pediatra, y es él quien le dirá si su bebe está sano. No se recomienda entonces, caer en una sobrealimentación, forzando al bebe a comer, o bien utilizar la comida como recompensa. Si hacemos esto el niño podrá padecer trastornos de alimentación en su futuro. Establecer los horarios de comida cada día, educará a su hijo de manera sana y positiva frente al momento de comer.

NUTRICIÓN.

“Según la OMS la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad”

CRECIMIENTO Y ALIMENTACIÓN

Según el Programa Mundial de Alimentos. Son varios los factores que determinan el crecimiento y la talla (altura) definitiva de un niño. El factor genético (la herencia) influye en gran forma pero no debemos olvidar la importante relación que existe entre crecimiento y alimentación.

Está demostrado que una dieta hipocalórica (pocas calorías) severa llevada a cabo sin el control del médico o nutricionista, altera el crecimiento en dos etapas: si la malnutrición dura poco tiempo, el retraso de crecimiento se recupera tan pronto como se vuelva a una alimentación adecuada. En cambio, si el déficit alimentario se prolonga por más tiempo, la fase de recuperación no se produce aunque se restablezca la dieta equilibrada con un suplemento.

Las consecuencias de la malnutrición son especialmente severas si esta se produce en edades muy tempranas. Es importante tener en cuenta tanto la provisión de nutrientes para un adecuado crecimiento y desarrollo, como también para iniciar la prevención de trastornos en la adultez.

La enseñanza de una correcta alimentación desde la niñez, con el transcurso del tiempo genera hábitos alimentarios que acompañan al individuo durante toda la vida.

Priorizando Alimentos

Alimentación correcta es aquella que:

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

Una dieta sana y equilibrada para un niño debe estar constituida por alimentos variados y adecuados a la edad, gustos, hábitos y actividad física e intelectual del mismo.

El aporte calórico debe ser adecuado para mantener el peso normal, para evitar tanto la malnutrición como la obesidad. La dieta debe proporcionar un 60 % de hidratos de carbono, 15 % de proteínas y un 25% de grasas.

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

1 - Lácteos (Leche, quesos, yogur, ricota)

Los lácteos son fuente de proteínas, aportando además calcio y vitaminas A y D.

Recomendación:

2 vasos de leche por día o 2 yogures o sus equivalentes.

Cada vaso de leche equivale a:

- 1 yogur

- 1 helado
- 1 flan o postre.
- 1 trozo de queso
- 1 vaso de leche achocolatada

2 - Carnes, Legumbres y Huevos

Junto con los lácteos, representan la más importante fuente de proteínas de buena calidad.

Cuando hablamos de carnes incluimos carne vacuna, de pollo y pescado. Además de proteínas, las carnes aportan hierro de origen animal que es mejor aprovechado por el organismo que el hierro de origen vegetal como el que aportan las legumbres.

El consumo deberá estar limitado a una sola porción de carne por día, especialmente la carne vacuna por contener grasas saturadas y colesterol. Las legumbres, son todo tipo de porotos (de soja, de manteca), los garbanzos y las lentejas. Estos alimentos están incluidos en este grupo por el elevado aporte de proteínas que brindan. Algunos se destacan más, como la soja que contiene más proteínas y de mejor calidad.

También contienen hierro de origen vegetal que combinado con vitamina C va a ser mejor aprovechado por el organismo. Los huevos, se incluyen en este grupo porque son una buena fuente de proteínas de alta calidad así como las carnes y las legumbres. También aportan hierro y su yema es muy rica en colesterol.

Recomendación:

- 1 porción chica de carne por día (100-150 gr)
- 1 porción de legumbres o 1 huevo (no más de 3 veces por semana)

3- Frutas y Verduras

Dentro de este grupo incluimos todas las frutas y verduras (frescas o envasadas).

Las frutas pueden ser frescas ó desecadas (higos, orejones, pasas de uva, ciruelas, etc) que al cocinarse pierden algunas vitaminas pero conservan la cantidad de fibra.

Las frutas y verduras, sobre todo si son frescas aportan gran cantidad de vitaminas y minerales (indispensables para el metabolismo celular y el crecimiento del organismo) y fibra.

La fibra contribuye a regular la función del intestino y a prevenir enfermedades (obesidad, cáncer, enfermedades intestinales y cardiovasculares)

Aportan vitamina C (si son frescas y crudas) y las amarillas-anaranjadas y las de color verde oscuro, vitamina A.

Se recomienda el consumo de frutas y verduras preferentemente crudas para preservar sus vitaminas y minerales, en forma diaria y abundante, especialmente desde la niñez para crear el hábito de por vida.

Recomendación:

- 2 o 3 frutas diarias, prefiriendo cítricos y kiwis porque aportan abundante vitamina C.
- 2 porciones de verduras crudas o cocidas, prefiriendo los de color amarillo intenso como la calabaza, zapallo y zanahoria, y los de color verde como la acelga y la espinaca.

4 - Harinas y Cereales

En este grupo se incluyen los granos como el arroz, el trigo, la avena, la sémola, los cereales en copos o inflados, sus harinas y los productos que se realicen con ellas como el pan, las pastas y las galletas.

Todos ellos son fuente de hidratos de carbono que aportan energía para el crecimiento y la actividad física, de fibra en su variante integral y algunas vitaminas del grupo B.

Pese al mito de que "las pastas engordan" se pueden incluir en toda dieta equilibrada sin temor a agregar muchas calorías, siempre y cuando estén acompañadas de salsas livianas.

Recomendación:

- 4 porciones de cereales por día

Cada porción equivale a:

- ½ taza de cereales cocidos
- 2 rodajas de pan
- ½ taza de copos
- 1 plato chico de pastas

5 - Grasas y Azúcares

Los alimentos de este grupo aportan fundamentalmente energía, vitamina E (aceites), vitamina A (manteca) y colesterol (manteca, crema, chocolate y golosinas).

Incluimos en este grupo:

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

Grasas: Aceites, manteca y crema.

Entre éstas se puede distinguir entre las de origen vegetal (aceites) y las de origen animal (manteca, crema y la grasa de la carne y el pollo).

Esta distinción es necesaria para recomendar el uso de las de origen vegetal en lugar de las de origen animal, ya que éstas últimas inciden en el aumento de colesterol y de las enfermedades cardiovasculares.

Recomendación:

- Limitar el uso de las grasas de origen animal en general, no así el uso de las de origen vegetal (aceites) - Moderar el consumo de dulces vinculado con la aparición de caries y obesidad.
- No favorecer el consumo de gaseosas y jugos artificiales que contienen gran cantidad de azúcar, favorecer el consumo de jugos naturales de fruta fresca.

TALLER N° 1

Tema: Concientización de la responsabilidades de ser madre adolescente.

Objetivos:

- Crear un ambiente ameno y de confianza entre el personal y las madres adolescentes.
- Concientizar sobre la importancia de los temas que van a ser tratados.

Actividades:

- Bienvenida
- Dinámicas.
- Explicación de la importancia de los temas que se van a tratar durante todos los talleres.
- Respuestas a las inquietudes de las madres adolescentes.
- Agradecimiento.

Población beneficiaria: Mujeres jóvenes y madres adolescentes.

Duración del proyecto: 6 meses.

Logros:

- Reunir a las madres adolescentes del Rosario.
- Lograr un ambiente ameno entre el personal y las adolescentes.
- Que las adolescentes conozcan la importancia de asistir a los talleres.
- Las madres adolescentes despejen sus inquietudes.

TALLER N° 2

Tema: Capacitar a las adolescentes sobre la importancia de planificar su familia.

Objetivo:

- Evitar embarazos no deseados.

Actividades:

- Dinámica.
- Dar a conocer a las madres adolescentes sobre sus derechos sexuales.
- Que las adolescentes conozcan las responsabilidades que se adquiere con un embarazo.
- Charla grupal de las experiencias de ser madre adolescente.
- Exposición de métodos anticonceptivos.
- Respuesta a las inquietudes de las madres adolescentes sobre el tema.

Tiempo: 2 horas.

Participan: Personal de salud, Madres adolescentes y Adolescentes.

Desarrollo:

- Dinámica.
- Dar a conocer a las madres adolescentes sobre sus derechos sexuales.
- Que las adolescentes conozcan las responsabilidades que se adquiere con un embarazo.
- Charla grupal de las experiencias de ser madre adolescente.
- Exposición de métodos anticonceptivos.
- Respuesta a las inquietudes de las madres adolescentes sobre el tema.

Evaluación:

- Las madres adolescentes podrán responder las preguntas del expositor o personal de salud.

TALLER N° 3

Tema: Lactancia materna.

Objetivo:

- Concientizar a las madres Adolescentes sobre la importancia de la Lactancia Materna.

Tiempo: 1 horas.

Participan: Personal de Salud y Madres Adolescentes.

Desarrollo:

- Exposición sobre la importancia de la lactancia materna en los niños.

- Ventajas de la Lactancia materna.
- Importancia del Aseo de las mamas.
- Satisfacer todas las inquietudes de las madres adolescentes sobre el tema.

Evaluación:

- Realizar un debate entre las madres adolescentes con relación al tema tratado.

TALLER N° 4

Tema: Mejorar el estado nutricional de los niños.

Objetivo:

- Tener Niños Sanos y fuertes.

Tiempo: 1 Hora.

Participan: Personal de Salud y Madres Adolescentes.

Desarrollo:

- Capacitar a las madres sobre las necesidades nutricionales de sus hijos.
- Importancia de la higiene de los alimentos.
- Dinámica después de dar a conocer el tema.

Evaluación:

- Aplicar un banco de preguntas a las madres adolescentes para medir el nivel de conocimiento de los talleres impartidos.

TALLER N° 5

Tema: Finalización de los talleres y agradecimiento.

Objetivo:

- Agradecer la colaboración de las madres adolescentes y personal de salud.

Tiempo: 45 Minutos

Participan: Adolescentes, Madres adolescentes y Personal de Salud

Desarrollo:

- Dinámica: “Respiración desestresante”.
- Foro de preguntas abiertas sobre los temas impartidos
- Entrega de un refrigerio.
- Agradecimiento

6.7. Modelo Operativo de la Propuesta

Tabla 28: Modelo Operativo de la Propuesta.

| Fases | Etapas | Meta | Actividades | Responsable |
|--------------------------|--|--|---|--|
| | Acudir al subcentro de salud para conocer a las madres adolescentes. | Detectar la necesidad de educación sexual y salud reproductiva en las madres adolescentes y fomentar la correcta nutrición para los niños. | Atención directa a las madres que conforman el universo total de estudio. | Personal de salud e investigador Lorena Molina |
| Fase 2: Introductoria | Prepara las dinámicas para el foro | Formar un ambiente propicio y de confianza en el grupo de madres adolescentes. | Bienvenida Dinámica del foro | Personal de salud e investigador Lorena Molina. |

| | | | | |
|----------------------------------|--|---|---|--|
| <p>Fase 3: Planificación</p> | <p>Recolección de la información científica.</p> <p>Reunir a las madre adolescentes</p> <p>Determinar el lugar para la reunión de las madres adolescentes</p> <p>Elaboración de talleres dirigidas a las madres adolescentes</p> | <p>Difundir la actividad al 100% con las madres adolescentes.</p> | <p>Estudio del tema</p> <p>Organización con el personal de salud del Sub centro para llevar a cabo la reunión de las madres adolescentes.</p> <p>Importancia de la planificación familiar.</p> <p>Manejo de los métodos anticonceptivos.</p> <p>Importancia de una adecuada nutrición de los niños.</p> | <p>Personal de salud e investigador Lorena Molina.</p> |
| <p>Fase 4: Ejecución</p> | <p>Presentación de talleres</p> | <p>Garantizar un aprendizaje en un 80%.</p> | <p>Un taller cada 2 semanas para capacitar y concientizar a las madres adolescentes sobre la importancia de Planificar su familia y la adecuada</p> | <p>Personal de salud e investigador Lorena Molina.</p> |

| | | | | |
|-----------------------|------------------------|-------------------|---|------------------------|
| | | | nutrición en los niños. | |
| Fase 5: Evaluación | Evaluar el aprendizaje | 80% de Captación. | Evaluación después de cada taller para reforzar las inquietudes con preguntas abiertas. | Madres adolescentes |

6.8.Administración de la Propuesta.

La unidad operativa que administrará la propuesta: será la Universidad Técnica de Ambato específicamente por la estudiante del VI seminario de graduación de Enfermería en la comunidad del Rosario.

6.9. Recursos.

Humanos:

- Personal de enfermería
- Auxiliar de enfermería

Materiales:

- Lugar destinado para impartir los temas de capacitación.
- Recursos informáticos (computadora, enfocus)

6.10. Presupuesto.

Tabla 29: Presupuesto

| Descripción | Valor Total. |
|------------------------|---------------------|
| Material de escritorio | \$60 |
| Transporte | \$50 |
| Material didáctico | \$100 |
| Total | \$210 |

6.11. Cronograma

Tabla 30: Cronograma

| FECHA | TEMA | TIEMPO | RESPONSABLE |
|------------|---|---------------|--|
| 06-11-2012 | <ul style="list-style-type: none">• Importancia de la planificación familiar | 15h00 – 16h30 | Personal de salud e investigador Lorena Molina. |
| 13-11-2012 | <ul style="list-style-type: none">• Manejo de los métodos anticonceptivos | 15h00 – 16h30 | Personal de salud e investigador Lorena Molina. |
| 20-11-2012 | <ul style="list-style-type: none">• Importancia de la Lactancia materna | 15h00 – 16h30 | Personal de salud e investigador Lorena Molina. |
| 27-11-2012 | <ul style="list-style-type: none">• Importancia de una adecuada nutrición de los niños. | 15h00 – 16h30 | Personal de salud e investigador Lorena Molina. |

6.12. Impacto.

La aplicación de la propuesta en el subcentro de salud el Rosario permitirá que las madres adolescentes tengan un mejor conocimiento acerca de planificación familiar y

la adecuada nutrición de sus hijos, lo que con llevara a que las madres adolescentes ya no tengan más hijos sin desearlos y que los niños que ya tienen, tengan una buena salud y que no se enfermen con facilidad. Los niños necesitan una alimentación adecuada en términos de cantidad y calidad ya que están en un proceso de crecimiento y desarrollo; además ayudan a prevenir enfermedades.

6.13.Evaluación.

La modalidad de evaluación de la propuesta, está basada en tres momentos:

Diagnostica.

Para su ejecución se determino que las madres adolescentes no conocen sobre planificación familiar y la existencia de dudas sobre las necesidades nutricionales de sus hijos.

Formativa.

Comprende la medición del conocimiento de las madres adolescentes acerca de planificación familiar, métodos anticonceptivos y la importancia de la alimentación de sus hijos.

Sumativa.

De ejecutarse la propuesta el personal de salud que labora en el subcentro podrá verificar que las madres adolescentes conocen la importancia de planificar su familia y el valor de brindarles una alimentación de calidad a sus niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BIBLIOGRAFÍA.

- Barroso, A. (2009). Consecuencias, complicaciones o riesgos del embarazo precoz para los adolescentes Cuba.
- Casteló, J y otros; Factores de riesgo y consecuencias sociales del embarazo en adolescentes, en *Pediátrica Baca Ortiz*. Vol. 1, 2009, Quito-Ecuador.
- Castellanos, B, (2007) Educación de la sexualidad en países de América Latina y el Caribe. Editorial Quito, México.
- Cruz, M, (2007) “TRATADO DE PEDIATRÍA” Volumen I, Última Edición, Editorial OCÉANO, Barcelona – España.
- Figueiras A, Ríos V, y otros, Manual para la vigilancia de desarrollo infantil Editorial Washington D. C.
- García, T, (2007) Control y pruebas de detección del desarrollo en lactantes y niños pequeño Editorial Madrid España.
- Shaffer, Dy Kipp, K Libro de Psicología del desarrollo infancia y adolescencia Séptima Edición México.
- Manual Práctico de Enfermería (2010) Editorial Océano
- MSP, (2008) Memorias del Primer Curso Internacional de Adolescencia, Quito.
- Monroy, A Guía práctica para padres y educadores Salud y Sexualidad en la Adolescencia y juventud Primera Edición México.

- Naranjo J, (2008) Factores de Riesgo sicosocial para el hijo de la madre adolescente, Quito.
- Manual de Enfermería (2009) Editorial Océano.
- OMS (2009) Curso de capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño, “Midiendo el Crecimiento de un niño Ginebra.
- OPS Organización Panamericana de la Salud (2008). Quito
- Pérez, F (2008) Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Facultad de Ciencias Médicas. Quito
- Richard, E, Kliegman Hal, J (2009) Tratado de Pediatría 17 ed. España.
- Rodríguez, R (2012). Manual de neonatología 2da ed. Madrid España.
- Tenorio, R, (2009) La cultura Sexual en los adolescentes, Quito.

REVISTAS

- Revista de Posgrado de la Cátedra Medicina Agosto/2009 Factores Pre disponibles para un Embarazo Precoz.
- Revista mexicana de Medicina Física y Rehabilitación Desarrollo psicomotriz volumen 14

LINKOGRAFÍA.

- Restrepo J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia 2009. Disponible en:

<http://definicion.de/salud-publica/>

- Ministerio de Sanidad y Política Social. Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Conferencia de Expertos. Madrid; 21 de abril de 2010. Disponible en:

<http://definicion.de/salud-publica/>

- Carambula P, Test de Denver publicado el 28 de octubre del 2010. Disponible en:

<http://bellezaslatinas.com/desarrollo/test-de-denver>

- Zapata Boluda, R.M. y Marín Zapata, R.M. (2008) Mitos sexuales en adolescentes. En R.M. Zapata Boluda, (Coord.) Educación para la salud sexual. Almería: Sistemas de oficina de Almería, S. Disponible en:

<http://declaración de los derechos sexuales versión integral/>

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

ANEXOS

Anexo 1

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

Encuesta dirigida a las Madres Adolescentes que se atienden en el subcentro de Salud el Rosario N°5 del Ministerio de Salud Publica provincia de Tungurahua Cantón Pelileo.

1. Datos Informativos.

Nombre:

Dirección:

Edad:

2. Objetivo.

Recolectar información que nos ayude a desarrollar el trabajo de investigación sobre madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses.

3. Cuestionario

1) ¿Cuál es su instrucción académica?

- a) Primaria ()
- b) Secundaria ()
- c) Ninguna. ()

2) ¿Señale la edad en la que se convirtió en madre?

- a) 10-13 años ()
- b) 11-16 años ()
- c) 17 a 19 años ()

3) ¿Cuál fue la causa principal para que se convirtiera en Madre?

- a) Curiosidad. ()
- b) Falta de Orientación ()
- c) Falta de Comunicación Familiar. ()

4) ¿Existe una adecuada comunicación en su familia?

SI () NO ()

5) ¿Recibió educación sexual en sus establecimientos educativos?

SI () NO ()

6) ¿Cuál es su estado civil actual?

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

7) ¿Usted vive con?

- a) Sus padres ()
- b) Su pareja ()
- c) Sola. ()

8) ¿Después del nacimiento de su hijo usted?

- a) Trabaja ()
- b) Estudia ()

c) O es Ama de casa ()

9) ¿Quién se encarga del cuidado de su hijo?

a) Madre ()

b) Abuela ()

c) Guardería ()

d) Otros ()

10) ¿Cuántos hijos tiene?

.....

11) ¿Considera usted que se ha visto afectado su relación familiar debido a su maternidad?

SI () NO ()

12) Tiene usted conocimientos básicos sobre el cuidado de su hijo?

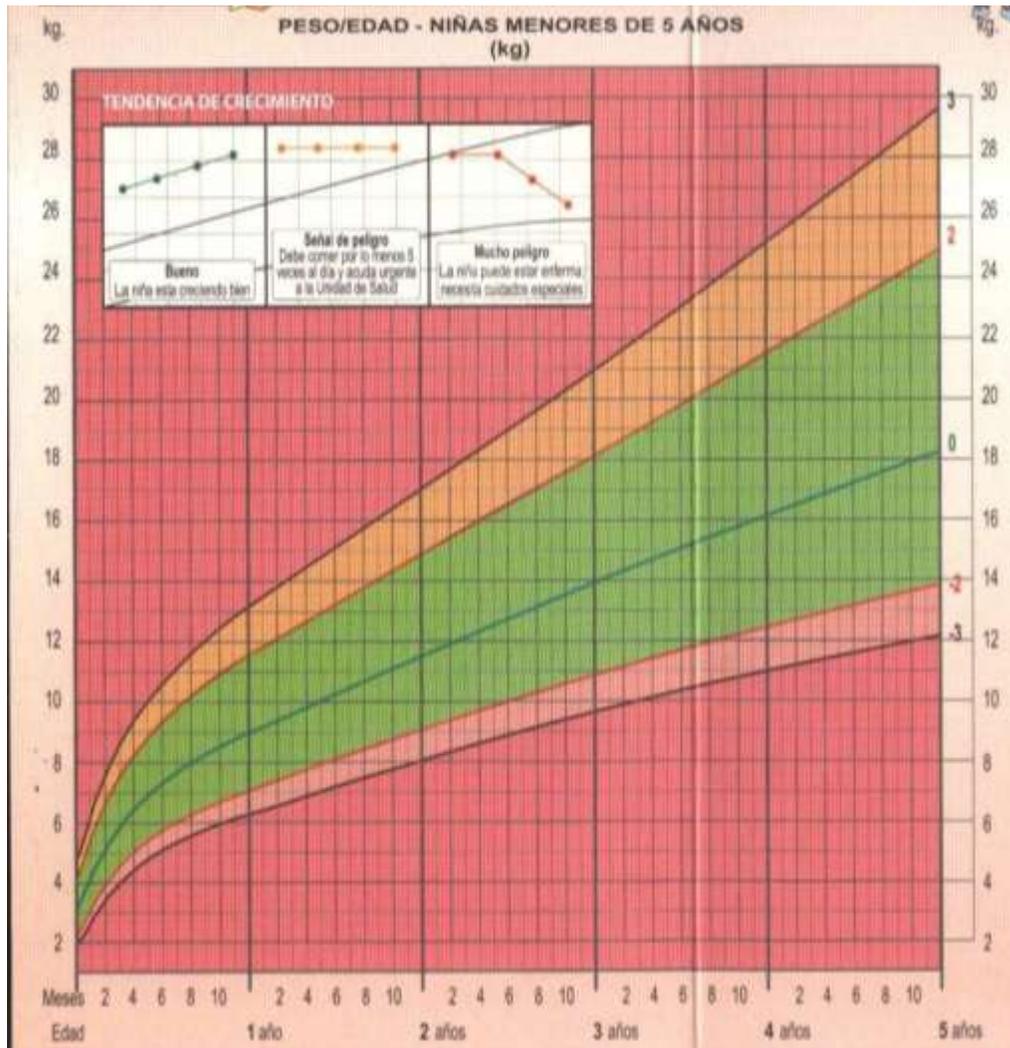
SI () NO ()

13) ¿En qué percentil se encuentra la tendencia de crecimiento de su hijo?

a)  Bajo Peso

b)  Normal

c)  Sobrepeso



14) ¿En qué percentil se encuentra la talla de su hijo?

- a) ■ Baja Talla para la edad
- b) ■ Normal
- c) ■ Grande para la edad

17) ¿Con que frecuencia lleva al niño al control médico?

- a) Mensual ()
- b) Trimestral ()
- c) Semestral ()
- d) Anual ()

18) ¿Recibe usted en los controles médicos la papilla o suplementos alimentarios que ayuden en el crecimiento y desarrollo de su niño?

SI () NO ()

19) ¿Hasta qué edad su hijo se alimento con leche materna exclusiva?

- a) Hasta los 6 meses ()
- b) Hasta los 12 meses ()
- c) Nunca ()

20) ¿Recibe usted educación por parte del personal de salud sobre el cuidado de su hijo?

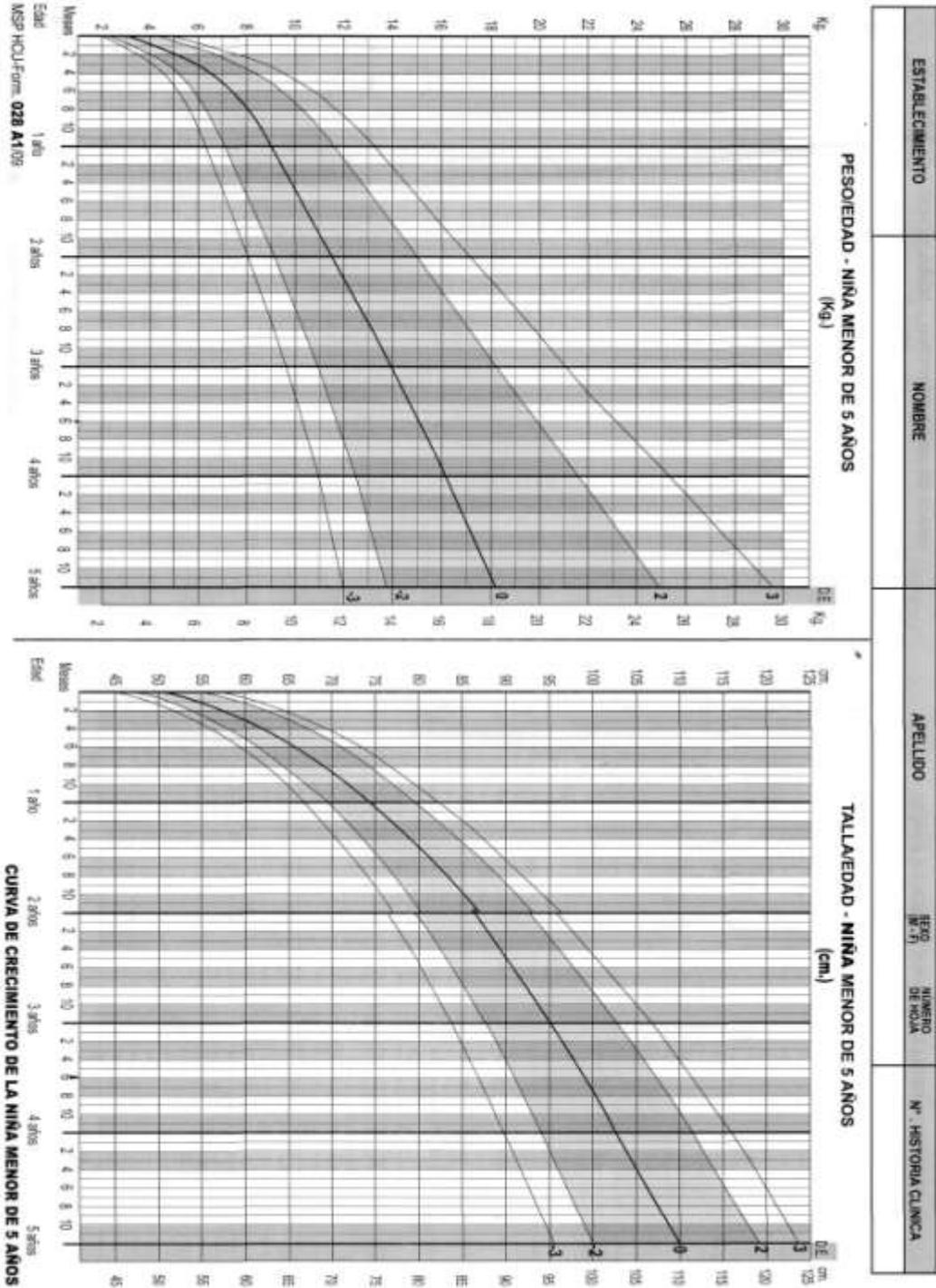
SI () NO ()

Encuestadora: Lorena Molina

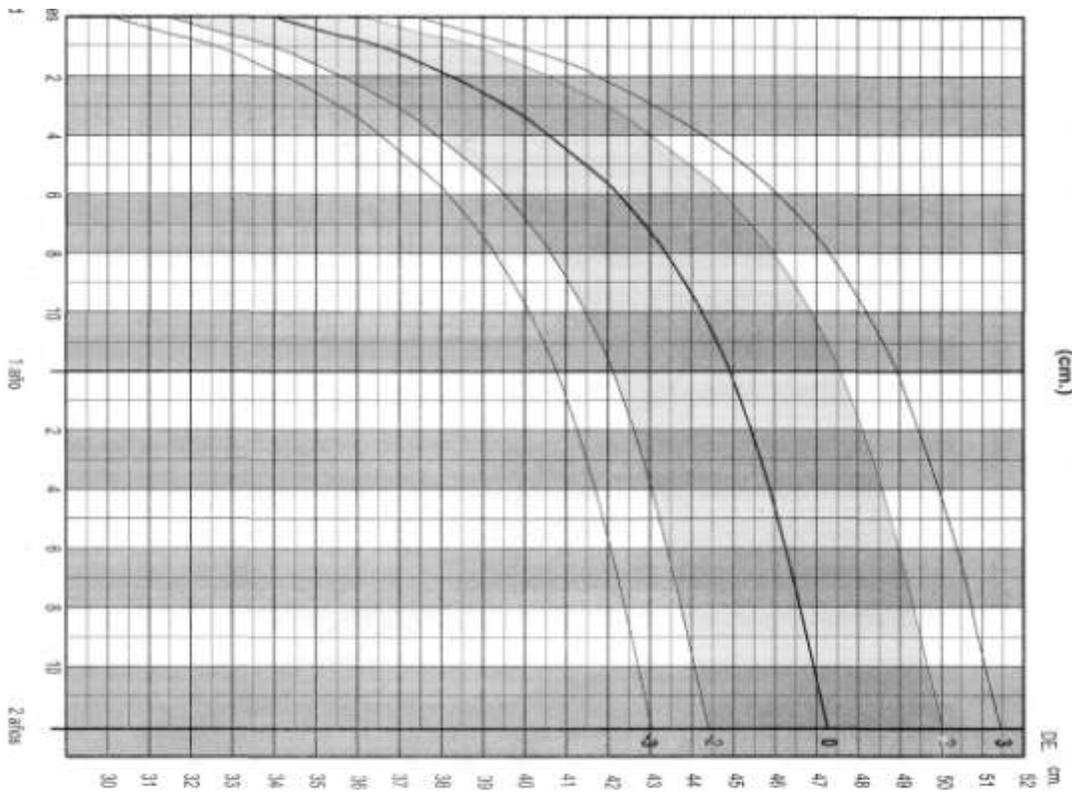
Gracias por su Colaboración.

Anexo 2

CURVAS DE CRECIMIENTO

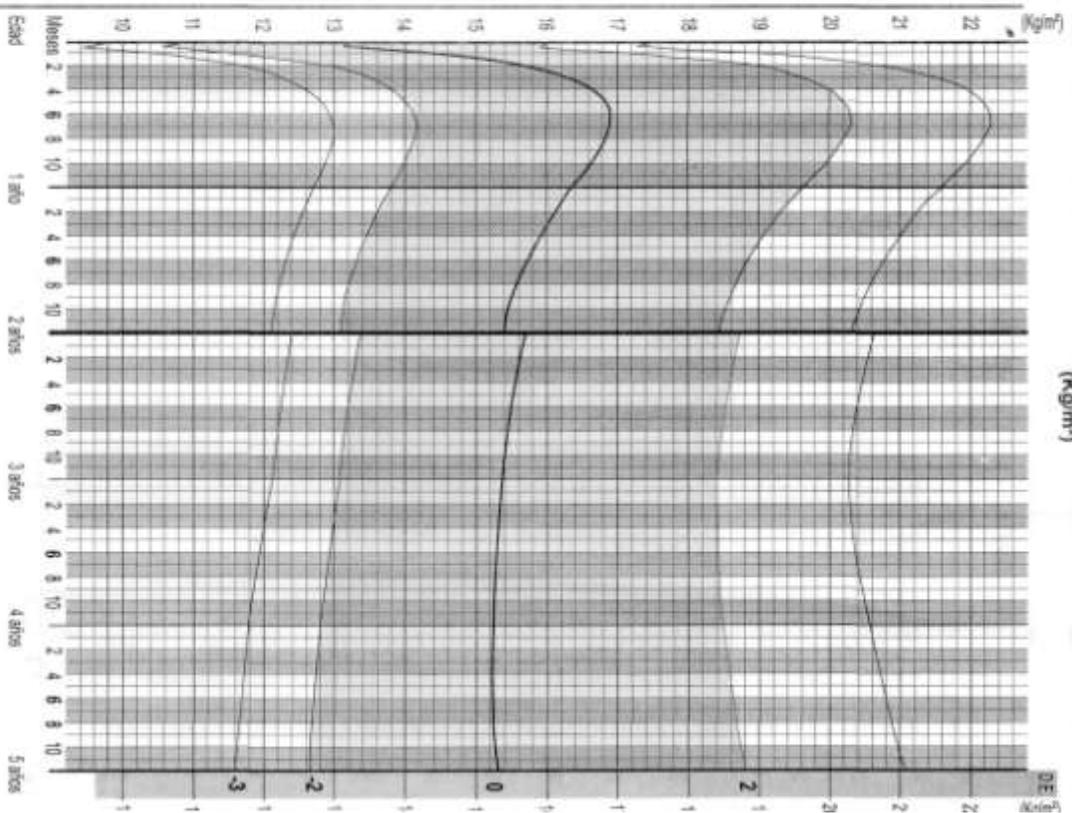


PERIMETRO CEFALICO - NIÑA MENOR DE 5 AÑOS
(cm.)



P.H.O.U. Form. 028 A109

INDICE DE MASA CORPORAL - NIÑA MENOR DE 5 AÑOS
(Kg/m³)



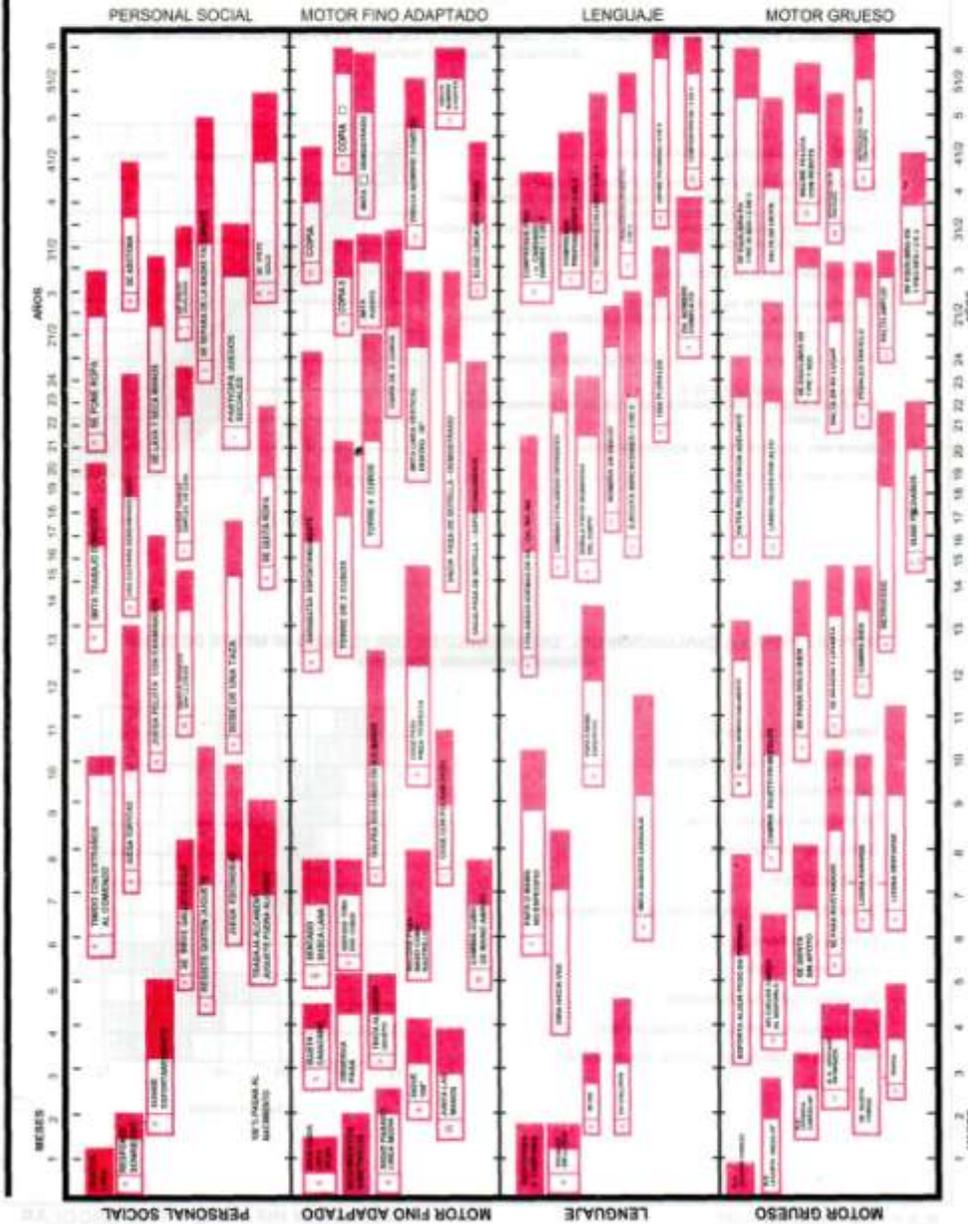
CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

Anexo 3
TEST DE DENVER

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

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

EL "DENVER" EXAMEN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

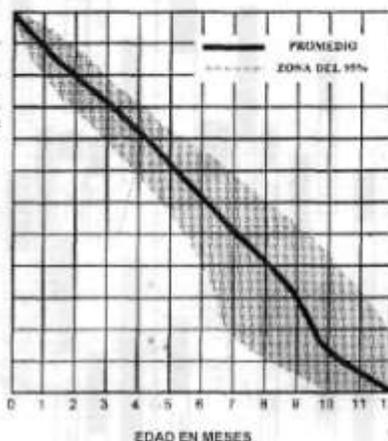




| | | | |
|-------------------|---------|---------|----------------------------|
| APELLIDOS PATERNO | MATERNO | NOMBRES | N°. HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |
|-------------------|---------|---------|----------------------------|

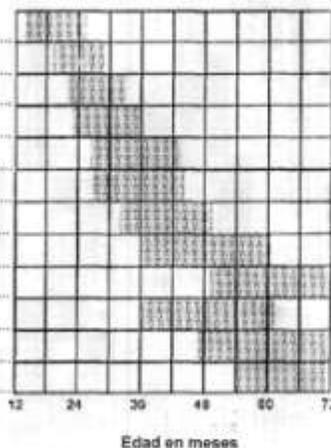
NORMAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LOS 12 PRIMEROS MESES DE EDAD
 (Adaptado al Aldrich y Norval)

- Sonríe: Como respuesta a un adulto o a su voz
- Vocaliza: Emite sonidos espontáneos o merced a un estímulo
- Controla la cabeza: La cabeza no cae hacia atrás cuando se tira de él para sentarlo estando en posición supina
- Controla la mano: Sujeta un juguete con una o ambas manos cuando cuelga por encima de él
- Se rueda: De boca arriba o boca a bajo
- Se sienta solo: Durante algunos momentos
- Comienza a andar a gatas: Rodándose empujándose sobre el abdomen o sobre la espalda
- Pincha: Junta I pulgar con el índice para tomar pequeños objetos
- Se pone de pie cuando se tira de él
- Camina sin ayuda: Sujetándose de un barandil, de los muebles o de un Adulto
- Separa solo: sin ayuda, durante algunos momentos
- Camina solo: da varios pasos



NORMAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DE LOS 12 A LOS 60 MESES DE EDAD
 (adaptado en barreras - Moncada)

- Bebe bien de tasa o vaso
- Vocaliza más de cinco palabras
- Salta de dos pies
- Se lava y se seca las manos
- Dice su nombre completo
- Copia un Círculo
- Se balancea en un solo pie más de cinco segundos
- Controla esfínteres
- Copia bien un cuadro
- Reconoce cuatro olores básicos
- Reconoce colocando un pie detrás de otro
- Reconoce el material de cuchara, puerta, zapato



Anexo 4:

HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS.

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| ESTABLECIMIENTO | | NOMBRE Y APELLIDOS | | EDAD (EN ME) | FECHA DE NACIMIENTO | N° HISTORIA CLÍNICA |
| CONSULTA 1 | | | FECHA | EDAD | CONSULTA 2 | |
| 1 SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA | | | 1 SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA | | 1 SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA | |
| TEMPERATURA | FRECUENCIA CARDIACA | FRECUENCIA RESPIRATORIA | PRESION ARTERIAL | PESO | TEMPERATURA | FRECUENCIA CARDIACA |
| TALLA | PERIMETRO CEFALICO | ESTADO NUTRICIONAL | | TALLA | PERIMETRO CEFALICO | ESTADO NUTRICIONAL |
| 2 MOTIVO DE CONSULTA | | | 2 MOTIVO DE CONSULTA | | 2 MOTIVO DE CONSULTA | |
| 3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL | | | 3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL | | 3 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL | |
| 4 ANTECEDENTES PERSONALES | | | 4 ANTECEDENTES PERSONALES | | 4 ANTECEDENTES PERSONALES | |
| 5 ANTECEDENTES FAMILIARES | | | 5 ANTECEDENTES FAMILIARES | | 5 ANTECEDENTES FAMILIARES | |
| 6 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS | | | 6 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS | | 6 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS | |
| ORL | SENZOR | OP | SP | OP | CON PATOLOGÍA UNIBIENAL | SP |
| CARDIO | RESPIRATORIO | DIGESTIVO | SISTEMA URINARIO | MUSCULO ESQUELETICO | ENDOCRINO | HEMO-LINFÁTICO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 DESARROLLO PSICOMOTOR | | | 7 DESARROLLO PSICOMOTOR | | 7 DESARROLLO PSICOMOTOR | |
| MÉTODO | | | MÉTODO | | MÉTODO | |
| CLASIFICACIÓN | | | CLASIFICACIÓN | | CLASIFICACIÓN | |
| 8 EXAMEN FÍSICO | | | 8 EXAMEN FÍSICO | | 8 EXAMEN FÍSICO | |
| OP | SP | OP | | CON PATOLOGÍA UNIBIENAL | | SP |
| CABEZA | CUELLO | TÓRAX | ABDOMEN | PELVIS | EXTREMIDADES | MÉTODO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ESTABLECIMIENTO | NOMBRE Y APELLIDOS | Nº DE NIÑO | FECHA DE NACIMIENTO | NOMBRE DE HISTORIA CLÍNICA | |
|---|--------------------|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Fecha de atención | | | | | |
| Edad | | | | | |
| Peso kg | | | | | |
| Temperatura °C | | | | | |
| MOTIVO DE CONSULTA | | | | | |
| 1 SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL Marcar "X" | | | | | |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | No puede beber o tomar el seno | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Vomita todo lo que ingiere | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | convulsiones | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Letárgico o inconsciente | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | PELIGRO GENERAL (REFERIR URGENTE) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR Marcar "X" | | | | | |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | Presenta cualquier signo de peligro en general | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Tiene traje subcostal | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Tiene esford en reposo | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | NEUMONIA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE (REFERIR URGENTE) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Tiene respiración rápida | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Hay sibilancias | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | NEUMONIA | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | NO TIENE NEUMONIA, RESPIRADO, GRAPE O BRONQUITIS | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 DIARREA Marcar "X" | | | | | |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | Está letárgico o inconsciente | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | No puede beber o bebe mal | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Tiene los ojos hundidos | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Hay signo de pliegue cutáneo (+) al pellizcar la piel, vuelve lentamente a su estado anterior | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | DESHIDRATACION GRAVE O CON SHOCK (REFERIR URGENTE) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | Está irrequieto o irritable | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Tiene los ojos hundidos | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Bebe avidamente, con sed | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Hay signo de pliegue cutáneo (+) al pellizcar la piel, vuelve lentamente a su estado anterior | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | DESHIDRATACION | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | NO TIENE DESHIDRATACION | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | Tiene diarrea hace 14 días o más, con deshidratación | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | DIARREA PERSISTENTE GRAVE (REFERIR URGENTE) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | Tiene diarrea hace 14 días o más, sin deshidratación | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | DIARREA PERSISTENTE | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | Diarrea con sangre | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | DISENTERIA | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 FIEBRE Marcar "X" | | | | | |
| EN ZONA DE ALTO O BAJO RIESGO DE MALARIA | | | | | |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | Cualquier signo de peligro en general | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Rigidez de nuca | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE (REFERIR URGENTE) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EN ZONA DE ALTO RIESGO | | | | | |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | Fiebre de 37.5° C o más | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | MALARIA | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EN ZONA NO MALARICA | | | | | |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | No tiene signos de peligro ni rigidez de nuca; otra causa de fiebre | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | FIEBRE | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EN ZONA DE RIESGO PARA DENGUE | | | | | |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | Cualquier signo de peligro en general | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Manifestaciones de sangrado | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | Dolor y/o distensión abdominal | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE O DENGUE GRAVE | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | Fiebre en zona de riesgo de dengue | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | SOSPECHA DE DENGUE CLASICO | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 PROBLEMA DE OIDO Marcar "X" | | | | | |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | Hay tumefacción y dolor detrás de la oreja | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | MASTOIDITIS | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | Tiene supuración visible del oído de menos de 14 días | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | INFECCION AGUDA DE OIDO | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | | CONSLTA | CONSULTA | CONSULTA | CONSULTA |
| EVALUAR | | Tiene supuración visible del oído de 14 o más días | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | | INFECCION CRONICA DE OIDO | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 6 DESNUTRICION / ANEMIA | | Marcar "X" | CONSULTA 1 | CONSULTA 2 | CONSULTA 3 | CONSULTA 4 | CONSULTA 5 |
|--------------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| EVALUAR | Hay emaciación grave visible | | <input type="checkbox"/> |
| | Hay edema en ambos pies | | <input type="checkbox"/> |
| | Tiene palidez palmar intensa | | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | DESNUTRICION GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE | | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | Tiene palidez palmar leve | | <input type="checkbox"/> |
| | Peso muy bajo para la edad | | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | PESO MUY BAJO | | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | El peso para la edad no es muy bajo y no hay ningún otro signo de desnutrición | | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | NO TIENE PESO MUY BAJO, NI ANEMIA | | <input type="checkbox"/> |
| 7 DESARROLLO PSICO MOTOR | | Marcar "X" | CONSULTA 1 | CONSULTA 2 | CONSULTA 3 | CONSULTA 4 | CONSULTA 5 |
| EVALUAR | Ausencia de 1 ó más de las condiciones del grupo de edad anterior | | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | RETRASO DEL DESARROLLO | | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | Ausencia de 1 ó más de las condiciones del grupo de edad actual | | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | POSIBLE RETRASO DEL DESARROLLO | | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | Cumple las condiciones del grupo de edad actual y no hay factores de riesgo | | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | DESARROLLO NORMAL | | <input type="checkbox"/> |
| 8 MALTRATO Y DESCUIDO | | Marcar "X" | CONSULTA 1 | CONSULTA 2 | CONSULTA 3 | CONSULTA 4 | CONSULTA 5 |
| EVALUAR | Niño o niña expresa ser víctima de maltrato físico, emocional o abuso sexual | | <input type="checkbox"/> |
| | Hay evidencia de lesión física sugestiva de maltrato | | <input type="checkbox"/> |
| | Hay lesiones en genitales o ano | | <input type="checkbox"/> |
| | Falta concordancia entre historia y lesión | | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | MALTRATO | | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | Inadecuado cuidado físico, descuido | | <input type="checkbox"/> |
| | Comportamiento anormal del niño o niña | | <input type="checkbox"/> |
| | Comportamiento anormal de padres o cuidadores | | <input type="checkbox"/> |
| | Existe denuncia o el niño o niña expresa ser víctima de negligencia | | <input type="checkbox"/> |
| | Ha existido tendencia en buscar ayuda de salud, sin razón válida | | <input type="checkbox"/> |
| | Existen circunstancias familiares de riesgo | | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | SOSPECHA DE MALTRATO O DESCUIDO | | <input type="checkbox"/> |
| EVALUAR | No hay signos compatibles con la posibilidad de maltrato o descuido | | <input type="checkbox"/> |
| | Buena higiene, cumple normas de salud, vitalidad o alegría presentes | | <input type="checkbox"/> |
| CLASIFICAR | NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO | | <input type="checkbox"/> |
| 9 ALIMENTACION | | CONSULTA 1 | CONSULTA 2 | CONSULTA 3 | CONSULTA 4 | CONSULTA 5 | |
| EVALUAR | ¿Le da el seno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Número de veces que le da el seno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | ¿Le da el seno durante la noche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | ¿Ingiere otro alimento o toma otro líquido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | ¿Recibe la clase de alimentos o líquidos que requiere para la edad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Número de veces al día que recibe alimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | ¿Recibe su propia porción? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Tamaño de las porciones que recibe: Grande, Mediana o Pequeña | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | ¿Cambió la alimentación durante esta enfermedad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Persona que le da de comer: madre, padre o cuidador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CLASIFICAR | EXISTEN PROBLEMAS DE ALIMENTACION | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CLASIFICAR | AUSENCIA DE PROBLEMAS DE ALIMENTACION | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 OTROS PROBLEMAS | | EVALÚE OTRO U OTROS PROBLEMA DETECTADOS Y CONTÍNEE A LA HOJA NÚM. 002 | | | | | |
| | | CONSULTA 1 | CONSULTA 2 | CONSULTA 3 | CONSULTA 4 | CONSULTA 5 | |
| | | | | | | | |