



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD 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 S.C.S. DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y SANTA RITA ÁREA N°6 DEL CANTÓN PÍLLARO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”.

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

Autora: Caillagua Pastuña, Nelly Mercedes

Tutora: Lcda. Constante Arias, Maristela Guadalupe

Ambato – Ecuador

Julio, 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

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

“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL S.C.S DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y SANTA RITA ÁREA N. 6 DEL CANTÓN PÍLLARO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”. De Nelly Mercedes Caillagua Pastuña estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo del 2013

LA TUTORA

.....
Lcda. Maristela Constante

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 S.C.S DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y SANTA RITA ÁREA N. 6 DEL CANTÓN PÍLLARO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona , como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Mayo del 2013

LA AUTORA

.....

Nelly Mercedes Caillagua Pastuña

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

Ambato, Mayo del 2013

LA AUTORA

.....
Nelly Mercedes Caillagua Pastuña

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“MADRES ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 2 AÑOS 6 MESES DE EDAD EN EL S.C.S DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y SANTA RITA ÁREA N. 6 DEL CANTÓN PÍLLARO PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”**de Nelly Mercedes Caillagua Pastuña , estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Julio del 2013

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico con todo mi amor; a Dios por darme la oportunidad de vivir y regalarme una familia maravillosa.

Con mucho cariño a mi madre que me dio la vida y es mi pilar fundamental en todo momento, gracias por darme la mejor herencia que es la educación, creer en mí y porque siempre has estado apoyándome y brindándome todo tu amor a pesar de los momentos difíciles que hemos pasado, por todo esto te agradezco de todo corazón y quiero decirte que te quiero mucho.

Además, lo dedico a mis hermanas y a toda mi familia, ya que siempre me han brindado su comprensión y apoyo a lo largo de toda mi formación profesional.

NELLY

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo agradecimiento, a mi madre quien a lo largo de toda mi vida me apoyo, motivó mi formación académica, creyó en mí en todo momento y no dudo de mis habilidades.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza, de manera especial a mi Tutora de Tesis la Lcda. Maristela Constante quien guio mi trabajo investigativo.

Mi agradecimiento y reconocimiento a la Universidad Técnica de Ambato, a la Facultad de Ciencias de la Salud, a la Carrera de Enfermería, a sus Autoridades, Catedráticos y personal Administrativo, por abrir sus puertas a jóvenes como nosotros, por prepararnos para un futuro competitivo y formar como personas de bien.

NELLY

ÍNDICE GENERAL

Pág.		
	Página de Título o portada.....	i
	Página de Aprobación de tutor.....	ii
	Página de Autoría.....	iii
	Derechos de Autor.....	iv
	Aprobación del Tribunal.....	v
	Dedicatoria.....	vi
	Agradecimiento.....	vii
	Índice.....	viii
	Resumen.....	xv
	Summary.....	xvii
	Introducción.....	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1	Tema.....	4
1.2	Planteamiento del Problema.....	4
1.2.1	Contextualización.....	4
1.2.2	Análisis Crítico.....	6
1.2.3	Prognosis.....	7
1.2.4	Formulación del Problema.....	7
1.2.5	Preguntas Directrices.....	1
1.2.6	Delimitación del Problema.....	8
1.3	Justificación.....	9
1.4	Objetivos.....	10
1.4.1	Objetivo General.....	10
1.4.2	Objetivos Específicos.....	10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Investigaciones Previas.....	11
2.2 Fundamentación Filosófica.....	12
2.3 Fundamentación Legal.....	13
2.4 Categorías Fundamentales.....	16
2.5. Hipótesis.....	53
2.6 Señalamiento de Variables.....	53

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Enfoque.....	54
3.2 Modalidad Básica de la Investigación.....	54
3.3 Nivel o Tipo de Investigación.....	54
3.4 Población y Muestra.....	55
3.4.1 Población.....	55
3.4.2 Muestra.....	55
3.5 Operacionalización de las Variables.....	56
3.5.1 Variable Independiente.....	56
3.5.2 Variable Dependiente.....	57
3.6 Técnicas e instrumentos.....	58
3.7 Plan de recolección de información.....	58
3.8 Recolección de la información.....	59
3.9 Plan de procesamiento de la información.....	59

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de fichas de observación dirigidas a las madres Adolescentes.....	60
4.2 Análisis e interpretación de fichas de observación dirigidas a los niños	

hijos de madres adolescentes.....	70
4.3Comprobación de hipótesis.....	78

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1Conclusiones.....	83
5.2Recomendaciones.....	84

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1Datos Informativos.....	85
6.1.1Título de la propuesta.....	85
6.1.2Institución Ejecutora.....	85
6.1.3Beneficiarios.....	85
6.1.4Ubicación.....	85
6.1.5Tiempo Estimado para la Ejecución.....	86
6.1.6Equipo Técnico Responsable.....	86
6.1.7Costo.....	86
6.2Antecedentes de la Propuesta.....	86
6.3Justificación.....	87
6.4Objetivos.....	89
6.4.1Objetivo General.....	89
6.4.2Objetivos Específicos.....	89
6.5Análisis de Factibilidad.....	90
6.6Fundamentación Científico-Técnica.....	90
6.7Plan Operativo.....	99
6.8Administración de la Propuesta.....	103

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía.....	106
Linkografía.....	107
Anexos.....	111

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	
Operacionalización de la Variable Independiente.....	56
Tabla N° 2	
Operacionalización de la Variable Dependiente.....	57
Tabla N° 3	
Plan de recolección de información.....	58
Tabla N° 4	
Incidencia de madres adolescentes por grupo etario.....	60
Tabla N° 5	
Edad de inicio de relaciones sexuales.....	63
Tabla N° 6	
Estado civil de las madres adolescentes	63
Tabla N° 7	
Nivel de la educación.....	64
Tabla N° 8	
Número de controles prenatales de las madres adolescentes.....	65
Tabla N° 9	
Complicaciones en el embarazo de las madres Adolescentes.....	66
Tabla N° 10	
Tipos de parto de las madres adolescentes.....	68
Tabla N° 11	
Lugar del parto.....	69
Tabla N° 13	
Complicaciones neonatales de hijos de madres adolescentes.....	70

Tabla N° 14	
Lactancia materna de hijos de madres adolescentes.....	72
Tabla N° 15	
Inicio de la alimentación complementaria	73
Tabla N° 16	
Enfermedades relevantes de hijos de madres adolescentes.....	75
Tabla N° 17	
Esquema de vacunación de hijos de madres adolescentes.....	77
Tabla N° 18	
Rubro de gastos de la ejecución de la propuesta.....	86
Tabla N° 19	
Plan Operativo.....	99
Tabla N° 20	
Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta.....	101

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	
Categorías Fundamentales.....	17
Gráfico N° 2	
Incidencia de madres adolescentes por grupo etario.....	60
Gráfico N° 3	
Edad de inicio de relaciones sexuales.....	62
Gráfico N° 4	
Estado civil de las madres adolescentes.....	63
Gráfico N° 5	
Nivel de la educación.....	64
Gráfico N° 6	
Número de controles prenatales de las madres adolescentes.....	65
Gráfico N° 8	
Complicaciones en el embarazo de las madres Adolescentes.....	66

Gráfico N° 9	
Tipos de parto de las madres adolescentes	68
Gráfico N° 10	
Lugar del parto.....	69
Gráfico N° 11	
Complicaciones neonatales de hijos de madres adolescentes.....	70
Gráfico N° 12	
Lactancia materna de hijos de madres.....	72
Gráfico N° 13	
Inicio de la alimentación complementaria.....	73
Gráfico N° 14	
Enfermedades relevantes de hijos de madres adolescentes.....	75
Gráfico N° 15	
Esquema de vacunación de hijos de madres adolescentes.....	77

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

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

Autora: Nelly Mercedes Caillagua Pastuña

Tutora. Lcda. Constante Arias, Maristela Guadalupe

Fecha: Mayo del 2013

RESUMEN

El presente trabajo es de mucha importancia social, ya que al hablar del crecimiento y desarrollo del niño nos referimos a su futuro desempeño ante la sociedad. Se busca alternativas de solución para reducir el número de madres adolescentes y los problemas que conlleva al hijo de la misma, esta investigación se basa en el nivel exploratorio y descriptivo, se observa a la población en el campo mismo de los hechos.

El embarazo en la adolescencia es un impacto fuerte dentro de sociedad, es un fenómeno que en la actualidad no mide condición económica, social ,raza ni ,religión sino que simplemente se presentan.; se ha realizado un estudio a los hijos de madres adolescentes de los subcentros de salud de San José de Poaló y Santa Rita con el objetivo de establecer si existe una relación entre ser madre adolescente y las complicaciones en el crecimiento y desarrollo que traen consigo sus hijos, la investigación, partió de un nivel exploratorio realizando un estudio de forma directa con las madres y los niños; la población total fue de 10 entre los dos subcentros de salud, de los cuales se recolecto información acerca del tipo de embarazo que tuvo la madre, el crecimiento y desarrollo del niño, tomando como

fueron la revisión de las historias clínicas de las madres y de los niños; de acuerdo a los datos estadísticos obtenidos, la incidencia de madres adolescentes de los 2 subcentros de salud es dentro de la adolescencia tardía en su mayoría con el 90 % de la totalidad del universo, el nivel de escolaridad de las madres es bajo 60% solo terminaron la educación secundaria, 40% de las madres viven en unión estable con los padres de sus hijos, un mínimo porcentaje son casadas; en cuanto a los niños estudiados todos tienen pesos y tallas bajo los parámetros promedios de referencia pero se mantienen dentro de los rangos normales, el 50% de los niños en los 2 subcentros de salud son alimentados con leche materna, y el 50% son alimentados leche materna y fórmula por lo que prevalece las enfermedades EDA e IRA.

PALABRAS CLAVES: ADOLESCENTE, NIÑOS, CRECIMIENTO, DESARROLLO.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING CAREER

**"ADOLESCENT MOTHERS AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH
AND DEVELOPMENT OF CHILDREN FROM 0 TO 2 YEARS 6
MONTHS OLD IN SCS POALÓ OF SAN JOSE AND SANTA RITA AREA
N. 6 OF THE PROVINCE PÍLLARO TUNGURAHUA CANTON IN THE
PERIOD JUNE 23 TO 23 NOVEMBER 2012 ".**

Author: Nelly Mercedes Caillagua Pashtun

Tutor: Atty. Maristela Guadalupe Arias Constant

Date: July 2013

SUMMARY

This work is of great social importance and that in speaking of child growth and development we refer to their future performance in society. Alternative solutions is looking to reduce the number of teenage mothers and the problems associated with the son of the same, this research is based on exploratory and descriptive level, the population is observed in the same field of events. Pregnancy in adolescence is a strong impact within society is a phenomenon that currently does not measure economic, social, race or religion but simply presented., Has conducted a study on the children of adolescent mothers health sub-centers of San Jose and Santa Rita Poalo in order to establish whether there is a relationship between teenage pregnancy and complications in the growth and development they bring their children, research, exploration was from a conducting a study directly with mothers and children, the total population was 10 between the two health sub-centers, of which some information was collected about the type of pregnancy that the mother had, growth and development of children, taking as source review of the medical records of mothers and children,

according to the statistical data obtained, the incidence of teenage mothers of the 2 sub-health is in late adolescence most with 90% of all the universe, the educational level of mothers is under 60% only completed secondary education, 40% of mothers living in a stable relationship with the parents of their children, a small percentage are married, and as for the children studied all have low weight and size averages reference parameters but remain within the normal range, 50% of children in the 2 sub-health are breastfed, and 50% are fed breast milk and formulated so prevalent ADD and ARI diseases.

KEYWORDS: TEENAGE MOTHER, CHILDREN, GROWTH, DEVELOPMENT

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo en el cual los niños y las niñas dejan la infancia, para comenzar el proceso de cambios quienes conducirán a la fase adulta del ciclo vital y se caracterizan por un desarrollo biológico, emocional, mental y social de la personalidad.

Se considera un embarazo adolescente o temprana edad cuando ocurre antes de los 19 años; y se presenta como un problema de alto riesgo para la salud y la vida de la mujer y el feto.

El embarazo adolescente proviene de múltiples causas como es la falta de educación sexual esto debido principalmente a una carencia familiar y de la falta de información objetiva sobre métodos anticonceptivos u otros métodos para evitar el embarazo.

También hay que hacer hincapié al creciente uso de alcohol y drogas desde una edad temprana y al libertinaje del adolescente.

El embarazo adolescente tiene implicaciones a nivel psicológico, familiar y social, y, como consecuencia la pérdida de oportunidades educativas y laborales, madre – solterismo, matrimonio precoz, perdida o aplazamiento de metas, baja autoestima, aislamiento, mayor riesgo de enfermedades, aborto y las grandes responsabilidades a temprana edad además se presentan riesgos perinatales como es el bajo peso al nacer mortalidad y morbilidad infantil.

El embarazo y la maternidad en la adolescencia tienen un alto carácter peyorativo, tanto para la misma joven como para su hijo si la gestación llega a término. Las dificultades son numerosas, a corto y a largo plazo: el adolescente es frágil y se vuelve más frágil aun por el embarazo; el pronóstico médico, escolar, familiar y profesional resulta sobrio, al igual

que el futuro del niño y la relación madre-hijo; los embarazos seguidos y demasiado precoces constituyen un factor de alto riesgo y la joven madre tiene pocas probabilidades de llegar a formar un día una familia estable, o incluso de llegar a obtener un estatuto de autonomía social.

Más que por razones de inmadurez biológica o psicológica de la joven adolescente, están maternidades aparecen tan difíciles de asumir debido a que nuestro sistema social mantiene contradicciones respecto a los adolescentes. La muchacha puede concebir un hijo y darlo a luz, pero no está preparada por una educación, una madurez social y una autonomía suficientes para criarlo sin dificultad.

Una muestra real de todo lo anterior es la reacción de padre y madre al enterarse del embarazo de la hija. Hay poca comprensión y ayuda afectuosa. Lo que primero acude al ánimo de los padres no es tanto que ocurre con su hija sino que va ocurrirles a ellos. Esta herida paterna profunda da lugar enseguida a severos e irracionales reproches. Ante esto la joven se siente sola para asumir el conflicto y con una gran carga de culpabilidad. A veces, la revelación del embarazo da lugar a un violento enfrentamiento entre los mismos padres. Esta es una actitud inmedatista, epidérmica e impulsiva que casi todos los padres adoptan.

Existe un número muy alto de embarazos adolescentes. Las condiciones actuales de vida favorecen las tempranas relaciones sexuales de los jóvenes. No obstante, la escuela y la familia hacen muy poco por la educación sexual de los niños y adolescentes. La tónica general es el silencio o el disimulo. Ni padres ni maestros hablan sobre el tema. Los jóvenes buscan información en otras fuentes, sobre todo entre los amigos o en lecturas poco serias y nada orientadoras. Adolescentes en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad no deseada, con visos de tragedia frente al escándalo de la institución educativa, el rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás. Sin preparación alguna para la maternidad, llegan a ella las adolescentes y esa

imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales.

Este fascículo se centra en la problemática del embarazo adolescente, como una voz de alerta frente a su alarmante frecuencia, y con la esperanza de contribuir a una más sólida orientación educativa en los hogares y en las escuelas ante las responsabilidades de la sexualidad y de la salud reproductiva.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Tema:

“Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el S.C.S. de San José de Poaló y Santa Rita Área N^o6 del Cantón Píllaro Provincia de Tungurahua en el Período 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012”.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Contextualización

Macro

Según la OMS y OPS, más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años, mientras que en la región andina la población de 10 a 19 años constituye el 20% del total.

La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones. En países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados. Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada día 41095, cada hora 1712. En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes son Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela, representando entre un 15 - 25% de las adolescentes.

Meso

Nuestro país tiene una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina. De acuerdo al Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, publicado en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas. El embarazo entre adolescentes es mayor entre estrato socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo, y quienes viven en áreas rurales.

Más del 17 % de las jóvenes ecuatorianas de entre 15 y 19 años son madres, la segunda mayor tasa de América Latina, tras Venezuela, según datos divulgados hoy por el Gobierno, que ha lanzado una campaña para reducir esa cifra en una cuarta parte en dos años.

Micro

Se conoce como embarazo en adolescentes aquel que se presenta entre los 10 a 19 años, edad en la que los jóvenes no han dejado de depender de sus padres y tener un trabajo, el cual les permita ser entes productivos para la sociedad.

En la provincia de Tungurahua, el embarazo en adolescentes en los últimos años permanece en un 8% de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva la Dirección Provincial de Salud.

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

1.2.2. Análisis crítico

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea.

Por el desconocimiento del uso de métodos anticonceptivos en la madre adolescente, información inadecuada obtenida por ella y la falta de educación sexual, conlleva a consecuencias sociales negativas como embarazos no deseados, abortos y enfermedades. Los jóvenes necesitan estar informados sobre todas las consecuencias del ejercicio de su sexualidad para que así estos aprendan a cuidarse y valorarse.

Además, produce riesgos a nivel social, como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos. Repercute también en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbimortalidad de ambos.

Existe un número muy alto de embarazos adolescentes. Las condiciones actuales de vida favorecen las tempranas relaciones sexuales de los jóvenes. No obstante, la escuela y la familia hacen muy poco por la educación sexual de los niños y adolescentes. La tónica general es el silencio o el disimulo. Ni padres ni maestros hablan sobre el tema. Los jóvenes buscan información en otras fuentes, sobre todo entre los amigos o en lecturas poco serias y nada orientadoras.

Adolescentes en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad no deseada, con visos de tragedia frente al escándalo de la institución educativa, el rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás. Sin preparación alguna para la maternidad, llegan a ella las adolescentes y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales.

Este fascículo se centra en la problemática del embarazo adolescente, como una voz de alerta frente a su alarmante frecuencia, y con la esperanza de contribuir a una más sólida orientación educativa en los hogares y en las escuelas ante las responsabilidades de la sexualidad y de la salud reproductiva.

1.2.3. Prognosis.

Por la inmadurez de la madre adolescente existirá un embarazo no deseado lo cual conllevará a adquirir una enfermedades de transmisión sexual y desarrollar una maternidad precoz, causando problemas al niño desde su nacimiento tales como: desnutrición, retraso en su crecimiento y desarrollo intelectual disminuido, aumentará las enfermedades infecciosas y en muchos casos el niño será abandonado o dado en adopción lo que implicaría un enorme costo emocional y una gran injusticia para el niño.

1.2.4. Formulación del Problema

¿De qué manera influye el ser madre adolescente y su relación en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses, en el Subcentro de salud de San José de Poaló y el Subcentro de salud de Santa Rita del cantón Píllaro de la provincia de Tungurahua?

1.2.5. Preguntas directrices

¿Cuántas madres adolescentes de 11 a 19 años son atendidas en los Subcentros de salud de las parroquias de San José de Poaló y Santa Rita, del cantón de Píllaro de la provincia de Tungurahua?

¿Cuál es la relación entre el crecimiento antropométrico y el desarrollo psicomotriz de acuerdo al test de Denver en los niños de 0 a 2 años 6 meses?

¿Qué actividades se podría desarrollar para disminuir los embarazos en madres adolescentes y contrarrestar en parte la alteración en el crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz del niño?

1.2.6. Delimitación del Problema

Campo: Enfermería

Área: Salud Pública

Aspecto: Relación entre ser madre adolescente y la presencia de alteración en el crecimiento y desarrollo del niño

Delimitación Temporal

La investigación comprenderá desde Junio 23 a Noviembre 23 del 2012

Delimitación Espacial

Provincia: Tungurahua.

Cantón: Píllaro

Parroquias: San Rita, San José de Poaló

1.3. Justificación

La adolescencia es una de las etapas más difíciles para los seres humanos, ya que es un estado de inmadurez, en la que se corre el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en la vida futura.

En esta investigación ha surgido un interés particular en conocer las causas y disminuir la tasa de madres adolescente que afecta a la sociedad y al desarrollo del niño. La maternidad de la adolescente representa un problema social ya que disminuye las oportunidades de educación y trabajos futuros de la joven adolescente.

Este tema es **importante** porque nos permite hacer referencias sobre los factores que influyen para los embarazos en madres adolescentes como son: la falta de orientación sexual, baja autoestima, pérdida de valores, generalmente es por el abandono de los padres, familias numerosas, falta de recursos económicos, relaciones sexuales a temprana edad o por maltrato físico.

Esta investigación es **novedosa** porque nos permite al área de salud implementar capacitaciones, talleres y proponer actividades que contribuyan a la disminución del índice de embarazo en madres adolescentes y contrarrestar la alteración en el crecimiento antropométrico y el desarrollo psicomotriz del niño.

Se decide brindar apoyo a las adolescentes, especialmente a aquellas jóvenes que han tenido que afrontar un embarazo a una temprana edad.

Es de gran **utilidad** dar a conocer este tema a la sociedad, instituciones de salud porque permitirán a futuro asegurar el bienestar y desarrollo de los niños, niñas, y madres embarazadas; en especial de los grupos de adolescentes.

Esta investigación tiene un **impacto** para la sociedad teniendo como consecuencia que las adolescentes que tuvieron su primer hijo antes de los 19 años terminen teniendo en promedio tres hijos más que aquellas que postergaron su primer embarazo.

El trabajo es **factible** de ejecutarse ya que la investigadora dispone de los recursos económicos para realizarlo y tiene acceso a la información en el Subcentro de salud de San José y Santa Rita perteneciente al Área N^o6 del MSP de la Provincia de Tungurahua

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Investigar de qué manera influye el ser madre adolescente y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el S.C.S. de San José de Poaló y Santa Rita Área N.6 del Cantón Píllaro Provincia de Tungurahua en el período 23 de Junio al 23 de Noviembre del 2012.

1.4.2.- Objetivos Específicos

- Determinar cuántas madres adolescentes son atendidas en los Subcentros de salud de las parroquias de San José de Poaló y Santa Rita, del cantón de Píllaro de la provincia de Tungurahua.
- Analizar la relación entre el crecimiento antropométrico y el desarrollo de acuerdo al test de Denver en los niños de 0 a 2 años.
- Proponer un plan de capacitación que contribuyan a la disminución del índice de embarazo en madres adolescentes y contrarrestar en parte la alteración en el crecimiento antropométrico y el desarrollo psicomotriz del niño.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Investigaciones Previas:

- Carmona, Mariana (2007) Consulta Prenatal del Hospital Distrital Bejuma, estado Carabobo en su trabajo sobre: Propuesta de un programa sobre autocuidado en salud, dirigido a adolescentes embarazadas. Concluye que:

La atención de la mujer embarazada para la salud pública se constituye en uno de los pilares fundamentales en la atención integral desde una perspectiva de la salud sexual y reproductiva.

El presente estudio tuvo como objetivo proponer un programa de promoción de autocuidado en salud dirigido a adolescentes embarazadas usuarias de la consulta prenatal, Hospital Distrital Bejuma, Estado Carabobo; desde el punto de vista metodológico corresponde a un tipo de estudio descriptivo, pues parte de un diagnóstico situacional, además es un proyecto factible. La población estuvo conformada por 30 adolescentes embarazadas usuarias de la consulta prenatal del Hospital Distrital Bejuma del Estado Carabobo.

La información fue recolectada a través de un instrumento tipo cuestionario conformado por 36 ítems, con una escala de medición binaria de respuestas dicotómicas cerradas (sí-no). Los resultados determinaron un nivel medio y bajo de información, de las adolescentes participantes.

Dichos resultados visto desde el punto de vista de la atención prenatal justifican el diseño de un programa sobre autocuidado en salud dirigido a adolescentes embarazadas usuarias de la consulta prenatal, Hospital Distrital Bejuma, Estado Carabobo.

- Cadena Lorena (2009) Subcentro de salud de la parroquia Cristóbal Colon provincia del Carchi en su artículo sobre "Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre la Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) y su tratamiento" Concluye que:

Es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. La finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo.

El tipo de investigación utilizado es de tipo cualitativo no experimental, como instrumento de recolección de datos se utilizó la encuesta, con su respectivo cuestionario obteniendo resultados bajos en el conocimiento de estas enfermedades, y sobre todo en su tratamiento.

Estos trabajos me ayudarán a desarrollar la investigación porque son participes del problema planteado que requiere mucho que indagar en busca una solución para disminuir el porcentaje de madres adolescentes en nuestro medio y conllevar a un buen desarrollo físico e intelectual de los niños.

2.2. Fundamentación Filosófica:

La investigación se enmarca dentro del paradigma Crítico, Propositivo.

Crítico porque los problemas parten de situaciones reales y tiene por objeto transformar esa realidad en pro del mejoramiento de los grupos o individuos implicados en ella. Por tanto, los problemas de Investigación arrancan de la acción. En este caso se analizará la realidad de la madre adolescente y las alteraciones del niño en proceso de crecimiento y desarrollo en su contexto.

Propositivo porque busca plantear soluciones al problema investigado.

2.3. Fundamentación Legal:

La investigación se ampara en las leyes de la constitución de la República del Ecuador y en el Código de la Niñez y Adolescencia, en el que nos da a conocer:

CONSTITUCIÓN

SALUD

Capítulo VI

Derechos del buen vivir

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitas para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo cenegará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

Art. 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio

será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con la entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

TITULO III

Capítulo II

Derechos de supervivencia

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

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

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

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

Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de

salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.

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

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

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

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable.
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten.
3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten
4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente.
6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios.
7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales.
8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional.
9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre.

10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

Se prohíbe la venta de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase, a niños, niñas y adolescentes.

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

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

1. Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior;
2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud; y adoptará las medidas apropiadas para combatir la mortalidad materno infantil, la desnutrición infantil y las enfermedades que afectan a la población infantil;
3. Promover la acción interdisciplinaria en el estudio y diagnóstico temprano de los retardos del desarrollo, para que reciban el tratamiento y estimulación oportunos;
4. Garantizar la provisión de medicina gratuita para niños, niñas y adolescentes;
5. Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación;
6. Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental; y,
7. Organizar servicios, de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.

2.4. Categorías Fundamentales:

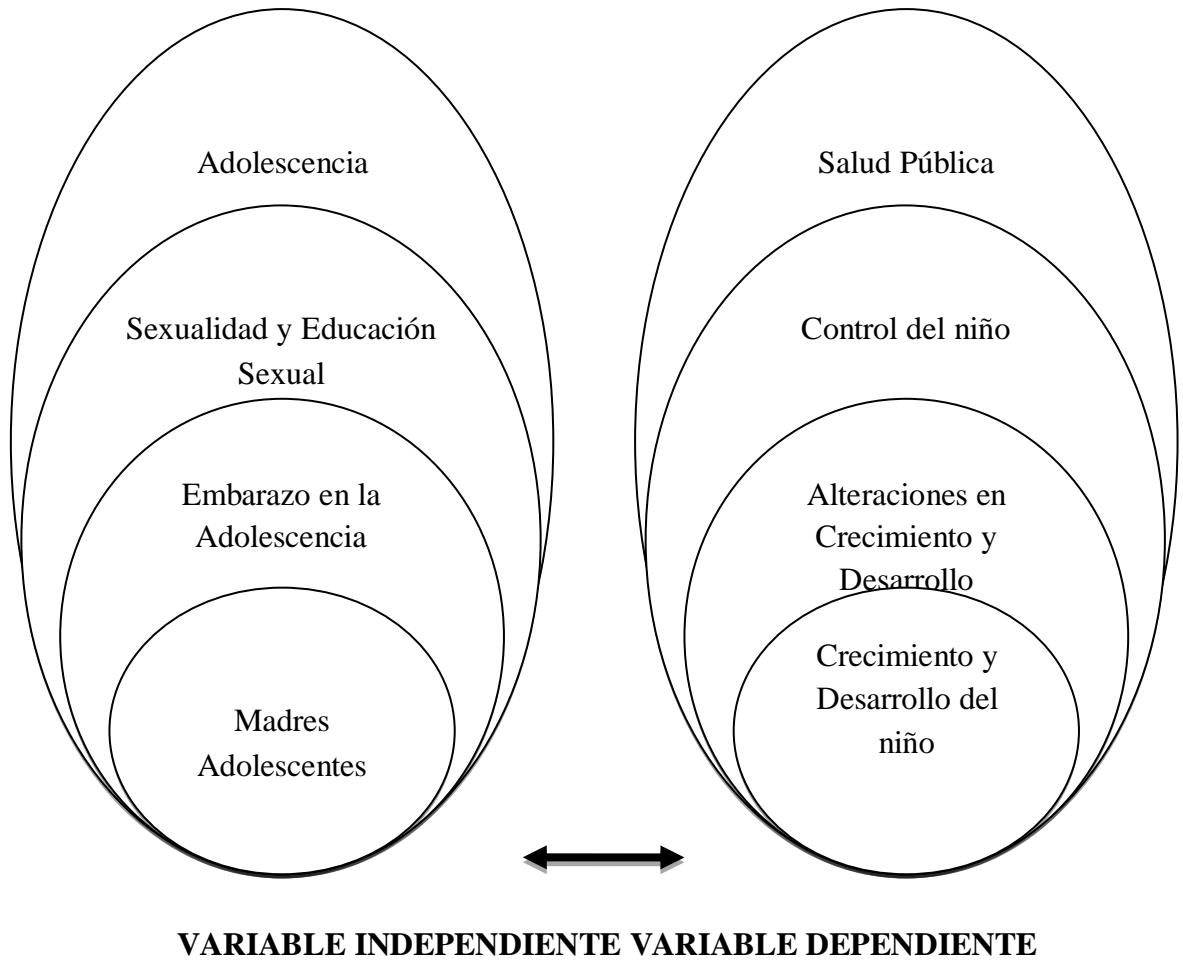


Grafico N.1 Categorías Fundamentales

Elaborado por: Nelly Caillagua

CATEGORIAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

MADRES ADOLESCENTES

Según Lowdermik Deindra y otros (2008), la adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos, los muchachos sufren la transformación de la niñez a la edad adulta. Es una época caracterizada por la aparición de la pubertad, el establecimiento de la independencia de los padres, la búsqueda de la identidad y el desarrollo de procesos cognoscitivos.⁹

Etapas de la adolescencia

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

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

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.⁹

Adolescencia media (14 a 16 años)

Lowdermilk y otros (2008), señala que esta es considerada como la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

En la adolescencia tardía según Lowdermilk y otros (2008), casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes."⁹

CAMBIOS MORFOFISIOLÓGICOS

La adolescencia constituye una etapa de la vida en la que se suceden una serie de cambios no sólo a nivel físico, sino también a nivel emocional, social y del desarrollo intelectual.

Cambios Físicos

Cambios Físicos en la mujer

- **Características sexuales primarias.-** los órganos sexuales son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina. En las chicas el crecimiento de las características sexuales primarias no es evidente pues estos órganos son internos, según menciona Diane Papalia y otros (2005).¹¹
- **Características sexuales secundarias**
 - Crecimiento del busto
 - Vello púbico
 - Vello de las axilas
 - Cambios en la piel
 - Aumento en la anchura y profundidad de la pelvis
 - Desarrollo muscular.¹¹

Cambios Físicos en el hombre

- **Características sexuales primarias.-** según Diane Papalia y otros (2005) los testículos, el pene, el escroto, las vesículas seminales y la próstata. En los chicos el primer incidió de la pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto.¹¹
- **Características sexuales secundarias**
 - Crecimiento de los testículos y escroto
 - Vello púbico
 - Vello de las axilas
 - Desarrollo muscular vello facial
 - Cambios en la voz
 - Cambios en la piel
 - Ensanchamiento de los hombros.¹¹

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Lowdermilk y otros (2008) refieren que los cambios psicológicos, en la primera etapa el adolescente comienza a hacer introspección y a tornarse egocéntrico. Este egocentrismo de la adolescencia es una etapa del desarrollo cognoscitivo en la cual los adolescentes consideran que sus experiencias son únicas.⁹

En la segunda etapa Ardila Luz (2007) indica que este período se caracteriza por el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento a los grupos de amigos.

En la última etapa Lowdermilk y otros (2008) manifiesta que el adolescente se centra principalmente en la relación con el ambiente. Las inquietudes y preocupaciones del joven se dirigen hacia la realidad externa en una búsqueda desconocimiento acerca de los demás y del mundo, además el papel de la familia es esencial para su desarrollo.⁹

SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La sexualidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad, puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos al mismo tiempo.

En resumen, la sexualidad se vive y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos y por ende está muy ligada a nuestra identidad. Va mucho más lejos que la “genitalidad” y las diferentes prácticas sexuales (distintas formas de ejercer la sexualidad). Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.¹⁸

ETAPAS DE LA SEXUALIDAD

- **Adolescencia Temprana:** Isleer, Juan (2011) da a conocer que el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo, se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.²⁶
- **Adolescencia Media:** período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual.
- **Adolescencia Tardía:** se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.²⁶

Desarrollo psicosocial

Según Diane Papalia y otros (2005) en la adolescencia uno de los cambios más significativos que supone esta etapa, es el paso desde la vida familiar a la inserción en la vida social.¹¹

Se espera del adolescente una inserción autónoma en el medio social y que alcance el estatus primario: asumir una independencia que lo exprese personalmente y dirigirse hacia roles y metas que tengan consonancia con sus habilidades y que estén de acuerdo con las probabilidades ambientales.

El joven procura que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones, las que confronta frecuentemente con su grupo de pares o compañeros de edad similar.

En la adolescencia **temprana** se tiende a establecer una relación cercana de amistad con uno o más amigos del mismo sexo. Este vínculo es estrecho y el contacto con miembros del otro sexo suele hacerse en grupo.

En la adolescencia **media** el grupo de pares como tal comienza a tener mayor relevancia. Es aquí donde cobra importancia la pertenencia al grupo del barrio, grupos deportivos, grupos de amigos, etc.

En la adolescencia **tardía** los valores del grupo dejan de tener tanta importancia, siendo los propios valores acordes a la identidad los que se privilegian. Respecto a las figuras de autoridad, se comienza a producir una reconciliación y reparación. Estos vínculos tardíos suponen menos explotación y experimentación que en la adolescencia media, ya no está todo centrado en la aceptación del grupo de pares sino que se puede compartir con los amigos de un modo más íntimo y diferenciado.

MENARQUIA

Por Beatriz Sotomayor

La Menarca o Menarquia, es la primera menstruación de una mujer, normalmente sucede entre los 10 y los 17 años, aunque la edad usual suelen ser los 12 años

La preparación que se tenga es vital para vivir la menarca positivamente, en fin es fundamental que la joven sepa de qué se trata más allá del detalle fisiológico del posible embarazo o del manejo “higiénico”.³¹

Es importante que ella sepa que es un evento totalmente normal, y que conozca cómo es posible que se sienta cuando menstrua (las emociones).

Es importante la educación que reciben las niñas sobre la menstruación, tanto por parte de sus padres como en la escuela, ya que es el principal marcador psicológico del cambio de la infancia a la vida adulta.

El inicio de la menstruación se debe a diversos factores como son: genéticos, socio-económicos, estado general de salud, nutrición, bienestar, ejercicio físico, influencia estacional y tamaño de la familia.

Tanto la falta de apetito como la mala alimentación se asocian a un retraso de la menarquia; igualmente ocurre con el ejercicio intenso, gimnasia y ballet.

La edad de aparición de la primera menstruación es un determinante principal de la duración de la exposición de una mujer a sus hormonas secretadas internamente, asociándose al desarrollo corporal.³¹

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Según la OMS define al embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad

La OMS, aconseja que los hijos se tengan entre los veinte y treinta y cinco años, ya que este intervalo de edad supone menos riesgo para la salud de la madre y del hijo.

FACTORES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

a) Familiares

- Ser hija o hermana de madre adolescente
- El abuso sexual el maltrato y la violencia intrafamiliar
- La inestabilidad familiar, familias muy estrictas o familias conflictivas, falta de afecto familiar.

b) Situación socioeconómica

- Vivir en condiciones de pobreza
- Vivir en zonas de hacinamiento y promiscuidad
- Vivir en áreas rurales.

c) Educación

- Nivel educativo muy bajo
- Ser analfabeta.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1. – **Estratos medio y alto:** la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. – **Estratos más bajos:** donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.²⁴

FACTORES PREDISPONENTES

1. – **Menarquía Temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. – **Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. – **Familia Disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, 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.

- 4. – Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola**
- 5. – 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.
- 6. – 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.
- 7. – Pensamientos Mágico:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- 8. – Fantasías De Esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- 9. – Falta O Distorsión De La Información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- 10. – Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- 11. - Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Factores determinantes

- Relaciones Sin Anticoncepción
- Abuso Sexual
- Violación

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Laura Melissa Ordóñez León establece complicaciones según la edad gestacional.

Primer Trimestre

- Trastornos Digestivos (hiperémesis gravídica)
- Metrorragias.
- Abortos Espontáneos
- Embarazos Extrauterinos

Segundo y Tercer Trimestre

- Anemia
- Infecciones Urinarias
- Hipertensión Arterial inducida por el embarazo
- Mortalidad Fetal
- Parto Prematuro
- Crecimiento Intrauterino Retardado
- Desproporciones Cefalopélvicas

Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

- Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer.
- Prematurez.
- Muerte súbita en el primer año de vida.
- Malformaciones, esto aparece principalmente en hijos de madres adolescentes menores de 15 años.

CONSECUENCIAS

a) Consecuencias educativas

- Abandono de sus estudios y asumir el papel de madre.

b) Consecuencias sociales y económicas

- Problemas económicos para el sustento de su hijo
- Dificultad para conseguir un trabajo.
- Abandono de su pareja.
- Discriminación por su estado.
- Mayor gestas.

c) Consecuencias psicológicas

- Frustración por la maternidad o el matrimonio forzado.

d) Consecuencias orgánicas

- Complicaciones durante en el embarazo como: anemias, las alteraciones de peso, sangrados, parto prematuro y los abortos espontáneos.
- Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada especialmente en la población adolescente.²⁶

MADRE ADOLESCENTE

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define como madre adolescente aquella que tuvo su primer hijo antes de los 20 años.¹⁰

Estado de la Cuestión

El Ecuador cuenta actualmente con un total de 15.007.343 habitantes, según datos obtenidos por el INEC en el 2011, de ellos aproximadamente el 30% son adolescentes y jóvenes y un estimado de 2.783.108 son adolescentes de entre 10 y 19 años.

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

Según datos ofrecidos por el MIES, la tendencia de la fecundidad adolescente en el Ecuador la última década es al incremento, siendo la más alta de la subregión andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes.²⁸

Actitudes frente al embarazo y la maternidad:

- **Etapa de adolescencia temprana**

El foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre. No hay concepto de desarrollo de una vida individual y no son capaces de dibujar un bebé de aspecto real. No hay lugar para el padre en sus planes.

El tema de la maternidad provoca depresión y aislamiento. Puede presentarse una incidencia elevada de trastornos emocionales y negación patológica.

- **Etapa de adolescencia media**

El foco de desarrollo es el establecimiento de la identidad y de la feminidad. Es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo, de sentirse aislada, rechazada, no querida pasa a la euforia sintiéndose querida y popular. El embarazo, por ende, puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brindará madurez y crea expectativas

Su actitud es ambivalente, de orgullo y de culpa: la madre perfecta con su bebé y la desesperación por las responsabilidades que se le vienen encima.

- **Etapa de adolescencia tardía**

El foco del desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales, por lo que el embarazo puede ser visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al varón como un futuro compañero.

Es en la etapa de la adolescencia tardía que se ve el impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por adaptarse a su rol de madre: sentimientos maternos protectores y sensación de anticipación del hijo.¹⁹

CATEGORIAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

CRECIMIENTO

Velasco María (2005) define como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo. Que se produce por dos fenómenos biológicos: hiperplasia que es el incremento en el número de células e hipertrofia que es el aumento del tamaño de las células.¹⁶

Factores que influyen en el crecimiento físico

Según AIEPI, la mayoría de los estudios clasifica los riesgos de ocurrencia de problemas en el desarrollo del niño como riesgos biológicos y riesgos ambientales.¹⁷

Los riesgos biológicos son eventos pre, peri y posnatales, refiriéndose a desórdenes médicos definidos, especialmente los de origen genético, innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el síndrome de Down y otros síndromes genéticos.

Por otra parte las experiencias adversas de la vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la sociedad, son consideradas como riesgos ambientales. Entre éstos estarían las condiciones precarias de salud, la falta de recursos sociales y educacionales, el estrés familiar y las prácticas inadecuadas de cuidado y educación, entre otros

Períodos de crecimiento

- **Intrauterino**

Período embrionario

Período fetal

- **Extrauterino**

Primera infancia

Segunda infancia

Empuje puberal

Fase final del crecimiento

Evaluación del crecimiento

Para describir las formas de evaluar el crecimiento primero mencionaremos la forma de interpretar los resultados obtenidos en la evaluación.

Para evaluar los resultados se realiza en base a la puntuación de la Desviación Estándar (DE), denominado Z Score o Puntuación Z que se refiere a la distancia de la mediana descrita en puntaje Z.⁷

Según M.A. Hinojosa – Sandoval en su libro Crecimiento y Desarrollo (2012) El puntaje de la desviación estándar o Z Score, es la “Distancia Estadística” de la media (en Desviaciones Estándar) a la que se encuentra la medición efectuada y, la distribución lineal o percentilar son la formas de reporte más utilizadas.

Entonces describiremos que: Las líneas trazadas impresas en las curvas de crecimiento le ayudaran a interpretar los puntos marcados que representan el estado de crecimiento de un niño. La línea rotulada con 0 en cada curva representa la mediana; lo cual es generalmente el promedio. Las otras líneas trazadas son líneas de puntuación Z. La mediana y las puntuaciones Z de cada curva de crecimiento proceden de mediciones de niños del Estudio Multicéntrico de Referencias de Crecimiento de la OMS quienes fueron alimentados y crecieron en un entorno que favoreció su óptimo crecimiento.

Las líneas de Puntuación z de las curvas de crecimiento están enumeradas positivamente (1, 2, 3) o negativamente (-1, -2, -3). En general, un punto marcado que está lejos de la mediana a cualquier dirección (por ejemplo, cerca de la línea de puntuación z 3 ó -3) puede representar un problema, sin embargo se deben considerar otros factores, como la tendencia de crecimiento, las condiciones de salud del niño y la talla de los padres.³

Para la evaluación del crecimiento lo podemos hacer mediante dos aspectos:

- Utilizando índices e indicadores antropométricos los que permiten hacer diagnósticos más precisos del crecimiento del niño.
- Toma de las medidas antropométricas y registrarlas en las curvas respectivas.

Uso de Índices e Indicadores Antropométricos

Índices.- son necesarios para la interpretación de las medidas y tienen como función resumir las medidas de acuerdo a términos convencionalmente reconocidos y que pueden expresarse matemáticamente, ejemplo: la relación peso para la talla puede expresarse mediante un índice de masa corporal (IMC). En este mismo ejemplo, cuando hacemos referencia al índice peso para talla en niños, parecería que nos referimos a una relación como la de Quetelet, pero en realidad representa el peso de un niño/a observado/a comparado con la media de referencia de un niño/a de la misma talla, para lo cual utilizamos tablas o gráficos estadísticamente contruidos para referencia. ⁷

Indicadores Antropométricos.- Son instrumentos de utilidad para el diagnóstico de la desnutrición, sobrepeso y obesidad. Representan el uso de índices, con valores límites determinados. Los más empleados para menores de cinco años son: peso/edad (P/E), peso/talla (P/T), talla/edad (T/E) y en menores de 2 años perímetro cefálico/edad (PC/E). ⁷

Peso para la Edad.-es un indicador que permite establecer la desnutrición global dando una visión general del problema alimentario nutricional del individuo. Este indicador refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y ésta influenciado por la talla del niño. ⁷

Este índice es el que sirve de base para la clasificación de Gómez que se utiliza para evaluar el estado nutricional con base en el riesgo de mortalidad en niños de

0 a 7 años. Algunos autores recomiendan utilizarlo principalmente en niños menores de dos años por su rápida variación en estas edades.⁷

Peso para la Talla.- este índice refleja el estado nutricional actual o desnutrición aguda.

El MSP del Ecuador en su libro Saber Alimentarse (2007) describe que no requiere conocimiento preciso de la edad y es útil para el diagnóstico de malnutrición (desnutrición o sobrepeso/obesidad), no es aconsejable utilizarlo como único parámetro de evaluación ya que puede no diagnosticar como desnutridos a algunos niños que efectivamente lo son. Por ello, se recomienda el uso combinado de los índices peso/talla y talla/edad, lo que permite una evaluación más precisa.

Talla para la Edad.- Según M. A. Hinojosa en su libro Crecimiento y Desarrollo (2012) este índice refleja el crecimiento lineal alcanzado y su déficit es indicativo de inadecuada alimentación y/o trastornos de salud por un largo período previo de tiempo que se conoce como Desnutrición Crónica.

El niño normal puede cambiar de percentil en cierto rango, durante el primer año de vida, debido a que la talla de nacimiento es poco influenciada por factores genéticos o constitucionales; y estos habitualmente se expresan durante el primer año período en el cual el niño adquiere su canal de crecimiento.⁷

Perímetro Cefálico para la Edad.- es una medida muy importante en los primeros años de vida, a los 4 años alcanza el 92% de su dimensión adulta; su medición durante los dos primeros años de vida es mandatorio, ya que la falta o aumento excesivo son signos de alarma. A aquellos niños o niñas que se encontraren por debajo o sobre los valores considerados normales, se los considerará atípicos y serán evaluados minuciosamente.⁷

Índice de Masa Corporal.- [peso (Kg)/talla (m²)] es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y la masa, el rango más saludable de masa que puede tener una persona. El IMC resulta de la división de la masa en kilogramos entre el cuadrado de la estatura expresada en metros.⁷

DESARROLLO

Según AIEPI el desarrollo infantil es un proceso que comienza desde la vida intrauterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño. El resultado es un niño competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida.¹⁷

Evaluación del Desarrollo

Test de Aldrich y Norval y Barrera Moncada

Es deber ineludible del personal de salud, evaluar periódicamente el desarrollo sicomotor que manifieste un niño/a, muy especialmente en los dos primeros años de vida. El crecimiento y el desarrollo sicomotor no se manifiestan en forma independiente, sino que representan una continuidad de interrelaciones entre el potencial genético por una parte, y el medio ambiente por otra. Sin lugar a dudas, la evaluación del desarrollo sicomotor es una actividad importante, al igual que la evaluación del crecimiento físico y son parte integrante de la atención de todo niño/a pues una y otra se complementan.

Se aplicará:

- **Test de ALDRICH Y NORVAL.-** para la evaluación de niños hasta los 12 primeros meses de edad. **Ver Anexo 12**
- **Test de BARRERA MONCADA.-** se usa para la evaluación de los niños desde los 12 meses de edad hasta los 60 meses. **Ver Anexo 13**

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

El niño/a ubicado en la zona blanca superior requiere una valoración más completa, para lo cual se utilizará el Test de Denver. (Normas de atención a la niñez 2005)

- **Test de DENVER**

Desarrollo del niño de 0 a 5 años. **Ver Anexo 14**

‘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.

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.

Cuatro categorías de análisis del Test de Denver:

- Desarrollo de las habilidades motoras o de postura: Refiere a todo aquello que incluye la coordinación corporal y los movimientos
- 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
- 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.

- 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

Los resultados del Test de Denver:

Anormal: Cuando hay dos fallas o más en dos áreas o más.

Dudoso: Cuando hay una falla en varias áreas o dos en una misma.

Irrealizable: Cuando hay tantas fallas que imposibilitan la evaluación

Se considera falla cuando un ítem no se realiza a la edad esperable, es decir a la que lo hace el 90% de los niños”.²⁷

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

A continuación se describe las mediciones recomendadas para la elaboración de índices que permiten determinar y monitorear el estado nutricional en niños y niñas menores de 5 años.

Peso

El peso refleja la acumulación o aumento de los diferentes tejidos del organismo; es un parámetro muy importante y de gran utilidad especialmente en lactantes para estimar el estado nutricional y de la salud en general. **Ver Anexo 7**

Instrumento: Balanza que puede ser con tallímetro o con plato, la graduación debe ser en kilogramos.

Técnica: Verificar que la balanza este calibrada comprobando el “cero”. El niño será pesado sin ropa, excepto una ligera prenda interior. Se debe registrar el peso en KG y fracciones de hasta 10 gramos y graficar en el formulario de la historia clínica única y en el carnet de salud infantil.

Peso

- Nace: 3000-3500 gramos.
- 1° Trimestre: 25-30 gramos/día
- 2° Trimestre: 20 gramos/día
- 3° Trimestre: 10-15 gramos/día

- 4° Trimestre: 10 gramos/día
- 1° Año: 9500-10250
- 1° al 2° año : 2500-3500 gr./año
- Del 2° al 5° año: 2 Kg. Por año

Talla

Es la dimensión que mide la longitud o altura de todo el cuerpo; cuando se le toma en posición acostada se le denomina longitud supina y cuando se le toma en posición de pie, estatura. Se considera la dimensión más útil para la evaluación retrospectiva del crecimiento. **Ver Anexo 9**

Instrumento: Paidómetro, Infantómetro o neonatómetro para niños menores de dos años; posterior a los dos años se utiliza balanza con tallímetro.

Técnica: Niño/a menor de 2 años, en decúbito dorsal (longitud), se requiere de dos personas, una de ellas sujeta la cabeza del niño/ a en decúbito dorsal contra el plano fijo, la persona que realiza la medición sostiene las rodillas y aplica la escuadra móvil a la planta de los pies manteniendo en ángulo recto.

En general la talla de pie es alrededor de 0.7cm menos que la longitud en posición acostada boca arriba. Esta diferencia fue tomada en cuenta desarrollar los nuevos patrones de crecimiento de la OMS usados para elaborar en las fichas de crecimiento por lo tanto, es importante ajustar las mediciones si se toma la longitud en lugar de la talla o viceversa.

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

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

Talla

- Nace: 50 cm.
- 1° Mes: 4 cm. en el mes
- 2° Mes: 3 cm. en el mes
- 3° al 7° Mes: 2 cm. por mes
- 8° al 12° Mes: 1 cm. Por mes
- 1° Año: 72 cm.
- 2° Año: 82 cm.
- Del 2° al 5° Año: 10 cm. por mes.

Perímetro cefálico

Es la medida del contorno de la cabeza en su parte más grande, situado sobre las orejas y cejas. Se mide utilizando una cinta métrica. Al nacer, esta medida puede estar modificada por distintos factores.

La medida del perímetro cefálico forma parte de la rutina del pediatra para verificar el desarrollo sano del niño, tanto al nacer como después en las visitas rutinarias al especialista, normalmente hasta los 3 años de edad. **Ver Anexo 11**

Instrumento: Cinta métrica inextensible de aproximadamente 0,5cm de ancho.

Técnica: Manteniendo la cabeza fija, se medirá la circunferencia máxima, colocando la cinta con firmeza alrededor del hueso frontal en su punto más prominente (protuberancias), rodeando con la cinta la cabeza al mismo nivel por cada lado, por encima de las cejas y de las orejas y aplicándola sobre la prominencia occipital externa en el dorso. La lectura debe hacer en la región parietal izquierda, se medirá el perímetro máximo, en lo posible sin el espesor del pelo. Esta medida se realizara hasta los 2 años de edad y se registrara en centímetro y decimales en el formulario correspondiente.

Perímetro cefálico

- Nace: 33 cm.
- 1° Trimestre: 2 cm. por mes= 39 cm.

- 2° Trimestre: 1 cm. por mes= 42 cm.
- 7° al 12° mes: ½ cm. por mes= 45 cm
- Del 1° al 2° año: 3 cm.= 48 cm
- Del 2° al 5° año: 2cm. = 50 cm

INMUNIZACIONES

La inmunización es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad. Se logra al administrar a un organismo inmuno competente sustancias ajenas a él, no es necesario que estas sustancias sean patógenas para despertar una respuesta inmune.¹⁰

El proceso de inmunización, puede ser de dos tipos:

Inmunización pasiva: Involucra anticuerpos que se producen en el cuerpo de otra persona, como en el caso de los lactantes que poseen inmunidad pasiva, dado que ellos nacen con los anticuerpos que les transfiere la madre a través de la placenta. Dichos anticuerpos desaparecen entre los 6 y 18 meses de edad. Otra forma de obtener la inmunidad pasiva es con la gammaglobulina, la cual es suministrada por un médico y cuya protección es también temporal.

Inmunización activa: a través de la aplicación de vacunas, preparados antigénicos atenuados con el fin de generar una respuesta inmunitaria por parte del organismo; para generar una memoria inmunitaria consistente en la formación de anticuerpos protectores contra el antígeno al que se es expuesto.

A nivel de salud pública se encuentra vigente el programa ampliado de vacunación (PAI).

El PAI es una acción conjunta de las naciones del mundo, pendientes a lograr una cobertura universal de vacunación, con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad infantil causadas por las enfermedades prevenibles.

El esquema de vacunación en los últimos años ha sido modificado por la introducción de nuevas vacunas como: SRP, Pentavalente (DPT+HB+Hib), Rotavirus, Neumococo, HB, y FA en la Región Amazónica.

a) Tamizaje neonatal

El Programa Nacional de Tamizaje Neonatal “Con Pie Derecho, La Huella del Futuro, tiene como objetivo la prevención de discapacidades asociadas a cuatro enfermedades:

- Hipotiroidismo Congénito
- Fenilcetonuria
- Galactosemia
- Hiperplasia Suprarrenal congénita.¹⁰

CONTROL DEL NIÑO SANO

La atención de los niños/as debe contextualizarse en los enfoques de la estrategia Atención Primaria de Salud, Promoción y Prevención de la Salud con motivación, educación y participación de la familia y la comunidad para el logro de los objetivos, respetando su cultura socio-cultural.²⁵

El control del niño/a debe ser una actividad precoz, periódica y con enfoque integral.

- Precoz: la captación dentro del primer mes de vida.
- Integrada: la prestación de los servicios de fomento, protección, recuperación, rehabilitación.
- Periódica: de acuerdo al siguiente esquema de concentración que a continuación se describe:

Concentración Óptima:

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

Concentración Mínima:

- Controles en el 1º, 2º, 4º, 6º, y 12º meses durante el primer año de vida.
- Controles trimestrales durante el 2º año de vida.
- Un control anual entre los 24 y 60 meses de vida.²⁵

ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

Alteraciones en el crecimiento

Pomata Beatriz (2009) menciona como “una desviación del patrón normal del crecimiento de los niños sanos.”³⁰

Las clasificaciones más conocidas de P/E, T/E y P/T, agrupan a los niños en las siguientes categorías de puntaje Z: **Ver anexo 3**

Notas:

1. Un niño en este rango es muy. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos como un tumor productor de hormona de crecimiento. Si usted sospecha un desorden endocrino, refiere al niño en este rango para una evaluación médica (por ejemplo si padres con una estatura normal tienen un niño excesivamente alto para su edad).
2. Un niño cuyo peso para la edad cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con peso para la longitud/talla o IMC para la edad.
3. Un punto marcado por encima de 1 muestra un posible riesgo. Una tendencia hacia la línea de puntuación z 2 muestra un riesgo definitivo.
4. Es posible que un niño con retardo bajo baja talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso.
5. Esta condición es mencionada como peso muy bajo en los módulos de capacitación de AIEPI

Bajo P/E.- M.A. Hinojosa lo describe como el índice que refleja bajo P/T, baja T/E o incluso ambos, el término desnutrición global ha sido usado para describir el indicador P/E, que desafortunadamente puede encubrir “desnutrición crónica” y/o “desnutrición aguda” ya que el P/E no determina totalmente la desnutrición global, estos términos deben ser evitados o usados cuidadosamente. ⁷

Alto P/E.- Según Hinojosa este índice también es indicativo de sobrepeso, además esta relación es poco usada para propósitos de salud pública porque hay otros como alto P/T, que es más útil en la evaluación de sobrepeso como riesgo de obesidad.⁷

Bajo P/T (Delgadez y Desgaste).- la descripción apropiada de bajo P/T es delgadez, este término no necesariamente refleja un proceso patológico, ya que puede asociarse al biotipo heredado, este índice describe la pérdida de peso en un proceso severo y repentino, se debe considerar que el peso bajo se puede deber también a una dieta insuficiente o enfermedad por largo tiempo.⁷

“La ausencia de Desgaste en una población, no implica la ausencia de problemas nutricionales actuales. Por ejemplo, puede haber Retardo en el Crecimiento lineal y otros déficits en ausencia de Desgaste. De igual manera, un bajo P/T no siempre es de inicio reciente o actual, sino puede ser el resultado de una condición crónica en algunas comunidades.”

Alto P/T (Sobrepeso y Obesidad).- este indicador es el más empleado para describir sobrepeso y especialmente obesidad dentro de una población ya que las personas con alto P/T generalmente son obesos. Se debe considerar que el aumento de masa muscular también puede contribuir a un alto peso para la talla. Además se debe acotar que obesidad puede determinarse solamente con la medición de 3 pliegues cutáneos.⁷

Baja T/E (Pequeño o Retardo de Crecimiento).- Según Hinojosa pequeño se refiere a la persona con talla baja por una variación normal o por un proceso

patológico, mientras que retardo del crecimiento se emplea para describir baja talla para la edad de origen patológico, e indica la dificultad para alcanzar el potencial genético de crecimiento lineal debido a condiciones nutricionales y de salud inadecuadas durante largos períodos y en etapas tempranas de la vida.⁷

Alta T/E.- “este indicador es de poco significado en salud pública, dado que no se encuentran comúnmente valores excesivos de T/E, excepto en caso de asociarse a alteraciones del biotipo como en los Síndromes de Marfan y Sotos” .⁷

Perímetro cefálico.- Hinojosa - Sandoval en su libro Crecimiento y Desarrollo enfatiza “Es sumamente importante en los dos primeros años de vida en que su crecimiento es sumamente rápido y puede poner inmediatamente en evidencia trastornos por retardo del crecimiento cefálico como microcefalia por falta de crecimiento cerebral o de los huesos craneales por craneosinostosis, que en cualquier caso requieren inmediata intervención. O a la inversa el desmesurado crecimiento nos pone a pensar en problemas de hidrocefalia, megacéfalia o macrogira entre otros, que requieren evaluación especializada”.⁷

Macrocefalia.- Circunferencia anormalmente grande de la cabeza que se observa en un lactante, es decir, dos o más desviaciones típicas (DT) por encima de la media para su edad y sexo. Puede o no asociarse a hidrocefalia.

Microcefalia.- cabeza de tamaño anormalmente pequeño. Denominado también NANOCEFALIA.

Alteraciones en el desarrollo

En los primeros años de vida, durante la etapa de maduración y crecimiento, los niños experimentan muchos cambios en su desarrollo. A medida que va pasando el tiempo, y los niños van cumpliendo años, se van modificando y asentando los logros iniciales.

Papalia (2005) menciona que durante este desarrollo normal de los niños, se pueden dar distintos factores que alteren dicho desarrollo, esto se da porque el sistema nervioso de ellos se encuentra inmaduro, afectando así su desarrollo motriz, psicológico y cognoscitivo. ¹¹

Whitesell Patricia y otros (2009), señala como alteraciones del desarrollo de la siguiente manera Ver Anexo: ³³

Trastorno en el desarrollo motriz. Se aplica este diagnóstico cuando consideramos se presenta una patología a nivel de vías, centros o circuitos nerviosos implicados en la motricidad. Se incluyen las diferentes formas y grados de parálisis cerebral, espina bífida, miopatías, etc. y también diferentes disfunciones motrices menores (retardo motriz, hipotonía, dificultades en la motricidad gruesa o fina).

Trastorno en el desarrollo del lenguaje. Se incluyen en este grupo las dificultades en el desarrollo de las capacidades comunicativas y verbales tanto a nivel de comprensión del lenguaje como de sus capacidades expresivas o de articulación.

Trastorno de la conducta. Se incluye en este grupo a aquellos niños que presentan formas de conductas inapropiadas y a veces perturbadoras.

DESNUTRICIÓN

Es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición puede ser crónica, aguda y desnutrición según peso para la edad. ³²

La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado o presentar carencia de vitaminas y/o

minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes o mejor conocida como hambre oculta).

Factores que influyen en la desnutrición

Aunque normalmente se menciona a la pobreza como la causa principal de la desnutrición, existen otras causas tan importantes como ésta, tales como la no lactancia materna exclusiva, la presencia de enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias agudas, y otras; la falta de educación y de información sobre la buena o adecuada alimentación, el no consumo de suplementos vitamínicos o alimentos fortificados, y el costo de los alimentos.³²

ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

Es el componente de atención integrada a la población infantil que vincula a los servicios de salud con la comunidad y la familia, para, en primer lugar, efectuar un diagnóstico precoz de las enfermedades prevalentes de la infancia; en segundo lugar, realizar un tratamiento apropiado y completo; y en tercer lugar efectuar acciones de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud.¹⁷

La aplicación de la estrategia AIEPI mejora los conocimientos y prácticas de la familia para el tratamiento y cuidado en el hogar, además que con la aplicación de la Estrategia de AIEPI Comunitario se vincula en una forma más cercana y sostenida todos los actores de la sociedad que de una u otra forma tienen que ver con la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño.

El componente comunitario de AIEPI incluye dieciséis (16) prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables. Dichas prácticas, que se presentan a continuación, contribuyen a:

- Estimular el crecimiento físico y el desarrollo mental
- Prevenir enfermedades

- Brindar la mejor asistencia domiciliaria.
- Identificar precozmente cuándo buscar atención fuera del hogar.

SALUD PÚBLICA

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 y la investigación.

Para esto, cuenta con la participación de especialistas en medicina, biología, enfermería, sociología, estadística, 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 objetivos.

Funciones de la salud pública

- Prevención epidemio-patológica (con vacunaciones masivas y gratuitas),
- 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.
- Gestionar los recursos para asegurar que sus servicios lleguen 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 deberá hacer distinciones entre los habitantes de una misma región.

“Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades”²⁸

Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria de Salud fue definida por la conferencia de Alma Ata como: “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.”²⁵

En América APS es tomada como una estrategia para mejorar el sistema sanitario involucrando a tanto a la población en general como al Sistema de Salud. Representa el primer contacto entre la comunidad y el sistema de salud, llevando así la atención de salud hasta la residencia o lugar de trabajo de las personas; dentro de esta se debe dar educación sobre los principales problemas de salud y su prevención, la promoción de una nutrición adecuada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, incluyendo planificación, inmunización, el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.²⁵

Elementos Conceptuales dentro de APS

- Integral.
- Integrada.

- Continua y permanente.
- Activa.
- Accesible.
- Basada en equipos interdisciplinarios.
- Comunitaria y participativa.
- Programada y evaluable.
- Docente e investigadora.

Salud Materno Infantil

La salud materna infantil (MI) queda englobada dentro de la Salud Pública la cual se define como “el conjunto de actividades encaminadas a promocionar y promover la salud, prevenir la enfermedad, a curar y a rehabilitar a la comunidad en general”. Luego la salud MI es la parte cuyas actividades están encaminadas a atender a la población; madre, recién nacido y familia.

Pero no sólo se ocupa del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, sino también de los problemas de salud de la mujer.

OBJETIVO

La finalidad es el nacimiento de un hijo sano en el seno de una familia capaz de criarlo adecuadamente (entorno familiar saludable), o sea, promover un embarazo, parto y puerperio sin problemas (bienestar materno), asegurar el bienestar del recién nacido hasta la adolescencia y adicionalmente el bienestar familiar (concepto integral; madre, niño y familia). Esta será la base de la salud del adulto.

Control de niño Sano

La atención de los niños/as debe contextualizarse en los enfoques de la estrategia Atención Primaria de Salud, Promoción y Prevención de la Salud con motivación, educación y participación de la familia y la comunidad para el logro de los objetivos, respetando su cultura socio-cultural.

El control del niño/a debe ser una actividad precoz, periódica y con enfoque integral.

- Precoz: la captación dentro del primer mes de vida.
- Integrada: la prestación de los servicios de fomento, protección, recuperación, rehabilitación.
- Periódica: de acuerdo al siguiente esquema de concentración que a continuación se describe:

Concentración Óptima:

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

Concentración Mínima:

- Controles en el 1º, 2º, 4º, 6º, y 12º meses durante el primer año de vida.
- Controles trimestrales durante el 2º año de vida.
- Un control anual entre los 24 y 60 meses de vida.

PROGRAMAS DEL MSP EN BENEFICIO DE LA MADRE Y DEL NIÑO

Programa Integrado de Micronutrientes (PIM)

Fue creado con el objetivo de contribuir a la reducción y prevención de los problemas nutricionales causados por deficiencias de micronutrientes (Fe, Zn, vitamina A, ácido fólico) en la población ecuatoriana de mayor riesgo social y biológico.

El PIM también se apoya en el PEAN. La diversificación de la dieta, es un componente que contribuye a la promoción de una dieta saludable, a través de información, educación y comunicación.

Micronutrientes en polvo (sprinkles O Chis Paz)

Los micronutrientes en polvo, conocidas como sprinkles o Chis Paz como se denominan en el Ecuador, son una propuesta creativa para brindar micronutrientes a niñas y niños pequeños, entre 6 a 60 meses de edad.

Se trata de sobres individuales con una combinación de micronutrientes (hierro encapsulado, zinc, vitamina A, C, D y ácido fólico) que se añaden al alimento para prevenir las anemias por deficiencia de hierro.

Las Chis Paz fueron desarrolladas para superar los efectos secundarios y las desventajas de la suplementación por medio de gotas de hierro.

La entrega de Chispaz se la realiza en las unidades del MSP luego de la consulta integral efectuada por los profesionales de salud.

En el primer contacto, a partir de los seis meses de edad del menor, se entregará una caja con 30 sobres .Se debe indicar a la madre que debe administrar al niño o niña un sobre por día. Los 30 sobres restantes serán entregados en un segundo contacto cuando el niño o niña asista al control.

Efectos secundarios de las Chis Paz

Se han reportados algunos efectos secundarios con la suplementación de Chis Paz, como el oscurecimiento de las heces, constipación y la presencia de la diarrea.

Vitamina A

La suplementación con vitamina A se hace mediante dos vías: a) a través de las Chis Paz que contienen 300ug de Equivalentes de Retinol (RE) equivale a 999 unidades Internacionales b) a través de megas dosis semestrales, en dosis específicas para la edad.

Las cápsulas que se utilizan contienen palmitato de retinol de 50.000UI (15015,015ugRE) Se encuentran disponibles en cajas de 60 unidades, en seis empaques de diez cápsulas cada uno .El número de cápsulas a usar estará de acuerdo a la norma y tipo de beneficiario a suplementar.

La OMS recomienda la suplementación universal de vitamina A con base en la administración periódica a todos los niños y niñas en edad preescolar, con

prioridad en determinados grupos de edad (entre seis meses y los tres años) o en regiones de alto riesgo, en conjunto con la administración de las vacunas.

Efectos secundarios de la administración de la Vitamina A

Generalmente no hay ningún efecto colateral, pero a veces el niño o niña puede comer menos durante un día o tener vómitos o cefalea.

Hierro y Ácido Fólico para embarazadas

Los productos para la suplementación a las embarazadas son tabletas de hierro (hierro polimaltosado) más ácido fólico en una sola presentación; cada comprimido contiene: Complejo de hidróxido de hierro (Polimaltosado equivalente a 60mg de hierro elemental +400mg de ácido fólico.)

Suplementación de hierro y ácido fólico para embarazadas.

Captar lo más temprano posible a la mujer embarazada idealmente en el primer trimestre de embarazo.

Administrar la suplementación durante todo el embarazo, a partir de la captación y continuar el esquema de suplementación hasta tres meses después del parto.

Indicar a la madre que la tableta debe ser ingerida con líquidos (agua o mejor con jugo de frutas cítricas).

No administrarla con leche, infusiones de hierbas, té, soya o café.

Recomendar a la madre tomar la tableta de hierro una a dos horas antes o después de la ingestión de alimentos, a fin de evitar la disminución de la biodisponibilidad del hierro en el organismo.

Efectos secundarios de la administración de Hierro y Ácido Fólico

En ocasiones es posible que las deposiciones se pongan oscuras.

Se puede presentar temporalmente náuseas y estreñimiento. En este caso informar a la gestante sobre las pautas de una alimentación rica en fibra. ³

Programa de Educación Alimentaria Nutricional (PEAN)

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

Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SISVAN)

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

2.5. Hipótesis

“Ser madre adolescente tiene relación con la presencia de alteraciones en el crecimiento antropométrico y desarrollo psicomotriz del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en los Subcentros de Salud de San José de Poaló y Santa Rita del área 6 del MSP de la Provincia de Tungurahua, período Junio 23- Noviembre 23 del 2012.”

2.6. Señalamiento de Variables

Variable Independiente

- Madre Adolescente

Variable Dependiente

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

Término de Relación

- Y su relación

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Enfoque.

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

3.2 Modalidad básica de la investigación

Se trabajará con una modalidad mixta tanto de campo como bibliográfica, pues se investigarán a los hijos de 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 pudiera estar presentando en cuanto a su crecimiento y desarrollo durante los 2 primeros años de vida. Al mismo tiempo se profundizará en el aspecto teórico de esta problemática basándose en criterios científicos de varios autores al igual que se revisarán estándares utilizados por el 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 utilizados en las áreas de trabajo.

3.3.- Nivel o tipo de investigación

La investigación partirá de un nivel exploratorio que nos permita ubicar de manera correcta la situación objeto para continuar en el nivel descriptivo en el que

se comparará las diferentes problemáticas que se presenten en el estudio y finalmente se utilizará la Asociación de variables a fin de identificar si la presencia de alteraciones o patologías en el crecimiento y desarrollo 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 otra.

La investigación será además de tipo transversal y retrospectiva.

- Transversal en cuanto se realizará en un espacio de tiempo limitado.
- Retrospectiva en cuanto se estudiarán a los hijos de madres adolescentes desde Junio 23 a Noviembre 23 período en el cual los niños tendrán edades comprendidas entre 0 meses a 2 años 6 meses.

3.4.- Población y muestra

3.4.1. Población:

El universo del trabajo de esta investigación que se realiza en el área de Salud # 6 del cantón de Píllaro en San José de Poaló y Santa Rita están constituidos por dos médicos rurales quienes son el Director del Subcentro de salud, tres enfermeras, una Auxiliar de Enfermería, una obstetriz y dos odontólogos quienes son los colaboradores del mismo, teniendo una población aproximadamente de 6624 de los cuales se encuentra 10 posibles casos de madres adolescentes.

3.4.2. Muestra

En vista de que los casos de la población de estudio es muy reducida se ha escogido la muestra no Probabilístico y dentro de ella la muestra Intencional ya que por decisión de la parte investigadora se ha seleccionado a todas las madres adolescentes de 10 a 19 años y sus hijos de 0 a 2 años 6 meses, debido a que en número de casos existentes en los sitios de investigación son limitados

3.5 Operacionalización de variables

3.5.1. Variable Independiente: Madre Adolescente

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Se llama madre adolescente a quien ha tenido un embarazo entre los 10-19 años de edad	Madre	Maternidad	¿Afectó la maternidad en su adolescencia?	Ficha de recolección de datos	Historias clínicas Carnet de vacunas
	Adolescente	Cambios físico	Su salud se vio afectada en la maternidad?	Observación	Partes diarios
		Cambio Psicosocial	¿Qué reacciones se dieron en su entorno?		
	Etapas	10-13 años 14-16 años 17-19 años	¿A qué edad tuvo su primer embarazo?		

Tabla N°1. Operacionalización de la Variable Independiente.

Fuente: Dr.Luis Herrera

Elaborado por: Nelly Caillagua

3.5.2 Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del niño

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Proceso continuo que incluye cambios físicos, emocionales de personalidad, conducta, de pensar y de lenguaje así mismo el cambio en el desarrollo psicomotriz del niño	<p>Procesos continuos</p> <p>Cambios físicos</p> <p>Desarrollo psicomotriz</p>	<p>Controles médicos</p> <p>Esquema de vacunación</p> <p>Peso</p> <p>Talla</p> <p>Perímetro Cefálico</p> <p>Desarrollo en los 12 primeros meses</p> <p>Desarrollo desde los 13 meses a 60 meses</p>	<p>¿Con qué frecuencia lleva al niño al control médico?</p> <p>¿Cumple con el esquema de vacunación de acuerdo a la edad del niño?</p> <p>¿El peso, talla, perímetro cefálico en que rango se encuentra?</p> <p>¿De acuerdo al Test de Aldrich y Norval el niño presenta alguna alteración?</p> <p>¿De acuerdo al Test de Barrera Moncada el niño presenta alguna alteración?</p> <p>¿Si encuentra alguna alteración en los Test anteriores aplicará el Test de Denver?</p> <p>¿Cree usted que la elaboración de una guía educativa ayudará a detectar oportunamente las alteraciones en el control del crecimiento y desarrollo del niño?</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Observación</p>	<p>Historias clínicas</p> <p>Carnet de vacunas</p> <p>Partes diarios</p>

Tabla N°2.Operacionalización de la Variable Dependiente.

Fuente: Dr.Luis Herrera

Elaborado por: Nelly Caillagua

3.6. Técnicas e instrumentos

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

La ficha de observación permitirá recolectar información sobre el embarazo, factores protectores, factores agravantes, patologías pre y postnatales, lactancia, alimentación complementaria, vacunas, entre otros. Para valorar el desarrollo se utilizará los Test Aldrich y Norval, Barrera Moncada, y el Test de Denver.

3.7. Plan de recolección de información

Tabla N°3. Plan de recolección de información

Preguntas Básicas	Información
1.- ¿Para qué?	Alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar las hipótesis.
2.- ¿De qué personas u objeto?	Madres adolescentes y de sus hijos del Subcentro de Salud de San José de Poaló y Santa Rita.
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Embarazo en madres adolescentes y crecimiento y desarrollo del niño.
4.- ¿Quién /Quienes?	Investigadora: Nelly Mercedes Caillagua Pastuña
5.- ¿Cuándo?	Período Junio 23-Noviembre 23 del 2012
6.- ¿Dónde?	Subcentros de salud de las parroquias de San José de Poaló y Santa Rita, del cantón de Píllaro.
7.- ¿Cuántas veces?	Las veces que sean necesarias

8.- ¿Qué técnicas de recolección?	Observación, Entrevista
9.- ¿Con qué?	Cuestionario, esfero, lápiz, papel
10.- ¿En qué situación?	Ambiente favorable, poco accesible

3.8 Recolección de la información

Por medio de la técnica de observación directa se recopiló los datos requeridos para el alcance de los objetivos e hipótesis planteada.

Se realizó la revisión crítica de la información recogida para pulir la información defectuosa contradictoria no pertinente.

Una vez que fueron codificados los datos obtenidos en el estudio se procedió al análisis e interpretación de los resultados.

El Análisis se realizó en forma literal, sobre la base de los porcentajes de cada ítem.

La presentación de los resultados se lo realiza en cuadros y estos van acompañados de sus cuadros estadísticos.

3.9. Plan de procesamiento de la información

Luego de la aplicación de la observación a las madres adolescentes y al equipo de salud a través de la estadística descriptiva, se tabularán los datos y se realizará cuadros y gráficos de los diferentes aspectos que se investigará, para de este modo inferir las conclusiones que llevan a verificar la hipótesis planteada.

CAPITULO VI

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de fichas de observación dirigidas a las madres adolescentes

TABLA N°-1

INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES POR GRUPO ETARIO.

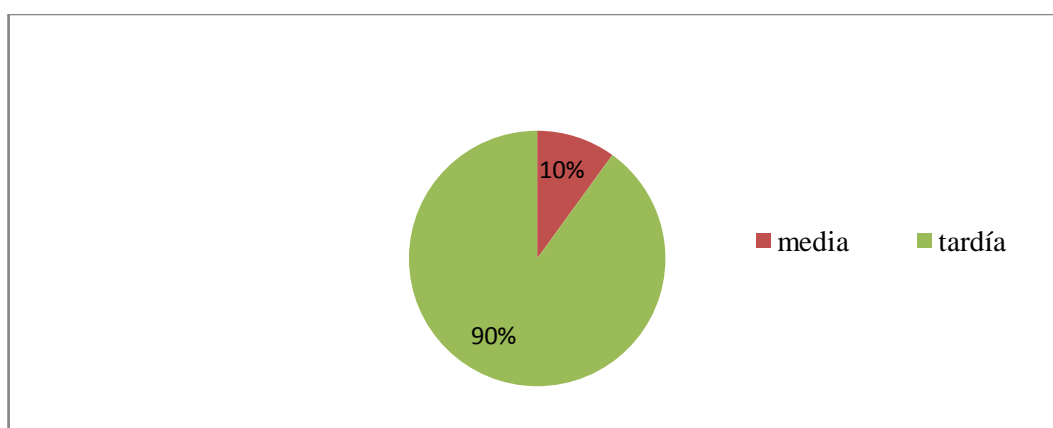
Grupo Etario de madres adolescentes	Número De Madres	%
temprana (10-13 años)	0	0%
media (14-16 años)	1	10%
tardía (17-19 años)	9	90%
Total	10	100%

Fuente: H.CL. Subcentros de salud San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

GRÁFICO N°- 1

INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES POR GRUPO ETARIO



Fuente: H.CL. SCS de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos recogidos de la parroquia de San José de Poaló y Santa Rita, muestran que existe una mayor incidencia de madres adolescentes dentro de la adolescencia tardía; esto se debe generalmente a la actividad de trabajo que la mayoría de adolescentes realizan y a la falta de información sobre sexualidad ocasionando consecuencias negativas en el bienestar de la joven madre.

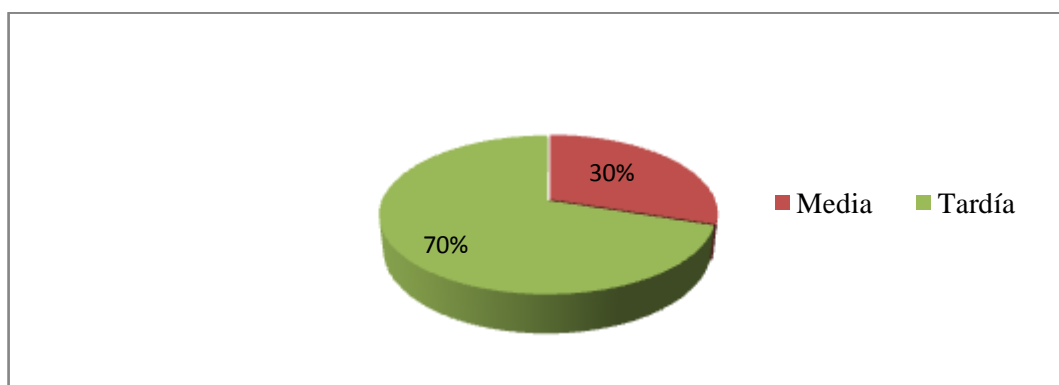
TABLA N°- 2
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

Grupo Etario de madres adolescentes	Número De Madres	%
temprana (10-13 años)	0	0%
media (14-16 años)	3	30%
tardía (17-19 años)	7	70%
Total	10	100 %

Fuente: H.CL. Subcentros de salud San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

GRÁFICO N°. 2
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES



Fuente: H.CL. del Subcentro de salud San José de Poaló y Santa Rita.

Elaborado por: Nelly Caillagua

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se puede evidenciar que en la comunidad el inicio de las relaciones sexuales predomina a la edad de 17-19 en adolescencia tardía porque se ha convertido en un tema muy liberal para los jóvenes en la que se toma con una actitud poco responsable sin pesar las consecuencias que conlleva el acto sexual.

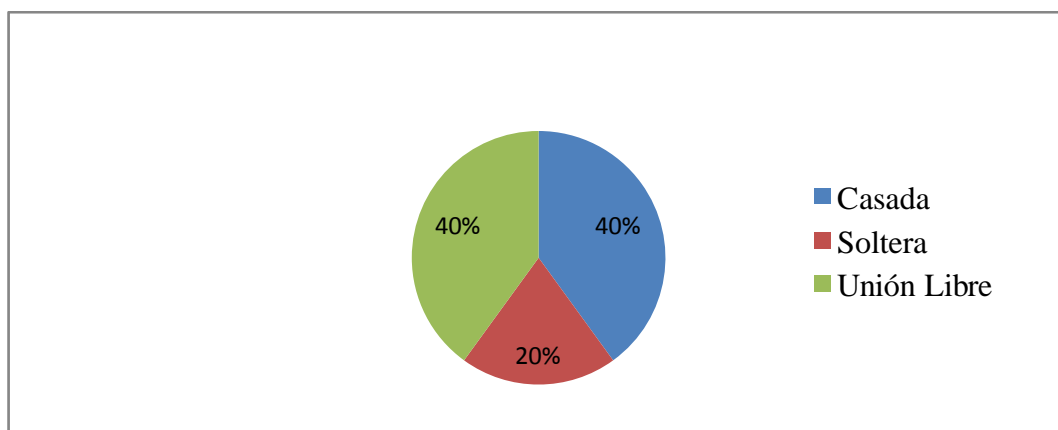
TABLA N°- 3
ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES

Estado civil	Número de madres	%
Casada	4	40%
Soltera	2	20%
Unión libre	4	40%
Total	10	100%

Fuente: H.CL. Subcentros de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

GRÁFICO N° 3
ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES



Fuente: H.CL. del Subcentro de salud San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se puede concluir que en su mayoría viven en unión libre, en muchos de los casos las jóvenes conviven con sus parejas obligadas por sus padres, a pesar que se puede decir que tiene el apoyo de sus parejas no están preparadas para asumir un nuevo papel como madre, esto también es un factor de riesgo ya que hay más posibilidades de que se produzca un nuevo embarazo.

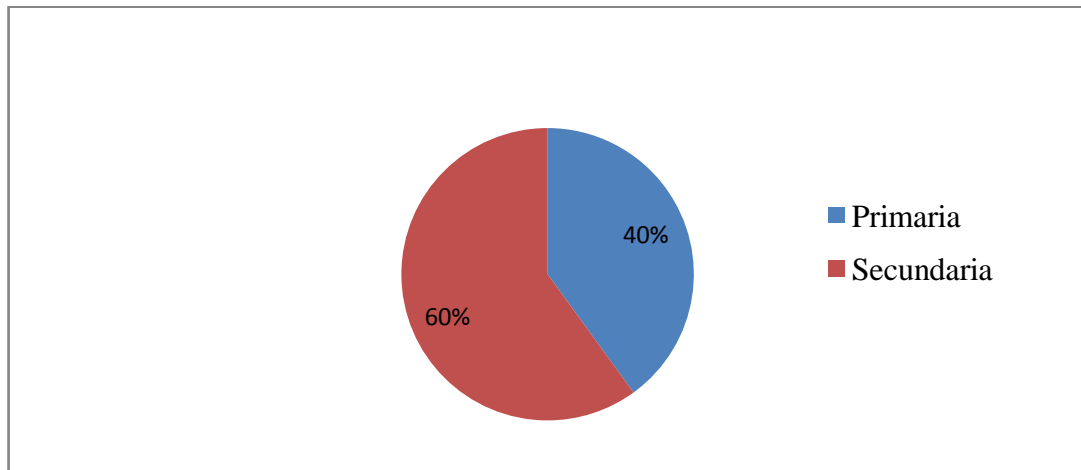
TABLA N°- 4
NIVEL DE EDUCACIÓN

Nivel de educación	Número de madres	%
Primaria	4	40%
Secundaria	6	60%
Total	10	100%

Fuente: H.CL. Subcentros de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

GRÁFICO N° 4
NIVEL DE EDUCACIÓN



Fuente: H.CL. del Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se puede evidenciar que en el lugar de investigación predomina una educación secundaria lo que perjudican en el buen vivir de la familia y por ende afecta en el crecimiento y desarrollo del niño al no gozar con los nutrientes y atenciones necesarias.

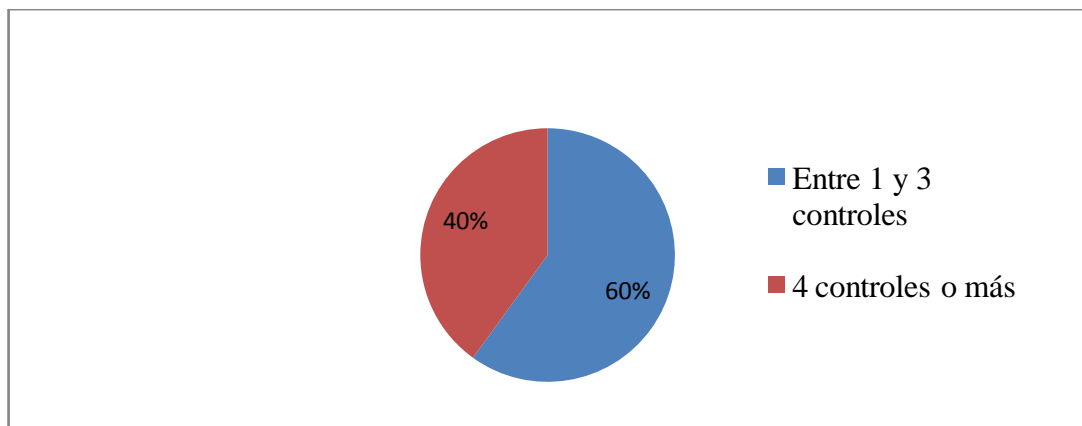
TABLA N°- 5
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS MADRES
ADOLESCENTES EN LOS SUBCENTROS DE SALUD DE SAN JOSÉ DE
POALÓ Y SANTA RITA

Controles prenatales	Número de madres	%
Entre 1 y 3 controles	6	60%
4 controles o más	4	40%
Total	10	100 %

Fuente: H.CL. Subcentros de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

GRÁFICO N° 5
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS MADRES
ADOLESCENTES EN LOS SUBCENTROS DE SALUD DE SAN JOSÉ DE
POALÓ Y SANTA RITA



Fuente: H.CL. del Subcentro de salud San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el caso de las comunidades en investigación se puede evidenciar que no tienen un adecuado control de su embarazo es decir no cumplen con los controles mínimos que garanticen un embarazo sin riesgos y posibles alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño.

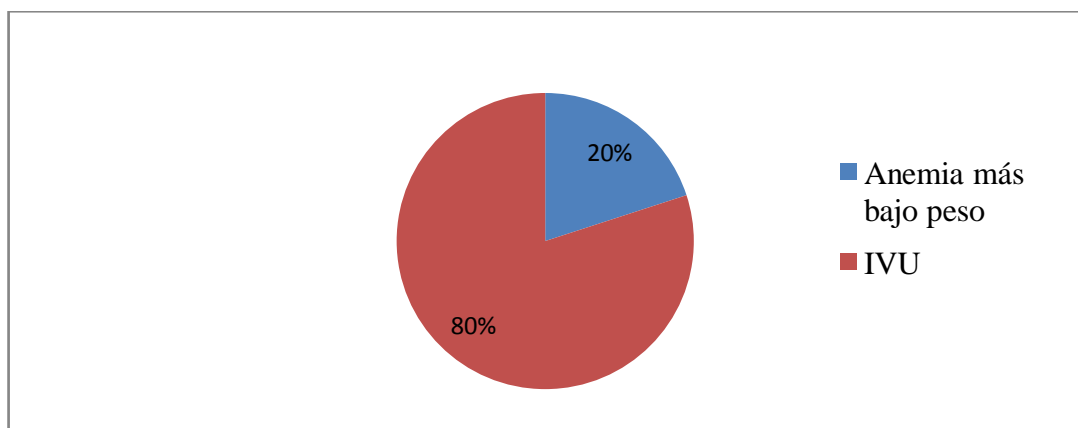
TABLA N°- 6
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO DE LAS MADRES
ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y
SANTA RITA

Tipo De Complicaciones	Número De Madres	%
Ninguna	0	0%
Hemorragias	0	0%
Preeclampsia	0	0%
Anemia más bajo peso	2	20%
IVU	8	80%
Vaginitis	0	0%
R.C.I	0	0%
Total	10	100%

Fuente: H.CL. Subcentros de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

GRÁFICO N°. 6
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO DE LAS MADRES
ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y
SANTA RITA



Fuente: H.CL. del Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Por lo que se puede ver en los resultados la mayor complicación de las madres adolescentes con mayor frecuencia son las IVU pues al experimentar un cambio biológico el cuerpo de la adolescente por su embarazo tiene a adquirir varios cambios.

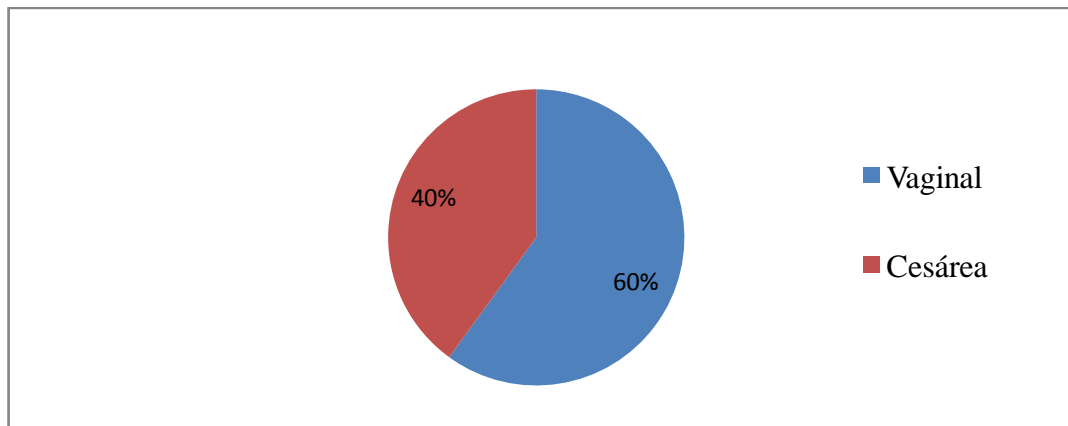
TABLA N°- 7
TIPOS DE PARTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y SANTA RITA.

Tipo de parto	Número de madres	%
Vaginal	6	60%
Cesárea	4	40%
Total	10	100%

Fuente: H.CL. Subcentros de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

GRÁFICO N° 7
TIPOS DE PARTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN JOSÉ Y SANTA RITA



Fuente: H.CL. Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se puede evidenciar en las comunidades de investigación optan por el parto normal debido a creencias de fortaleza y al miedo de atención en área médica.

Ya que el parto en las adolescentes es un alto riesgo por las múltiples complicaciones que puede ocasionar.

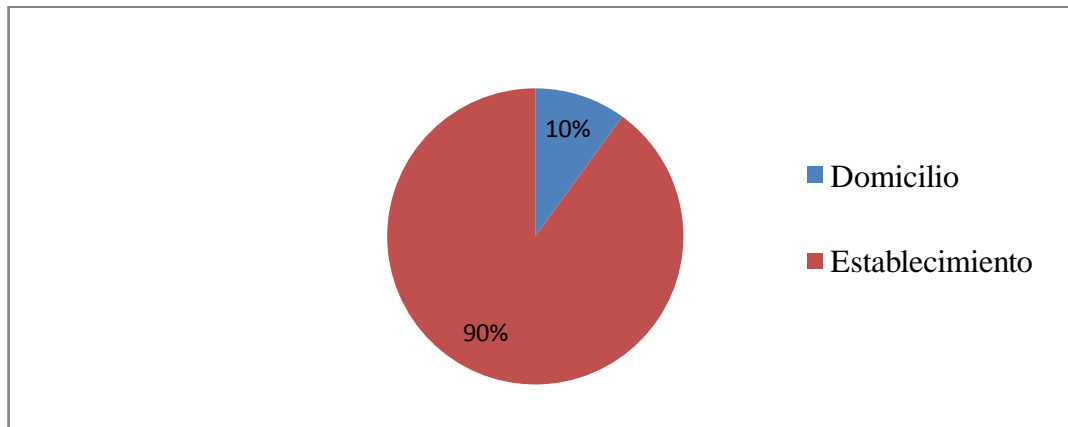
TABLA N°- 8
LUGAR DEL PARTO

Lugar del parto	Número de madres	%
Domicilio	1	10%
Establecimiento	9	90%
Total	10	100%

Fuente: H.CL. Subcentros de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

GRÁFICO N° 8
LUGAR DEL PARTO



Fuente: H.CL. del Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que existen complicaciones, asimismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas por lo que se puede observar que existen más casos de madres adolescentes que tuvieron el parto en establecimiento.

4.2 Análisis e interpretación de fichas de observación dirigidas a los niños

TABLA N°- 9

COMPLICACIONES NEONATALES DE HIJOS DE MADRES
ADOLESCENTES DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y SANTA RITA

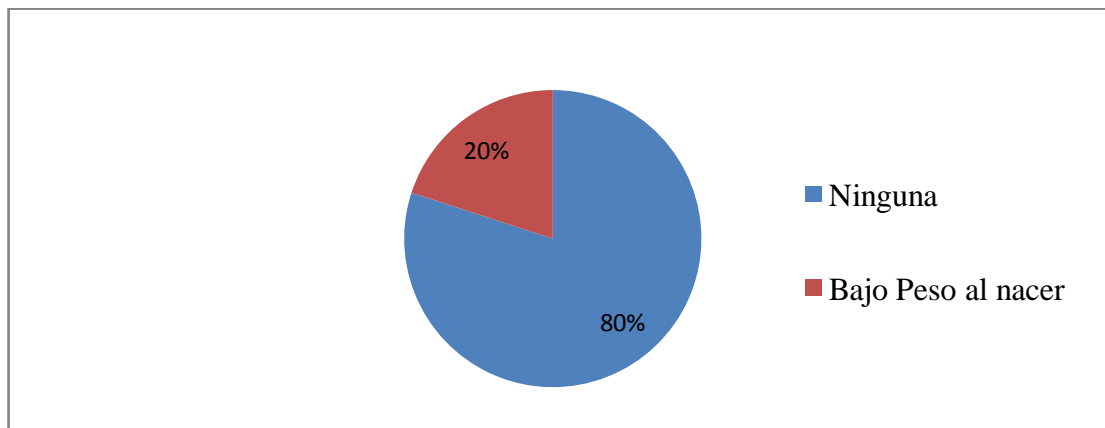
Complicaciones neonatales	Número de niños	%
Ninguna	8	80%
Asfixia neonatal	0	0%
Bajo peso al nacer	2	20%
Bilirrubinemia	0	0%
Total	10	100%

Fuente: H.CL. Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

GRÁFICO N° 9

COMPLICACIONES NEONATALES DE HIJOS DE MADRES
ADOLESCENTES DEL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN JOSÉ DE
POALÓ Y SANTA RITA



Fuente: H.CL, Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar complicaciones al nacimiento como, bajo peso al nacer y prematuridad, además pueden presentar alteraciones en el crecimiento y desarrollo. En el área de estudio la complicación que se menciona es un caso de bajo peso al nacer, dependiente a la edad y alimentación de la madre.

TABLA N°- 10

LACTANCIA MATERNA DE HIJOS DE MADRES ADOLESCENES DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y SANTA RITA.

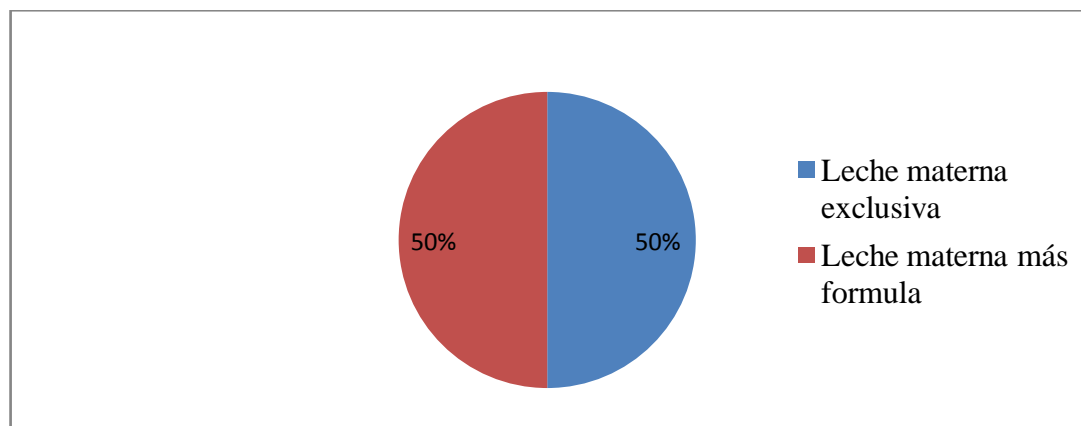
Lactancia materna	Número de niños	%
Leche materna exclusiva	5	50%
leche materna + formula	5	50%
Formula	0	0%
Total	10	100%

Fuente: H.CL. Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

GRÁFICO N° 10

LACTANCIA MATERNA DE HIJOS DE MADRES ADOLESCENES DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y SANTA RITA



Fuente: H.CL, Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La leche materna se define como el alimento efectivo para los recién nacidos debido a que brinda todos los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, además aumenta el sistema inmunológico por lo que se puede apreciar en el gráfico la mitad de madres adolescentes desconocen el tiempo de lactancia exclusiva para su hijo.

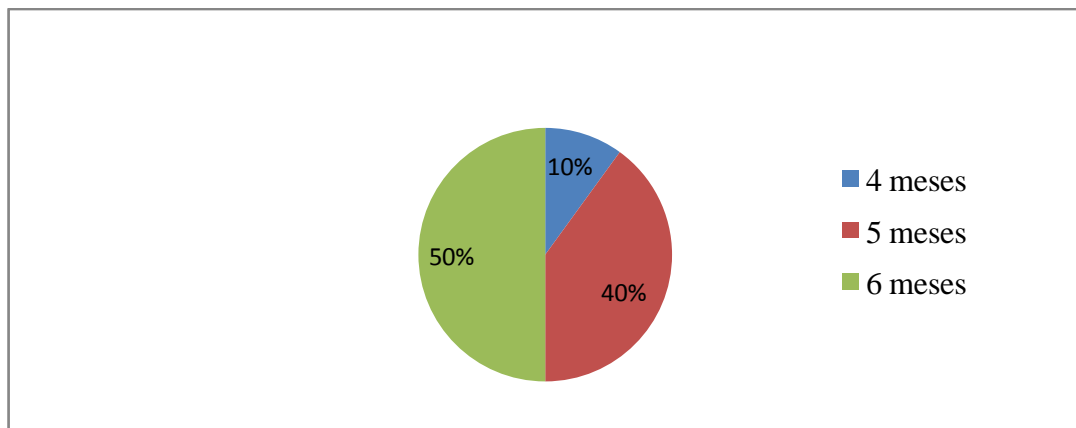
TABLA N°- 11
INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE HIJOS DE
MADRES ADOLESCENES DEL S.C.S DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y SANTA
RITA.

Inicio de la alimentación complementaria	Número de niños	%
3 meses	0	0%
4 meses	1	10%
5 meses	4	40%
6 meses	5	50%
Total	10	100%

Fuente: H.CL. Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

GRÁFICO N° 11
INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE HIJOS DE
MADRES ADOLESCENES DEL SUBCENTRO DE SALUD DE SAN JOSÉ DE
POALÓ Y SANTA RITA



Fuente: H.CL, Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La alimentación complementaria se recomienda comenzarla después de los seis primeros meses de vida, la leche materna aporta solo el 50% de las necesidades alimentarias del niño por lo que se debe complementar con alimentos nutritivos, a ver en el cuadro existe introducción precoz de alimentos a los niños facilitando posibles problemas gastrointestinales en los mismos.

TABLA N°- 12

**ENFERMEDADES RELEVANTES DE HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES
DEL S.C.SDE SAN JOSÉ DE POALÓ Y SANTA RITA**

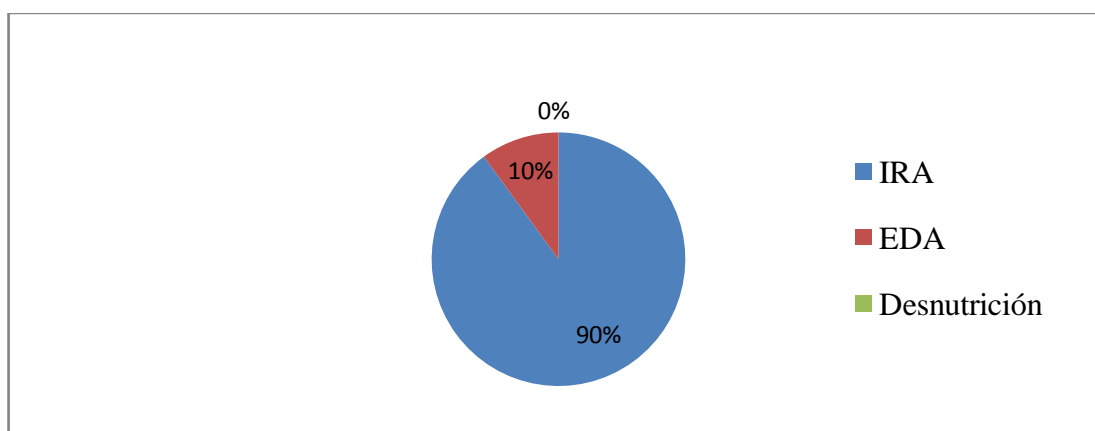
Enfermedades relevantes	Número de niños	%
IRA	9	90%
EDA	1	10%
Desnutrición	0	0%
Total	10	100%

Fuente: H.CL. Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

GRÁFICO N° 12

**ENFERMEDADES RELEVANTES DE HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES
DEL S.C.S DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y SANTA RITA.**



Fuente: H.CL, Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se puede evidenciar en las comunidades de investigación existe mayor incidencia de IRAS como enfermedad relevante de la infancia debido al inicio precoz de la alimentación complementaria y el ambiente en el que se relacionan, muchos de

ellos tienen contacto con tierra ,polvo y a cambios bruscos de temperatura que ocasiona alteraciones gastrointestinales y respiratorias.

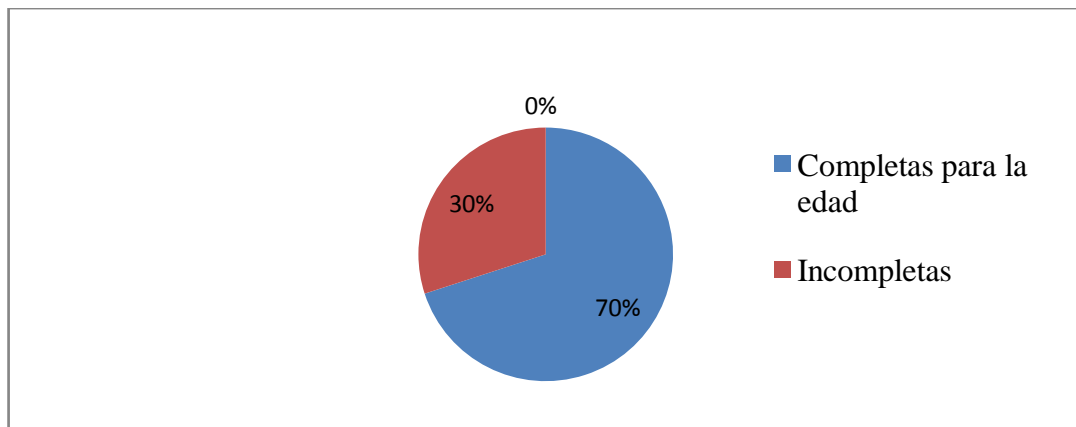
TABLA N°- 13
ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE HIJOS DE MADRES ADOLESCENES
DEL S.C.S DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y SANTA RITA

Esquema de vacunación	Número de niños	%
Completas para la edad	7	70%
incompletas	3	30%
Total	10	100%

Fuente: H.CL. Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

GRÁFICO N° 13
ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES
DEL S.C.S DE SAN JOSÉ DE POALÓ Y SANTA RITA



Fuente: H.CL, Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se puede evidenciar en los niños que son objetos de nuestra investigación que la mayor parte de ellos tienen el esquema de vacunación acorde con su edad puesto que las madres adolescentes son responsables en sus controles médicos.

4.3 Comprobación de hipótesis

4.3.1 Peso

4.3.1.1 Hipótesis

Hipótesis Nula Ho: Los valores del peso en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita, no difiere de los valores referenciales.

Hipótesis Alternativa H1: Los valores del peso en niños y niñas hijos/as de madres adolescentes de subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita, difieren de los valores referenciales.

4.3.1.2 Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales del peso de los hijos de madres adolescentes de San José de Poaló y Santa Rita, del periodo Junio 23 a Noviembre 23 del 2012

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

	<i>Peso investigado</i>	<i>Peso referencial</i>
Media	7,84	8,3
Varianza	4,42711111	4,54222222
Observaciones	10	10
Varianza agrupada	4,48466667	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	18	
Estadístico t	-0,48571079	
P(T<=t) una cola	0,31651597	
Valor crítico de t (una cola)	1,73406361	
P(T<=t) dos colas	0,63303194	
Valor crítico de t (dos colas)	2,10092204	

Fuente: Ficha de recolección de datos de las madres adolescentes del subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

4.3.1.3 Significancia

NS= 0,05

GI= 18

4.3.1.4 Resultado

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

4.3.2 Talla

Hipótesis Nula Ho: Los valores de la Talla en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes de los Subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita, no difiere de los valores referenciales.

Hipótesis Alternativa H1: Los valores de la Talla en niños y niñas hijos/as de madres adolescentes del subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita, difieren de los valores referenciales.

4.3.2.2 Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales de la talla de los hijos de madres adolescentes de los Subcentros de salud de San José de Poaló y Santa Rita, del periodo Junio 23 a Noviembre 23 del 2012

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

	<i>Talla Inves</i>	<i>Talla ref.</i>
Media	68,95	71,6
Varianza	94,5805556	85,3222222
Observaciones	10	10
Varianza agrupada	89,9513889	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	18	
Estadístico t	-0,62477974	
P(T<=t) una cola	0,26997773	
Valor crítico de t (una cola)	1,73406361	
P(T<=t) dos colas	0,53995546	
Valor crítico de t (dos colas)	2,10092204	

Fuente: Ficha de recolección de datos de las madres adolescentes del subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita registros

Elaborado por: Nelly Caillagua

4.3.2.3 Significancia

NS= 0,05

Gl= 18

4.3.2.4 Resultado

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

4.3.3 Perímetro Cefálico

Hipótesis Nula Ho: Los valores del perímetro cefálico en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes de los subcentros de salud de San José de Poaló y Santa Rita, no difiere de los valores referenciales.

Hipótesis Alternativa H1: Los valores de la Talla en niños y niñas hijos/as de madres adolescentes de los subcentros de salud de San José de Poaló y Santa Rita, difieren de los valores referenciales.

4.3.3.2 Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales del perímetro cefálico de los hijos de madres adolescentes de los Subcentros de salud de San José de Poaló y Santa Rita, del periodo Junio 23 a Noviembre 23 del 2012

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales

	<i>Perímetro ci</i>	<i>Perí c ref</i>
Media	45,47	46,49
Varianza	102,600111	112,836556
Observaciones	10	10
Varianza agrupada	107,718333	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	18	
Estadístico t	-0,21975581	
P(T<=t) una cola	0,41426713	
Valor crítico de t (una cola)	1,73406361	
P(T<=t) dos colas	0,82853426	
Valor crítico de t (dos colas)	2,10092204	

Fuente: Ficha de recolección de datos de las madres adolescentes del subcentro de salud de San José de Poaló y Santa Rita

Elaborado por: Nelly Caillagua

4.3.3.3 Significancia

NS= 0,05

GI= 18

4.3.3.4 Resultado

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

De éste proceso se obtuvo un t calculado a un promedio de 18 grados de libertad en los dos Subcentros ,menor al t crítico ; lo cual indica en términos generales que no existe diferencia significativa entre el valor promedio poblacional y el valor

promedio referencial dado en las tablas de crecimiento establecidas por la OMS y OPS, por otra parte de acuerdo a los resultados del Test de Aldrich , Norval y Barrera Moncada podemos apreciar que no existe alteraciones en el desarrollo de los niños/as de los dos Subcentros de salud al igual que en las tablas de AIEPI .

Por lo anterior descrito podemos decir que la hipótesis se rechaza.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Una vez recolectados, analizados e interpretados los datos obtenidos en el presente estudio se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Se determinó que hay mayor incidencia de madres adolescentes dentro de la Adolescencia Tardía (17-19 años), respectivamente, factor que se relaciona con el inicio precoz de las relaciones sexuales como consecuencia de la falta de conocimientos sobre sexualidad y métodos de planificación familiar.
- Los hijos de madres adolescentes en cuanto a la evaluación del crecimiento presentan una leve disminución del peso, pero a pesar de esta disminución se determinó que se encontraban dentro de los parámetros normales dados por el Ministerio de Salud Pública.
- Se puede evidenciar a esto que pese a los riesgos que conlleva el ser madre adolescente y sus posibles alteraciones en el niño existe la adecuada cultura en salud de este grupo de madres adolescentes ha disminuido notablemente sus riesgos.

5.2 Recomendaciones

Al analizar cada una de las conclusiones se ha planteado las siguientes recomendaciones, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las madres adolescentes y sus hijos:

- Concientizar a las adolescentes sobre la importancia de prevenir los embarazos precoces a través del desarrollo de campañas educativas y sociodramas sobre; métodos anticonceptivos. Además es indispensable la ejecución de talleres sobre los controles prenatales y medidas para prevenir complicaciones durante el embarazo.
- Que el personal de salud de estas comunidades realicen evaluaciones periódicas del peso, talla y desarrollo del niño mediante la aplicación del test de Denver que ayude a la identificación de alteraciones tempranas de los mismos y un seguimiento domiciliario para identificar factores de riesgo en el medio en el que se desarrollan
- En base al análisis de la investigación se ha podido estimar que muy pocos niños cumplen con el número de controles óptimos, por lo que se propone un plan de capacitación sobre métodos anticonceptivos y el control del niño sano, con el objetivo de mejorar el grado de conocimientos de sus madres sobre la importancia de los mismos, a la vez permitir la detección oportuna de enfermedades y contribuir a mejorar la calidad de vida y salud de los niños.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1.DATOS INFORMATIVOS

6.1.1. Título de la propuesta

Plan de capacitación destinado a mejorar el nivel de conocimiento en las madres adolescentes sobre planificación familiar y el control del niño sano en la Parroquia de San José de Poaló y Santa Rita del cantón Píllaro, pertenecientes al Área de Salud N°6”.

6.1.2 Institución Ejecutora

Universidad Técnica de Ambato/ Facultad de Ciencias de la Salud/ Carrera de Enfermería.

6.1.1 Beneficiarios

Madres adolescentes e hijos de las madres adolescentes, residentes en la Parroquia de San José de Poaló y Santa Rita.

6.1.2 Ubicación

Provincia de Tungurahua, Subcentro de Salud de la parroquia de San José de Poaló y Santa Rita, del cantón de Píllaro.

6.1.3 Tiempo Estimado para la Ejecución

Fecha de Inicio	Fin
Junio 2012	Noviembre 2012

6.1.4 Equipo Técnico Responsable

Nelly Mercedes Caillagua Pastuña
Personal de salud

6.1.5 Costo

Tabla N° 17 Rubro de gastos de la ejecución de la propuesta

RUBRO DE GASTOS	Costos
Material de Escritorio	100\$
Transporte	50\$
Material Didáctico	100\$
Total	250\$

Elaborado por: Nelly Caillagua.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

En la investigación realizada de “Madres Adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses en el Subcentro de Salud de San José de Poaló y Santa Rita pertenecientes al área de salud N° 6 del Ministerio de Salud Pública del Cantón Pillaro de la Provincia de Tungurahua”, se determinó que la edad promedio de madres adolescentes se encuentra entre un rango de edad de 17- 19 años durante la adolescencia tardía, por lo que éste dato es muy significativo para el direccionamiento de la investigación.

Se notó que en las madres adolescentes en el estudio predominaba como estado civil la unión libre lo que en muchos de los casos determina el valor del embarazo para la mujer.

En el nivel de escolaridad de las madres adolescentes se miró que la mayor parte solamente habían terminado el nivel primario de instrucción.

En la morbilidad durante el embarazo, se encontró que de las 10 madres adolescentes 2 presentaban anemia al momento del embarazo, 8 presentaron infección de vías urinarias.

De los 10 hijos de madres adolescentes en estudio en ninguno se encontró la evaluación del Test de Denver y solo pocos cumplieron con el nivel mínimo de controles lo que evidencia la falta de conocimientos de las madres adolescentes sobre la importancia de los controles de salud del niño sano.

Al analizar dicha información se puede apreciar que la mayoría de las madres adolescentes desconocen la importancia de llevar a sus hijos a los controles de salud, lo cual se considera como un aspecto negativo ya que no permite la rápida detección de factores de riesgo y problemas de salud de los niños, además se evidencia la falta de conocimientos de las jóvenes madres sobre métodos de planificación familiar.

Por estas razones se plantea la ejecución de un plan de capacitación dirigido a las madres adolescentes del Subcentro de San José de Poaló y Santa Rita sobre planificación familiar y el Control del niño sano.

6.3.JUSTIFICACIÓN

Partiendo del conocimiento de que el embarazo precoz, es un factor de riesgo tanto para la joven madre como para su hijo, podemos decir que el crecimiento y

desarrollo de los niños y el proyecto de vida de las adolescentes se ven truncados por el hecho de asumir una gran responsabilidad a su corta edad.

La etapa de la maternidad conlleva consigo múltiples funciones no solo de brindar afecto a su hijo sino también de proporcionar los cuidados apropiados para que éste tenga un buen futuro biopsicosocial.

Los controles de salud del niño sano son de mucha importancia ya que estos nos ayuda a detectar a tiempo enfermedades o problemas que puede presentar el niño durante su crecimiento y desarrollo, de esta manera se brindará el tratamiento oportuno.

Cuando inician su actividad sexual, la mayoría de la jóvenes carecen de conocimientos exactos acerca de la reproducción y la sexualidad, no tienen acceso a servicios de salud reproductiva, incluyendo anticoncepción, trayendo como consecuencia embarazos no deseados, esto ocurre por la falta de acceso a la información y servicios de planificación familiar, baja calidad de los servicios, creencias personales o religiosas, limitada capacidad de decisión de las mujeres en referencia a la relación sexual o el uso de anticonceptivos. Por lo cual es importante implementar un programa educativo sobre métodos de planificación familiar que respondan a las necesidades del usuario y permitan a las adolescentes alcanzar sus metas individuales de fecundidad, paternidad y maternidad responsables.

La atención de los niños/as debe contextualizarse en los enfoques de la estrategia Atención Primaria de Salud, Promoción y Prevención de la Salud con motivación, educación y participación de la familia y la comunidad para el logro de los objetivos, respetando su cultura socio-cultural.

El control del niño/a debe ser una actividad precoz, periódica y con enfoque integral.

- Precoz: la captación dentro del primer mes de vida.

- Integrada: la prestación de los servicios de fomento, protección, recuperación, rehabilitación.
- Periódica: de acuerdo al siguiente esquema de concentración que a continuación se describe:

Concentración Óptima:

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

Concentración Mínima:

- Controles en el 1^o, 2^o, 4^o, 6^o, y 12^o meses durante el primer año de vida.
- Controles trimestrales durante el 2^o año de vida.
- Un control anual entre los 24 y 60 meses de vida.

6.4.OBJETIVOS

6.4.1 Objetivo General

Desarrollar un plan de capacitación destinado a mejorar el nivel de conocimiento en las madres adolescentes sobre planificación familiar y control del niño sano en la Parroquia de San José de Poaló y Santa Rita del cantón Píllaro, pertenecientes al Área de Salud N°6”.

6.4.2. Objetivos Específicos

- Profundizar los conocimientos sobre planificación familiar y el control de salud del niño sano, dirigidas a las madres adolescentes.

- Educar a las madres adolescentes sobre el número de controles que debe tener el niño de acuerdo a la edad y las actividades que se realizan en cada una de ellas, así como la importancia de los métodos de planificación.
- Evaluar el impacto de los conocimientos impartidos a las madres adolescentes.

6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Es factible el desarrollo de la presente propuesta por los siguientes aspectos:

- **Sociocultural.-** para plantear la siguiente propuesta se realizó una investigación previa que a más de ayudar en el planteamiento del problema, brindó la oportunidad de contactarse con la población en estudio y conocer de cerca su estilo de vida.
- **Organizacional.-** durante la entrevista se logró contactar a las autoridades de la población en estudio brindándonos su apoyo para el desarrollo del presente proyecto; además se cuenta con el respaldo la Universidad Técnica de Ambato ya que gracias a los programas con los que cuenta, entre ellos el de Vinculación con la Comunidad nos ayuda en el desarrollo del mismo y por ende a obtener los permisos legales de las instituciones involucradas.
- **Ambiental.-** antes de desarrollar la presente propuesta se pondrá mucho énfasis en propiciar el ambiente adecuado de trabajo, poniendo en práctica todos los valores para de esta manera llegar con el mensaje oportuno a dicha población.
- **Económica financiera.-** se cuenta con los recursos económicos necesarios para la elaboración de esta propuesta.

6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA

La incidencia de embarazos en la adolescencia se relaciona, entre otros aspectos, con limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la información y la educación.

A pesar de que existe una alta aceptación del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes varones y mujeres (aproximadamente 90%), este grupo poblacional es el menos expuesto a mensajes de planificación familiar, presenta el porcentaje más bajo de conversaciones con proveedores de servicios, tiene el menor porcentaje sobre el conocimientos de fuentes, así como una mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos.

La educación, además de ampliar las aspiraciones de los y las adolescentes y de potenciar sus posibilidades de inserción productiva, contribuye a la preparación para la vida sexual y reproductiva y el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Los medios de comunicación juegan un rol importante profundizando la paradoja de que adolescentes y jóvenes tienen mayor acceso a información, pero no se garantiza la calidad y veracidad de la misma, esto afecta la toma de decisiones informadas y autónomas.

6.6.1. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

CLASES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Métodos Naturales:

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

Ritmo

Permite hacer relaciones sexuales: 8 días después de iniciada la menstruación y 8 días antes de la fecha próxima probable

Moco cervical

Prohíbe hacer relaciones sexuales cuando el moco se hace muy viscoso y al tratar de separarlo entre los dedos (entre el primer dedo y segundo dedo p.e.) se extiende más de 3cm de longitud.

Temperatura Basal

Permite tener relaciones sexuales a partir de la tercera noche en que la mujer ha comprobado un aumento de su temperatura corporal (menos de 1 grado centígrado) hasta la próxima menstruación. La mujer debe medirse la temperatura vaginal, cada mañana y confeccionar una gráfica, alrededor de la mitad de su ciclo verá que la temperatura se eleva, es el momento más peligroso, pero luego de tres días ya no hay peligro.

Estos métodos se prefieren usar en aquellas mujeres muy responsables

También se considera a la **lactancia materna** exclusiva como un método anticonceptivo natural, aunque si una mujer está dando de lactar para mayor seguridad se recomienda el uso de algún otro método complementario a partir del primer mes posterior al parto.

Métodos de Barrera

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

Preservativo

Se le conoce como condón, el cual debe recubrir totalmente el pene, único método anticonceptivo que ayuda a prevenir el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Diafragma

Es un dispositivo colocado en la mujer dentro del introito vaginal. Es poco usado por su dificultad en la colocación, y molestias que genera

Óvulos Vaginales

Tienen contenido espermicida, se debe colocar la mujer un óvulo quince minutos antes de la relación sexual, y dejarlo allí por lo menos 6 horas después de haber terminado la relación para que tenga efecto.

Métodos Hormonales

Son aquellos métodos basados en el uso de hormonas sexuales (estrógenos y/o progestágenos), cuyos objetivos finales son impedir que se desarrolle la ovulación en la mujer, y generar condiciones adversas en la vagina, cervix y endometrio que impidan que se llegue a realizar la fecundación (unión del espermatozoide con el ovulo).

Anticonceptivos orales combinados

Son fármacos de contenido hormonal que contienen estrógenos y progéstagenos, que se deben tomar diariamente por vía oral para evitar el embarazo, son muy eficaces.

Anticonceptivos orales de solo progéstágenos

Son fármacos que solo contienen progéstagenos, y que también se toman diariamente, se usan en aquellas mujeres que están dando de lactar, que tienen anemia o no pueden recibir estrógenos.

Inyecciones

Consiste en colocarse inyecciones de contenido hormonal, al igual que los anticonceptivos orales, pueden haber de contenido combinado (estrógenos y progestágenos) o de solo progestágenos. Se pueden aplicar cada uno, dos o tres meses.

Implantes

Consiste en la implantación debajo de la piel del brazo de cápsulas delgadas y flexibles que contienen levo-norgestrel o desogestrel, progestágenos que se liberan sostenidamente y ejercen su función. El método dura entre 3 a 5 años.

Parches

Es un método hormonal que consiste en adherir a la piel parches de uso semanal (3 parches durante los primeros 21 días del ciclo, y un periodo de descanso de 7 días).

Anillos vaginales

Consiste en la aplicación vaginal, una vez por mes, de un anillo liberador de hormonas anticonceptivas en el fondo de la vagina. La forma de uso es fácil, y se debe poner el día 3 del ciclo y retirarlo el día 24.

Dispositivos intrauterinos

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

T de cobre

Es el dispositivo intrauterino más conocido, que lo implanta el médico, mediante una técnica, y que libera cobre para hacer su efecto. Se cambia cada 10 años, pero puede retirarse en cualquier momento.

DIU Hormona

Es un dispositivo en forma de T, como el anterior que libera progesterona. Se cambia una vez al año.

Métodos Quirúrgicos

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

Bloqueo Tubarico Bilateral (Ligadura de Trompas)

En la mujer se bloquea las trompas de Falopio, impidiendo que el óvulo liberado a la cavidad uterina, así este no podrá encontrarse con el espermatozoide.

Vasectomía

En el varón se bloquea los conductos deferentes, que impiden que los espermatozoides salgan al exterior del pene. Es necesario cuidarse con otro método durante las primeras 20 relaciones sexuales, pues pueden haber quedado espermatozoides por debajo del lugar del bloqueo que puede provocar un embarazo no deseado.

BENEFICIOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Se usa cuando una mujer ha tenido una relación sexual en las 72 horas previas, en la que involuntariamente ha estado desprotegida, o ha sido víctima de una violación. Como su mismo nombre dice es de urgencia, no se recomienda su uso continuado porque es menos eficaz que los anticonceptivos hormonales convencionales (solo es eficaz en el 98%), porque genera más molestias y porque es de mayor costo. A este método también se le conoce como el de la píldora del día siguiente.

SABER ACERCA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Que el aborto no es un método anticonceptivo, y que en muchos países está prohibido ser inducido.

- Que los DIU y los anticonceptivos de emergencia no son abortivos.
- Que la decisión en el uso de un método es voluntaria, y que en lo posible debe ser una decisión compartida con la pareja.
- Que en el mundo sabemos que cada vez somos mas personas, y que un niño al nacer, se merece tener un futuro seguro con educación, alimentación, salud, vivienda y amor, para que posteriormente pueda desarrollarse.
- Que el inicio de relaciones sexuales depende de los valores que la persona haya adquirido a lo largo de su vida, y de la responsabilidad que tenga que afrontar si de ello resultaría una gestación.
- Se debe recordar que una mujer puede salir gestando otra vez, a las pocas semanas que haya tenido un parto, sin que le haya venido alguna menstruación.
- Que las personas con antecedentes de cáncer de mama, tromboembolia, enfermedad cardiaca, epilepsia, enfermedad hepática, migraña, etc., deben ser evaluadas por su médico antes de decidirse por el uso de algún método anticonceptivo.
- Que antiguamente habían DIU en forma de espiral y dejaron de usarse por su alta tasa de fallas

6.6.2 CONTROL DEL NIÑO SANO

El control de niño sano o supervisión de salud incluye todas las actividades destinadas a la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades, además del acompañamiento y educación al niño y su familia, con el fin de lograr un adecuado desarrollo y crecimiento.

¿Qué incluye el control?

En la supervisión de salud participan, además de sus padres, enfermeras y médicos pediatras/familiares, quienes interactúan con distintos profesionales de la salud como odontólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, psicopedagogos y otros especialistas médicos, educadores y tutores.

Las sesiones deben incluir los siguientes aspectos, desarrollados según las necesidades y/o problemas del niño:

- Prevención de enfermedades:
- Inmunizaciones: Tanto del programa nacional de inmunizaciones, como vacunas complementarias disponibles en distintos vacunatorios.
- Educación en salud y hábitos de vida saludable
- Detección y tratamiento oportuno de enfermedades
- Anamnesis o historia clínica
- Examen físico
- Guía en aspectos psicosociales de la crianza del niño y guía anticipatoria (Cuidados del niño por edad, estimulación de su desarrollo, prevención de accidentes).

Idealmente debe existir una consulta prenatal, que explique los objetivos de los controles de salud, su periodicidad y la importancia de la lactancia materna.

Posteriormente los controles se fijaran de acuerdo con la edad del niño y los posibles problemas pesquisados, siguiendo idealmente la siguiente pauta:

Frecuencia de los controles

El control debe ser; precoz, periódico e integrado.

- Precoz: la captación dentro del primer mes de vida.

- Integrada: la prestación de los servicios de fomento, protección, recuperación, rehabilitación.
- Periódica: de acuerdo al siguiente esquema de concentración que a continuación se describe:
- Recién nacido a 6 meses: Control a los 15 días, al mes de vida y luego mensualmente
- 6 a 12 meses: Control cada 2 meses.
- 12 a 24 meses: Control cada 3 meses.
- 2 a 6 años: Control cada 6 meses
- De 6 a 18 años: Control anual

6.7. Plan Operativo

Tabla N. 18 Plan Operativo.

Fases	Etapas	Meta	Actividades	Presupuesto	Responsable
Planificación	1. Desarrollo de la propuesta	Propuesta realizada en un 100%.	<p>a) Recolección de información científica.</p> <p>b) Elaboración de la propuesta.</p> <p>c) Exposición de la propuesta a las autoridades de los sectores y al personal de salud.</p> <p>d) Realizar los cambios respectivos y sugeridos por el personal de salud y autoridades.</p>	<p>Hojas \$ 3,00</p> <p>Tinta \$ 15</p> <p>Internet \$ 5</p> <p>Transporte \$ 10</p>	La investigadora, y miembros del equipo de salud

Planificación	<p>2. Elaboración y recolección de material didáctico.</p>	<p>Disponer de un material didáctico en un 100%</p>	<p>a) Ejecución de las charlas educativas, carteles y trípticos</p>	<p>Cartulinas \$5,00 Marcadores \$ 3,00 Diseño e impresión del tríptico \$ 10,00</p>	<p>La investigadora</p>
	<p>3. Establecer el lugar adecuado y la fecha para el desarrollo de las charlas.</p>	<p>Contar con lugar adecuado.</p>	<p>a) Solicitud de permiso para la adquisición del aula. b) Fijar fecha y hora. c) Adecuación del lugar en donde se va a desarrollar el plan educativo.</p>	<p>Transporte \$5,00</p>	<p>La investigadora, y miembros del equipo de salud</p>
	<p>4. Reunir a las madres adolescentes y comunicarles el desarrollo del plan</p>	<p>Disponer de la presencia del grupo al cual nos vamos a dirigir en un 90%</p>	<p>a) Invitar a las madres adolescentes mediante los parlantes de la Parroquias de San José de Poaló y Santa Rita.</p>	<p>Publicidad \$20,00 Pasajes \$5,00 Refrigerio \$15,00</p>	<p>La investigadora</p>

	educativo.		<p>b) Informar a través de los medios de comunicación (radio y prensa) sobre el plan educativo a desarrollarse.</p> <p>c) Socialización de la propuesta a las madres adolescentes.</p>		
	1. Desarrollo del plan educativo.	<p>Garantizar un aprendizaje en un 80%.</p> <p>Concientizar sobre la importancia del tema a un 80% de la población.</p>	<p>a) Bienvenida y presentación del tema.</p> <p>b) Dinámica de socialización.</p> <p>c) Desarrollo de los temas investigados.</p>	<p>Pasajes \$10,00</p> <p>Refrigerio \$39,00</p>	<p>La investigadora, y miembros del equipo de salud</p>

Ejecución	1. Control del niño sano	Realizar el control del niño sano en el 100% de los niños.	a) Visitas domiciliarias. b) Control de salud	Pasajes \$15,00	, y miembros del equipo de salud
Evaluación	1. Evaluar los conocimientos.	Seguimiento trimestral de la adolescente y su hijo	a) Preguntas abiertas b) Pedir a las madres que devuelvan los contenidos explicados.	Pasajes \$5,00	La investigadora

Elaborado por: Nelly Caillagua

6.8. Administración de la Propuesta

La presente propuesta será administrada por la Universidad Técnica de Ambato y la autora del presente trabajo de investigación, estudiante del VI Seminario de Graduación de Enfermería y se desarrollará en la parroquia de San José de Poaló y Santa Rita, para efectos de evaluación se tomará en cuenta las Unidades de Salud del área con el personal que laboran en dichas instituciones.

6.9. Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta

El monitoreo y evaluación de la propuesta se lo realizará según lo previsto en el modelo operativo es decir trimestralmente, analizando los resultados y tomando en cuenta las respectivas sugerencias para modificar la propuesta o para mantenerla.

Tabla N. 19 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta

PREGUNTAS BÁSICAS	RESPUESTAS
¿Qué evaluar?	Los conocimientos adquiridos por las madres adolescentes sobre métodos anticonceptivos y el control del niño sano.
¿Por qué evaluar?	Porque de esta manera se podrá apreciar el grado de comprensión de las madres adolescentes en cuanto a los talleres impartidos, contribuyendo así a disminuir el número de embarazos precoces y a mejorar la calidad de vida de los niños al incentivar a sus madres para que asistan a los controles de salud.
¿Para qué evaluar?	Para verificar la efectividad de la capacitación impartida y por ende la propuesta.

¿Quién evalúa?	La investigadora
¿Cuándo evaluar?	Se realizará evaluaciones trimestrales a las madres adolescentes y sus hijos
¿Cómo evaluar?	A través de la observación y visitas domiciliarias
¿Con qué evaluar?	Mediante una guía de observación y los carnet de los niños.

Elaborado por: Nelly Caillagua

*Y Materiales de
Referencia*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Ardila, Luz, (2007). *Adolescencia, Desarrollo Emocional*. 3era. Edición. Edit. Ecoe. Colombia
2. Clavijo, Rocío y otros, (2005). *Educador de educación sexual*. Edit. Mad. España
3. Escobar, Jéssica y Otros (2008). “Curso de Capitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño OMS – OPS”, Washintong Dc. Eua.
4. Dox, Ida (2005). “*Diccionario Médico Ilustrado Harper Collins*”. Editorial Marban Libros S.L, Madrid – España
5. Figueiras, Amira y Otros (2006). “Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el Contexto AIEPI”. OPS, Washington Dc.
6. Herrera Luis Y otros, (2010). *Tutoría de la Investigación Científica*. 4ta Edición. Graficas Corona Quito. Ambato, Ecuador.
7. Hinojosa, M. A. y Otros (2012). *Crecimiento y Desarrollo*, Quito
8. León, Natalia (2003- Última Edición). *Principios de Orientación para la Alimentación del Niño Amamantado*. OMS – OPS, Washington Dc.
9. Lowdermilk, y otros, (2008). *Maternidad y Salud de la Mujer*. 9na. Edición. Edit. Elsevier. Barcelona.
10. OMS, Unicef, Banco Mundial (2010). *Vacunas e Inmunización: Situación Mundial*, tercera edición, Ginebra.

11. Papalia, Diane E y otros. (2005 Última Edición) Psicología del Desarrollo, Novena Edición. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana, México Df.
12. Plan Nacional Decenal de Protección integral a la niñez y Adolescencia (2004). Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia, Secretaria del Frente Nacional, Ecuador
13. Paredes, Juan R y otros. (2008) Adolescencia –maternidad, 9na Edición .Edit.HarcourtBrace, Madrid – España.
14. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 - Agosto/2008
Página: 11-23
15. Silva M. (2008) Las relaciones sexuales en la adolescencia. Santiago de Chile
16. Velasco. María y otros. (2005). Manual de la Enfermería. Cultural S.A, Madrid – España

LINKOGRAFÍA

17. Aiepi / (2006) Enfermedades prevalentes dela infancia.
Disponible en
<http://www.ops.org.bo/textocompleto/ndes28486.pdf>
18. Amato, Ramiro (2008). Centro Rosarino de Estudios sobre Adolescencia.
Disponible en:
http://www3.sap.org.ar/congresos/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/ado_amato.pdf
19. Ardila, Luz, (2007). Adolescencia, Desarrollo Emocional. 3era. Edición. Edit. Ecoe. Colombia

20. Armendariz, Angélica y otros, (2010). Propuesta de intervención para prevenir el Embarazo en Adolescentes. Universidad Autónoma de Chihuahua. Disponible en:
http://www.uach.mx/extención_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf.
21. Barraza, Paulina, (2011) .Triptico control del niño sano
Disponible en:
<http://www.es.scribd.com/doc/101980453/Triptico-CNS-2011>
22. Código de la Niñez y Adolescencia, publicado por Ley No. 100. en Registro Oficial 737 de 3 de Enero del 2003.
Disponible en:
http://www.oei.es/quipu/ecuador/Cod_ninez.pdf
23. Constitución de la República del Ecuador.
Disponible en:
<http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/Constitucion-2008.pdf>
24. Coll,A ,(2006) .Embarazo en la adolescencia
Disponible en:
http://www.lahora.com.ec/index.php/.../El_embarazo_en_la_adolescencia.html
25. Guevara, Rafael (2005). Atención Primaria de Salud
Disponible en:
<http://www.pediatrasandalucia.org/docs/AtencionPrimariaDeSalud.pdf>
26. Issler, Juan. (2011). Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107.
Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

27. Mannheim, Jennifer,(2008).Control del niño sano
Disponible en:
<http://www.med.unne.edu.ar/enfermeria/catedras/materno/diapos/015.pd>
28. Ministerio de Salud Pública
Disponible en:
<http://www.msp.gov.ec/>
29. Ministerio de salud Perú .Tríptico planificación familiar
Disponible en:
http://www.dignidadpangoa.org/salud/Triptico_PP.pdf
30. Pomata, Beatriz (2009) “Crecimiento, Desarrollo y Lactancia de Hijos de Madres Adolescentes”
Disponible en:
<http://www.researchgate.net/publication/43071259>
31. Sotomayor, Beatriz (2008) Menarquía
Disponible en:
<http://www.medicosecuador.com/bernardocalderon/articu/nuevos/0092.htm>
32. Unicef de 2006. Desnutrición infantil
Disponible en:
http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.
33. Whitesell, Patricia y otros, (2009). Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS – Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño. OMS/OPS. Washington.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA

34. SCIELO: Hernández Guzmán, Andrés; Payán, Esteban; Monroy-Vilchis, Octavio Rev. biol. trop 59(3):1285-1294, ILUS, TAB. 2011 Sep
35. SCIELO: Macmillan K, Norman Rev. chil. nutr. 32(3):232-237, ILUS. 2005 Dec
36. SCIELO: Rodríguez Martín, Amelia; Novalbos Ruiz, José P; Villagrán Pérez, Sergio; Martínez Nieto, José M; Lechuga Campoy, José L. Rev. Esp. Salud Pública 86(5): 483-494, TAB. 2012 Oct
37. SCIELO: Macías M, Adriana Ivette; Gordillo S, Lucero Guadalupe; Camacho R, Esteban Jaime Rev. chil. nutr. 39 (3):40-43, ND. 2012 Sep.

Anexos

ANEXO N° 1

Desarrollo Del Niño Menor De 2 Meses

EDAD	ASPECTO A VALORAR
Menor de 1 mes	<ul style="list-style-type: none">• Reflejo de Moro• Reflejo cócleo-palpebral• Reflejo de succión• Brazos y piernas flexionados• Manos cerradas
1 mes a menos de 2 meses	<ul style="list-style-type: none">• Vocaliza• Movimiento de piernas alternado• Sonrisa social• Abre las manos

Fuente y Elaboración: Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el Contexto de AIEPI (2006)

ANEXO N° 2

Desarrollo Del Niño De 2 Meses A 2 Años

Edad	Aspecto a valorar
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Mira el rostro del examinador o el de la madre • Sigue un objeto con la mirada • Reacciona al sonido • Eleva la cabeza
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Responde al examinador • Agarra objetos • Emite sonidos • Sostiene la cabeza
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Intenta alcanzar un juguete • Lleva objetos a la boca • Localiza un sonido • Gira
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Juega a taparse y descubrirse • Transfiere objetos entre una mano y otra • Duplica sílabas • Se sienta sin apoyo
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Imita gestos • Pinzas superior • Jergaogerrigonza • Camina con apoyo
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecuta gestos a pedido • Coloca cubos en un recipiente • Dice una palabra • Camina sin apoyo

18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica dos objetos • Garabatea espontáneamente • Dice tres palabras • Camina para atrás
24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Se quita la ropa • Construye una torre de tres cubos • Señala dos figuras • Patea una pelota

Fuente y Elaboración: Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el Contexto de AIEPI (2006)

ANEXO N° 3

Clasificación de las Alteraciones del Desarrollo en Niños Menores de 2 Meses

Parámetros a Considerar	Clasificación
Desarrollo Normal	<ul style="list-style-type: none"> • Reflejos /posturas /habilidades presentes para su grupo de edad; o • Perímetro cefálico entre p 10 y p 90; o • Ausencia o presencia de menos de 3 alteraciones fenotípicas; • No existen factores de riesgo
Desarrollo Normal con Factores de Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Reflejos /posturas /habilidades presentes para su grupo de edad; o • Perímetro cefálico entre p 10 y p 90; o • Ausencia o presencia de menos de 3 alteraciones fenotípicas; • Existe uno o más factores de riesgo
Probable Atraso del Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de uno o más reflejos /posturas / habilidades para su grupo de edad; o • Perímetro cefálico <p10 y >p 90; o • Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas

Fuente y Elaboración: Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el Contexto de AIEPI (2006)

ANEXO N° 4

Clasificación de las Alteraciones del Desarrollo en Niños de 2 Meses a 2 Años

Parámetros a Considerar	Clasificación
Desarrollo Normal	<ul style="list-style-type: none">• Cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño y no hay factores de riesgo
Posible Retraso del Desarrollo Desarrollo Normal con Factores de Riesgo	<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de una o más de las condiciones para el grupo de edad al que pertenece el niño.• El niño cumple con todas las condiciones para el grupo de edad al que pertenece pero hay uno o más factores de riesgo
Probable Atraso del Desarrollo	<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de una o más condiciones para el grupo de edad anterior a la edad del niño o• Perímetro cefálico <p10 o >p 90; o• Presencia de 3 o más alteraciones fenotípicas

Fuente y Elaboración: Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil en el Contexto de AIEPI (2006)

ANEXO N°5

PARÁMETROS NORMALES DEL PESO DE ACUERDO A LAS CURVAS DE CRECIMIENTO Y A LA EDAD DEL NIÑO/A.

EDAD	PESO EN LOS NIÑOS		PESO EN LAS NIÑAS	
	-2DE	+2DE	-2DE	+2DE
Nacimiento	2,7	4,8	2,4	4,3
6 meses	6,4	10	5,8	9,4
12 meses	7,8	12,2	7,1	11,6
24 meses	9,8	15,4	9,1	14,9
30 meses	10,6	17	10	16,5

Fuente: Curvas de Crecimiento de la OPS/OMS.

Elaborado por: Nelly Caillagua

PARÁMETROS NORMALES DE LA TALLA DE ACUERDO A LAS CURVAS DE CRECIMIENTO Y A LA EDAD DEL NIÑO/A.

EDAD	TALLA EN LOS NIÑOS		TALLA EN LAS NIÑAS	
	-2DE	+2DE	-2DE	+2DE
Nacimiento	46,2	54	46	54
6 meses	63,4	72	61	70,1
12 meses	71	80,5	69	79,1
24 meses	81	93	79,5	92,5
30 meses	85	98,8	83,9	97,9

Fuente: Curvas de Crecimiento de la OPS/OMS.

Elaborado por: Nelly Caillagua

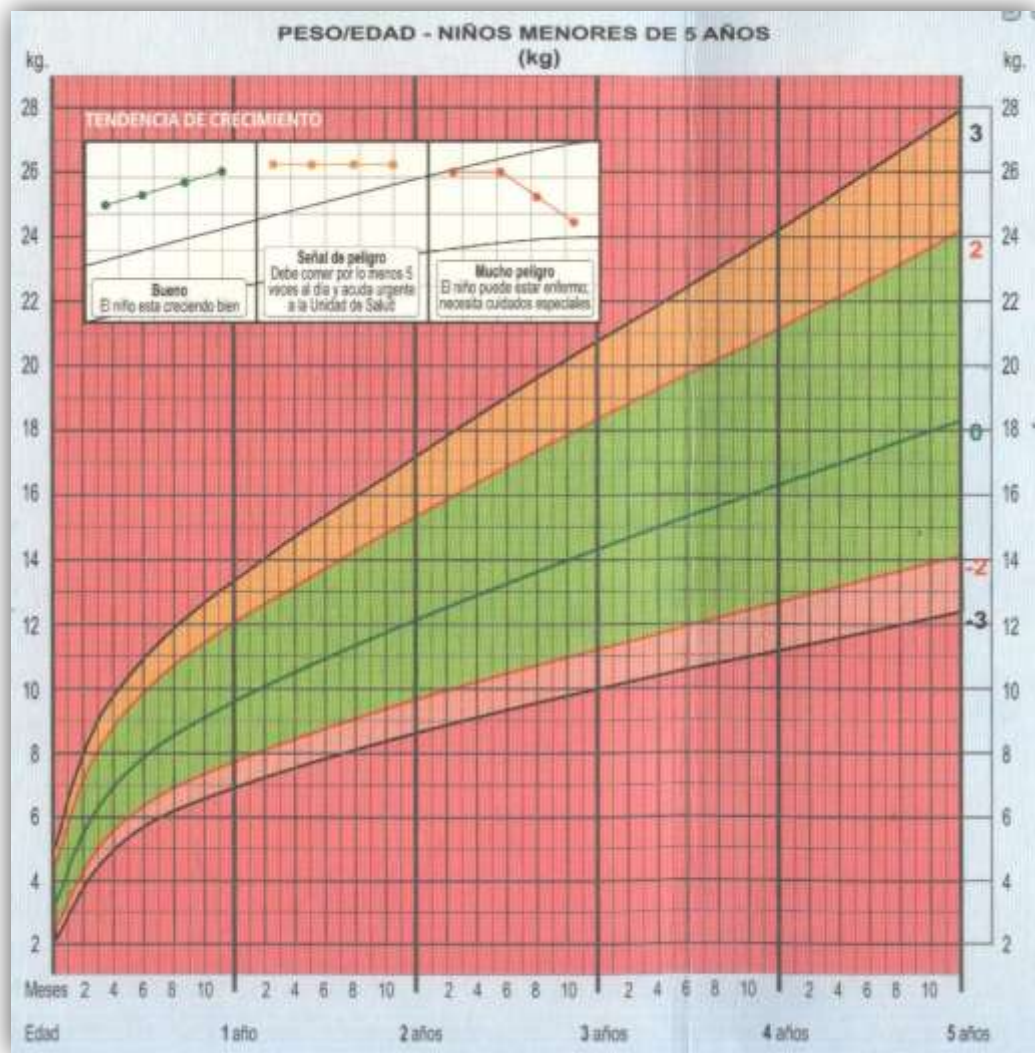
PARÁMETROS NORMALES DEL PERÍMETRO CEFÁLICO DE ACUERDO A LAS CURVAS DE CRECIMIENTO Y A LA EDAD DEL NIÑO/A.

EDAD	PERÍMETRO CEFÁLICO EN LOS NIÑOS		PERÍMETRO CEFÁLICO EN LAS NIÑAS	
	-2DE	+2DE	-2DE	+2DE
Nacimiento	32	37	21,5	36,4
6 meses	40,9	45,75	39,6	44,8
12 meses	43,5	48,6	42,2	47,6
24 meses	45,5	51	44,4	50

Fuente: Curvas de Crecimiento de la OPS/OMS.

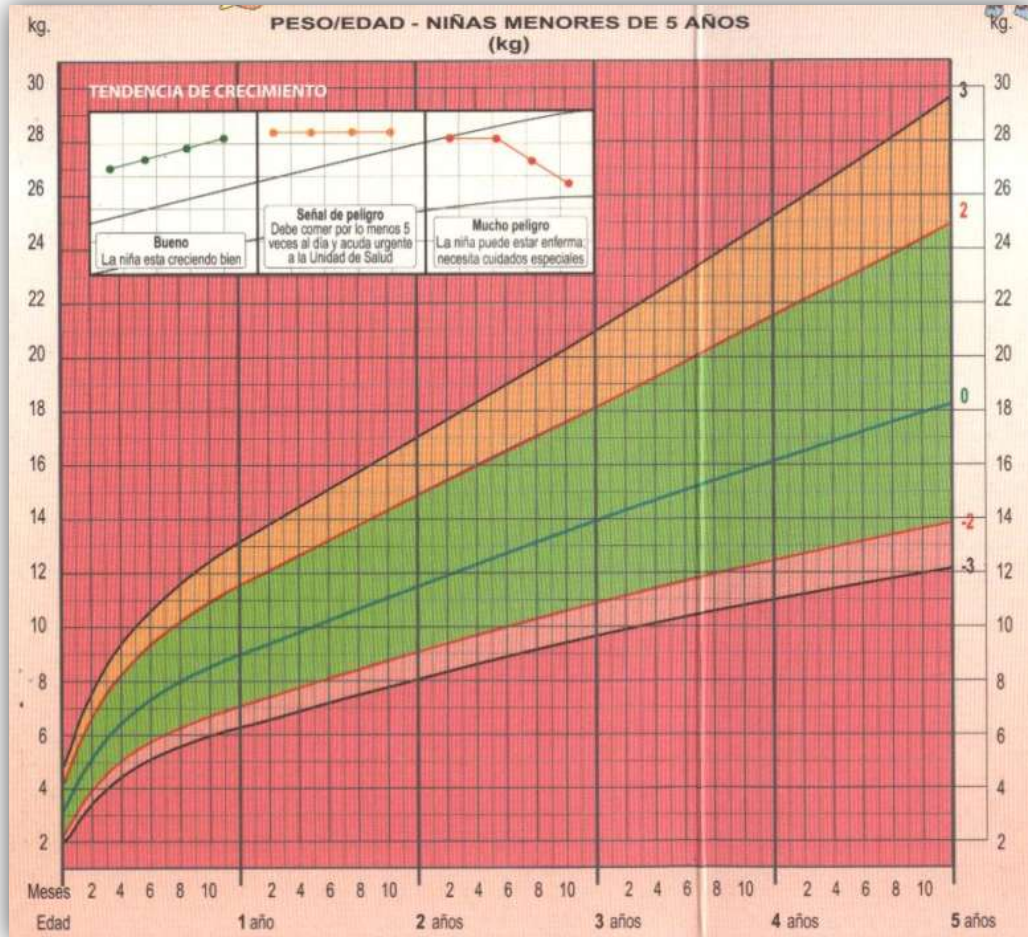
Elaborado por: Nelly Caillagua

ANEXO N° 6
CURVAS DE CRECIMIENTO
PESO PARA LA EDAD - NIÑOS



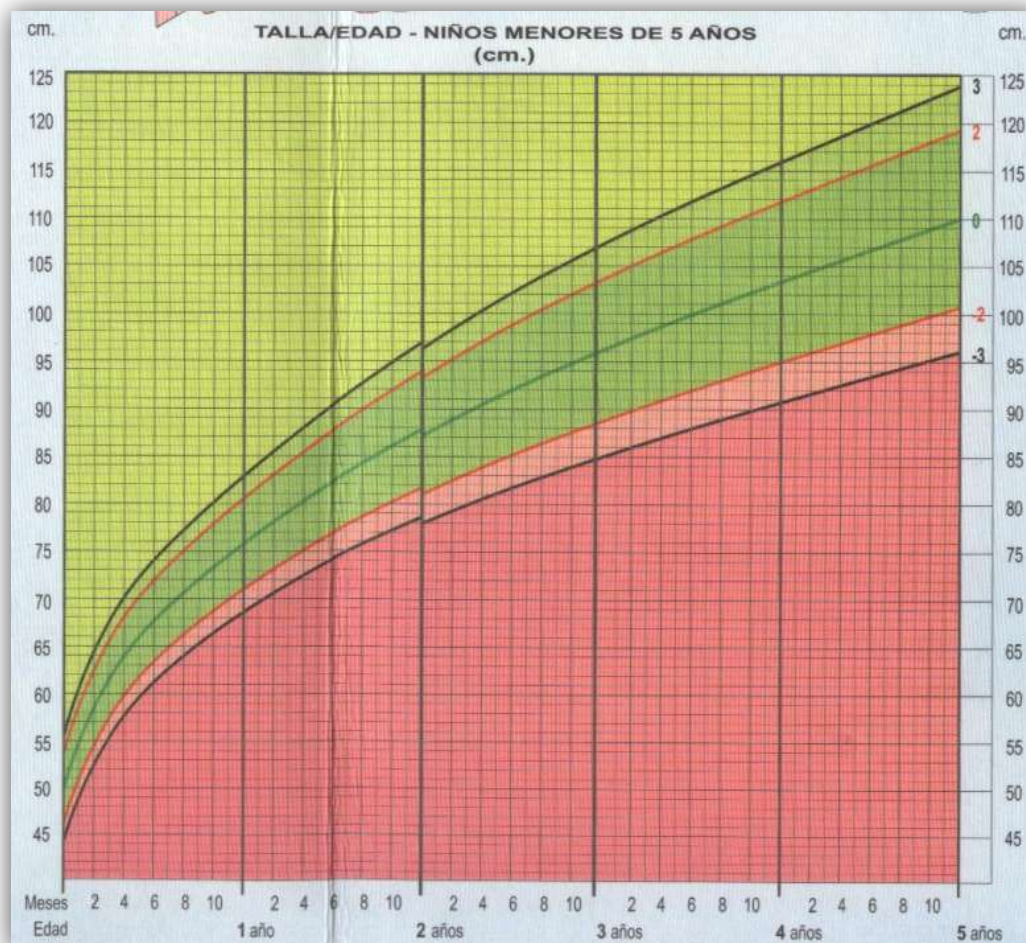
Fuente: Carnet de Salud del Niño

ANEXO N° 7
CURVAS DE CRECIMIENTO
PESO PARA LA EDAD- NIÑAS



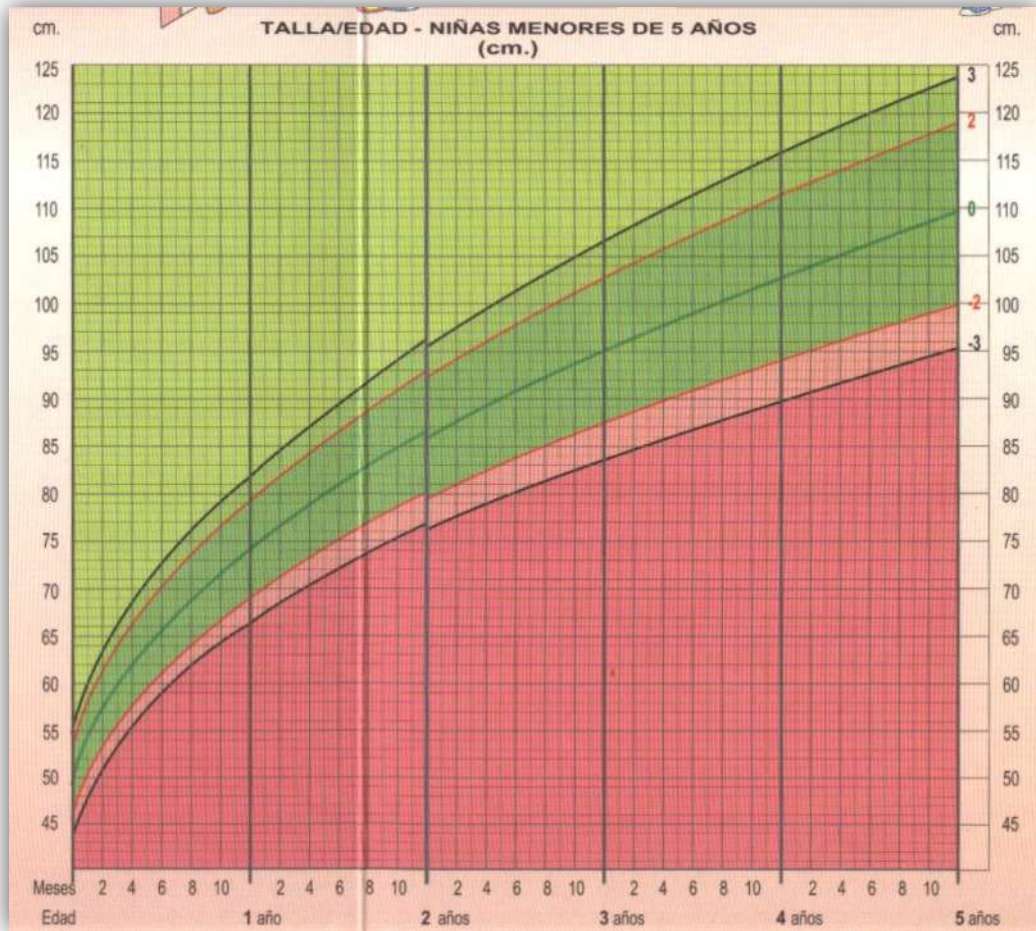
Fuente: Carnet de Salud de la Niña

ANEXO N° 8
CURVAS DE CRECIMIENTO
LONGITUD/TALLA PARA LA EDAD- NIÑOS



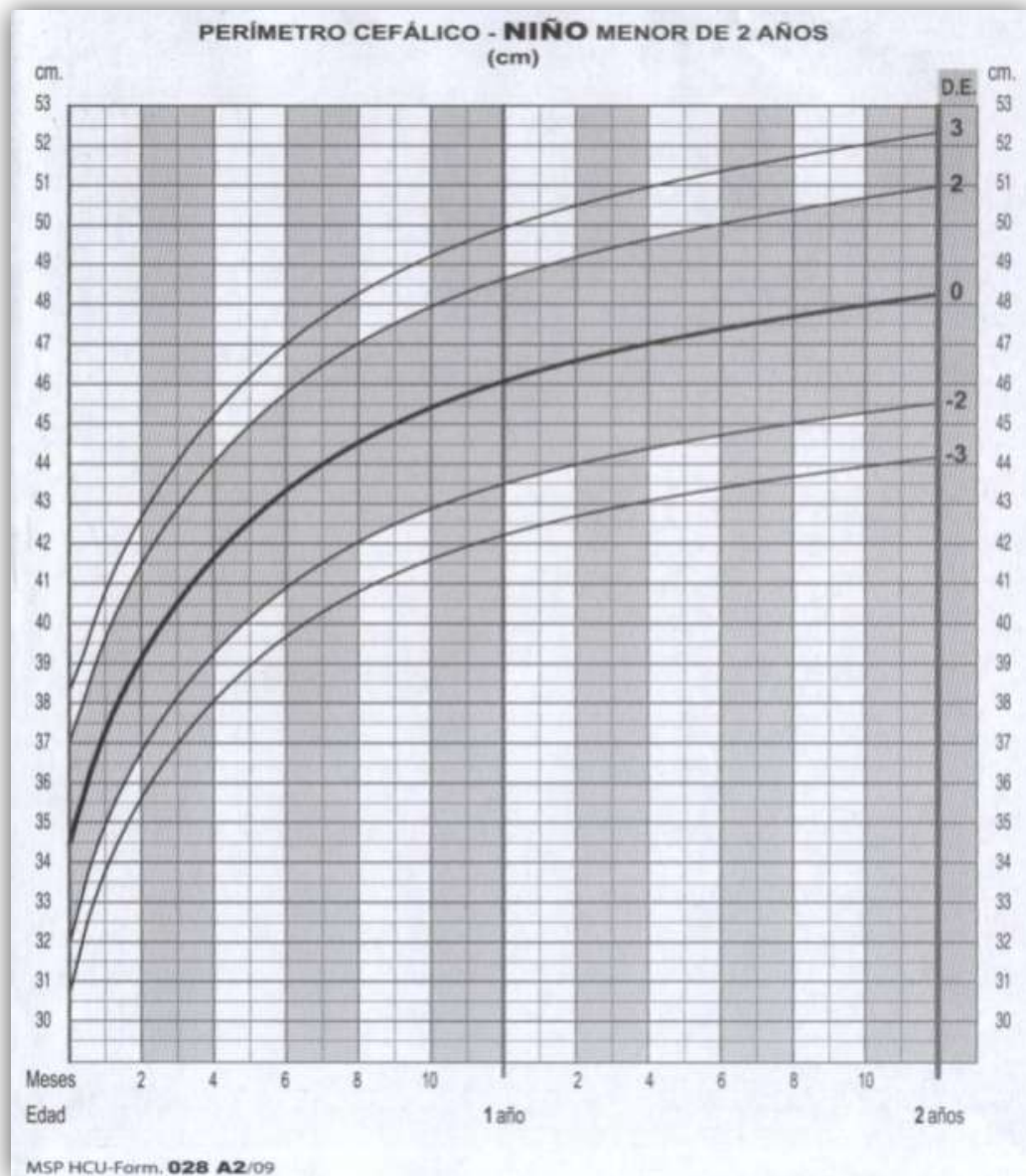
Fuente: Carnet de Salud del Niño

ANEXO N° 9
CURVAS DE CRECIMIENTO
LONGITUD/TALLA PARA LA EDAD- NIÑAS



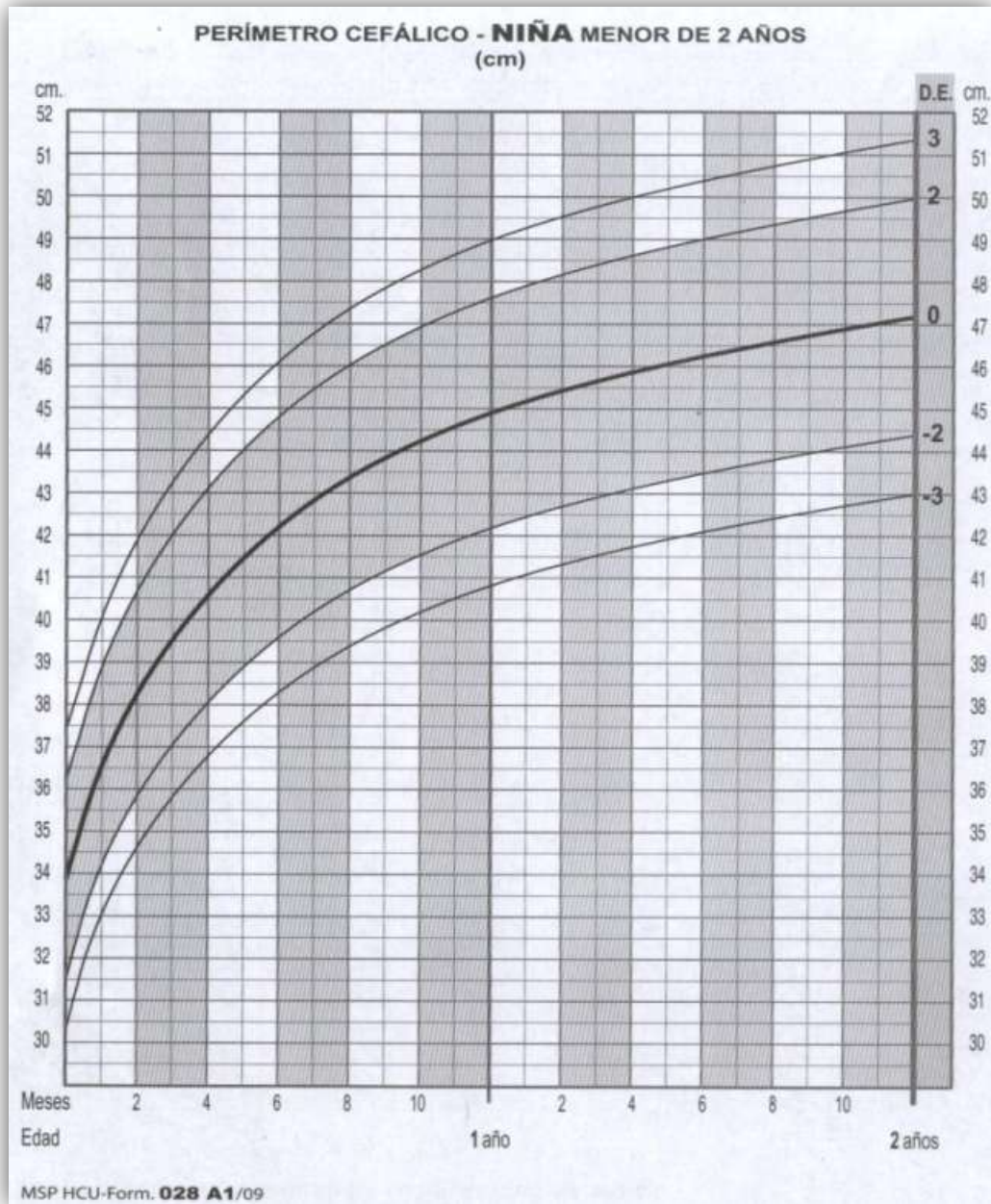
Fuente: Carnet de Salud de la Niña

ANEXO N° 10
CURVAS DE CRECIMIENTO
PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD – NIÑOS



Fuente: Curvas de Crecimiento de la OPS/OMS.

ANEXO N° 11
CURVAS DE CRECIMIENTO
PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD – NIÑAS



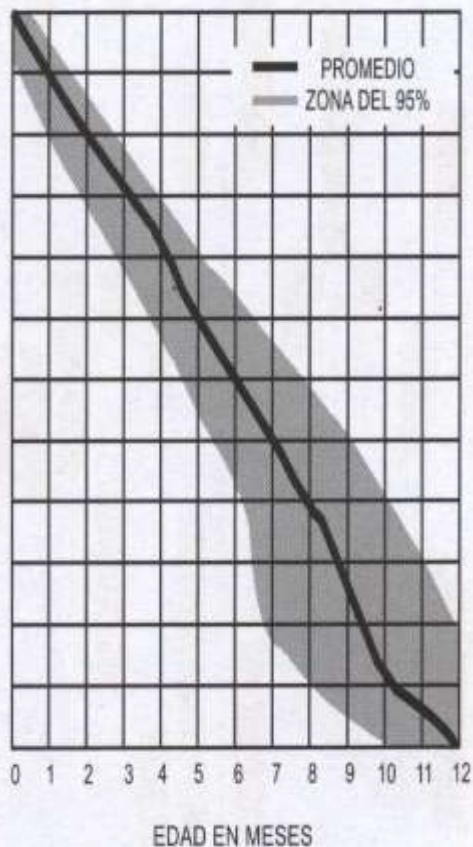
Fuente: Curvas de Crecimiento de la OPS/OMS.

ANEXO N.12
TEST DE ALDRICH Y NORVAL

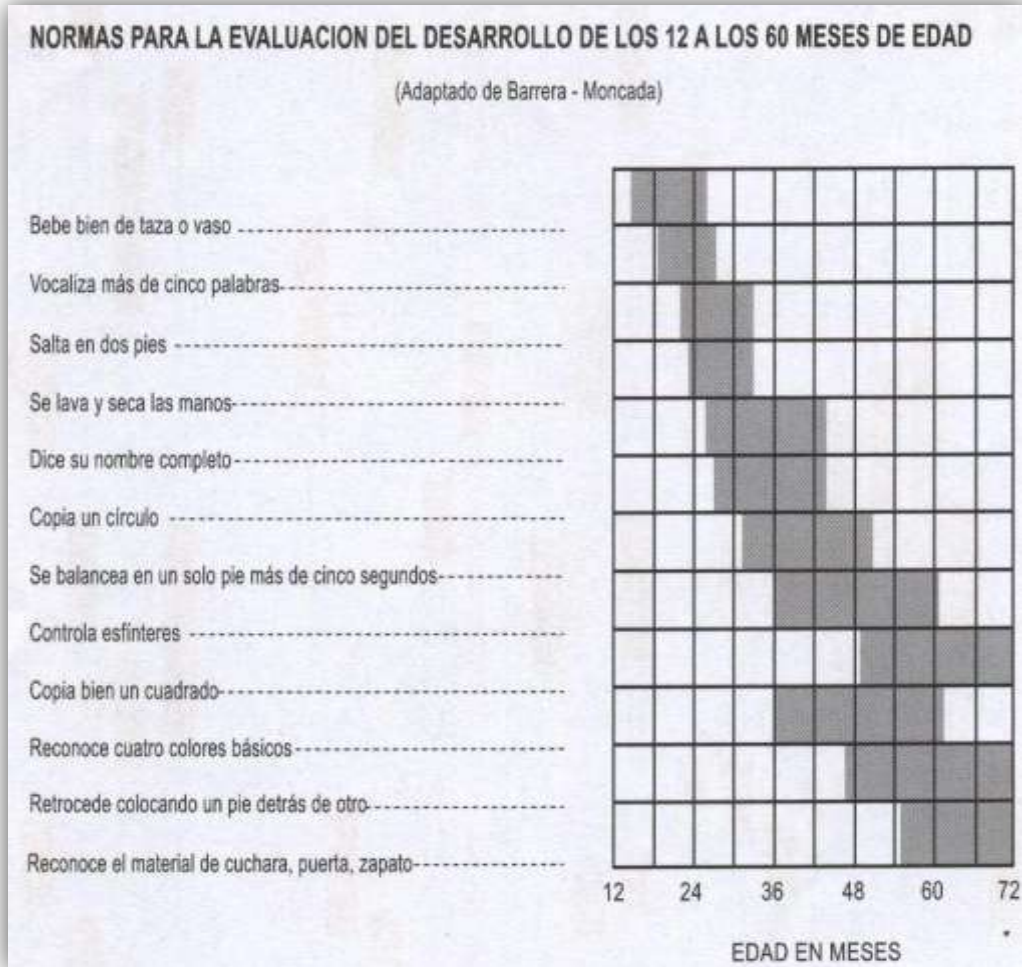
NORMAS PARA LA EVALUACION DEL DESARROLLO DE LOS 12 PRIMEROS MESES DE EDAD

(Adaptado de Aldrich y Norval)

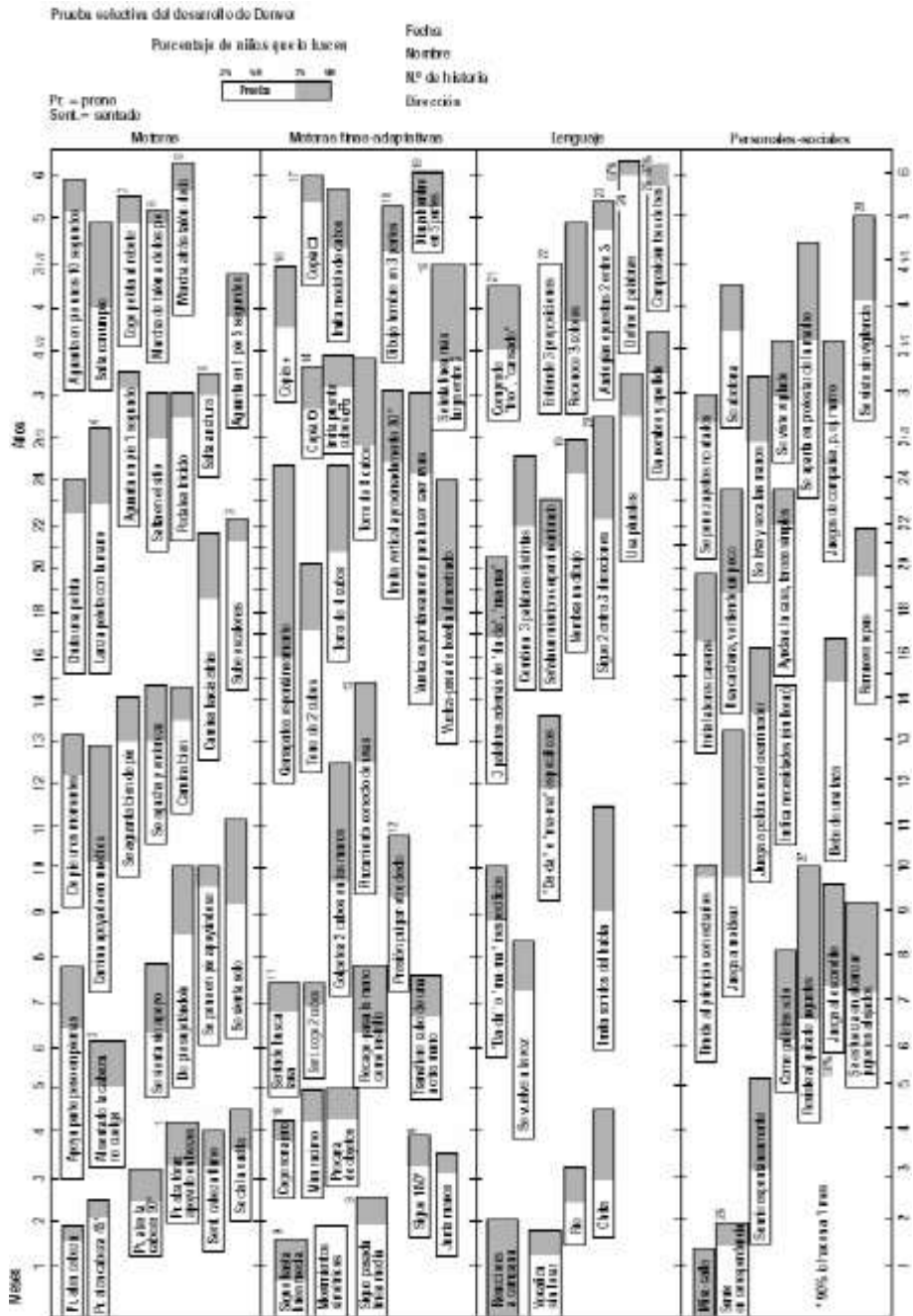
- Sonríe: Como respuesta aun adulto o a su voz-----
- Vocaliza: Emite sonidos espontáneamente a merced a un estímulo
-
- Controla la cabeza: La cabeza no cae hacia atrás cuando se tira de él para sentarlo estando en posición supina
- Controla la mano: Sujeta un juguete con una o ambas manos cuando cuelga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



ANEXO N.13
ADAPTADO DE BARRERA MONCADA



ANEXO N.14 TEST DE DENVER



ANEXO.15
ESQUEMA DE VACUNACIÓN

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA											
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES											
ESQUEMA DE VACUNACIÓN											
GRUPOS DE EDAD	VACUNA	TOTAL DOSIS	DOSIS RECOMENDADA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN						
					NUMERO DE DOSIS			REFUERZOS			
					1ra: Dosis	2da. Dosis	3ra. Dosis	1er. Refuerzo	2do. Refuerzo	3er. Refuerzo	
MENORES DE UN AÑO	BCG	1	*0,05 ml	I.D	R.N						
	HB(Amazonía)	1	0,05 ml	I.M	R.N						
	Rotavirus	2	1 ml	V.O	2 m.	4 m.					
	OPV	3	2 Gts	V.O	2 m.	4 m.	6 m.				
	Pentavalente (DPT+HB+Hib)	3	0,5 ml	I.M	2 m.	4 m.	6 m.				
	Neumococo	2	0,5 ml	I.M	2 m.	4 m.					

	Conjugada								
	S R	1	0,5 ml	S.C			6 m.		
	Influenza Pediátrica	2	0,5 ml	I.M			6 m.	Al mes de la 1ra. Dosis	Solo en Campaña.
12 a 23 meses	DPT	1	0,5 ml	I.M				1 año despues de la 3ra. Dosis de Penta.	
	OPV	1	2 Gts	V.O				1 año despues de la 3ra.	
	Neumococo Conjugada	1	0,5 ml	I.M				1 año de Edad	
	SRP	1	0,5 ml	S.C	Dosis Única				
	VARICELA	1	0,5 ml	S.C	Dosis Única				
	Fiebre Amarilla	1	0,5 ml	S.C	1 er. Contacto			Cada 10 años	
	Influenza Pediátrica	1	0,5 ml	I.M				Solo en Campaña.	

ANEXO N.16
TRÍPTICO
PLANIFICACIÓN FAMILIAR

MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS

MÉTODOS DE BARRERA

Preservativo



Funda delgada de látex, aplicada para la colocación en el pene del hombre, evitando que los espermatozoides entren en la vagina de la mujer.

"Así evitamos un embarazo no deseado y el contagio de infecciones de Transmisión sexual"

USA UN CONDON PARA CADA
RELACIÓN SEXUAL



MÉTODOS
DEFINITIVOS

- Si la pareja ya cumplió con el número de hijos que desea tener
- Cuando un nuevo embarazo puede poner en peligro la vida de la mujer
- Alta eficacia inmediata y permanente
- No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal
- Es definitiva e irreversible

Vasectomía



Ligadura de Trompas

Hay muchos métodos para planificar tu familia... y siempre hay un método apropiado para ti

Universidad Técnica de Ambato
Facultad Ciencias de la Salud
Carrera de Enfermería

Planificación Familiar



HABLA SERIO
sexualidad sin misterios

*¡Tu decides cuando y
cuántos hijos tener!*

Responsable - Nelly Cevallos

MÉTODOS NATURALES

Del Ritmo

Consiste en NO tener relaciones sexuales con penetración durante los días fértiles de la mujer según el calendario.

"Solo puede ser utilizado por mujeres con menstruaciones regulares"

Del Moco Cervical

Se basa en la presencia de mucosidad en la vagina. "cuidado en confundirlo con **descenso**"



MÉTODOS HORMONALES

Inyección

- Es una inyección de hormonas.
- Impide la liberación del óvulo.
- Método más efectivo si se aplica las inyecciones a tiempo
- Puede tener sangrado irregular al inicio, luego manchando o ausencia de la menstruación. Esto es frecuente y no supone riesgos.
- No produce infertilidad



Píldoras Anticonceptivas



- ◊ Poseen una combinación de progestágenos y estrógenos.
- ◊ El paquete de 28 pastillas se reinicia la toma inmediatamente luego de terminar el paquete anterior
- ◊ Tome una píldora cada día si es posible a la misma hora.
- ◊ La primera píldora debe tomarla en 1er día de la menstruación
- ◊ Durante los 2 o 3 primeros meses es normal que pueda haber cambios en su menstruación, los mismos que no son peligrosos y no necesitan tratamiento.

ANEXO N.17
TRIPTICO
CONTROL DE SALUD DEL NIÑO SANO

FRECUENCIA DE LOS
CONTROLES

El control debe ser,
precoz, periódico e in-
tegrado.



Comprende un control
mensual durante los 2
años de vida y un con-
trol cada seis meses en-
tre los 24 a 60 meses.

El mejor regalo de los pa-
dres a sus hijos es un poco
de su tiempo cada día.



*Universidad Técnica de Ambato
Facultad Ciencias de la Salud
Carrera de Enfermería*

Control de salud del niño sano



**EL CUIDADO DE SALUD
DE SU HIJO ES
PRIMORDIAL**



**LLEVE A SUS HIJOS A LOS CON-
TROLES MÉDICOS PERIÓDICOS**

Responsable: Nelly Caillagua

CONTROL DE SALUD DEL NIÑO SANO

Es una actividad periódica de supervisión de salud y desarrollo del menor desde que nace. De esta manera pueden detectarse eventuales alteraciones y así prevenir y/o tratar a tiempo enfermedades y situaciones de riesgo..



¿Para que son los controles?

Evaluar el crecimiento y desarrollo de su hijo.



Prevenir enfermedades a través de la detección de alteraciones en su crecimiento y/o desarrollo



¿Qué incluye el control?

- ◆ Evaluación del crecimiento (Control de Peso, Talla y Perímetro cefálico).
- ◆ Evaluación del desarrollo psicomotriz en el niño.
- ◆ Diagnóstico Nutricional
- ◆ Examen físico
- ◆ Evaluación del cumplimiento del esquema de vacunación
- ◆ Valoración del tipo de Alimentación.
- ◆ Valoración de factores de riesgo (maltrato infantil).



ANEXO N.18

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
SEMINARIO DE GRADUACIÓN
FICHAS

FICHAS DE OBSERVACIÓN DIRIGIDAS A LAS MADRES
ADOLESCENTES

Objetivo: Recolectar información para el trabajo de investigación referente a las Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad

Nombre de la Unidad Operativa	
Consolidación de Datos Estadísticos	
	Historia Clínica N°:
Nombre Madre:	
Edad:	
Edad inicio de relaciones sexuales	
Estado civil	
Nivel de Educación	
Tipos de Servicios Básicos:	
Evaluación del Embarazo	
N° de controles:	
Edad gestacional en el 1° control médico:	
N° Ecos:	
Exámenes de Lab:	
Semanas de gestación al momento del parto:	
Complicaciones durante el embarazo	
Tipo de complicación	
Parto	
Vía de parto:	
Lugar del parto:	

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
SEMINARIO DE GRADUACIÓN
FICHAS DE OBSERVACIÓN DIRIGIDAS A LOS NIÑOS HIJOS DE
MADRES ADOLECENTES

Objetivo: Recolectar información para el trabajo de investigación referente a las Madres adolescentes y su relación con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad

Nombre de la Unidad Operativa	Edad	Ficha N.
Número de controles	Intervalos de los controles	
Evaluación del Desarrollo		
Denver () Aldrich y Norvan () Barrera-Moncada () Ninguno ()		
Relación Edad/Desarrollo:		
Apgar al nacer:		
Evaluación de Crecimiento		
Complicaciones neonatales:		
Relación Edad/Peso:		
Relación Edad/Talla:		
Perímetro cefálico:		
Alimentación complementaria:		
Enfermedades Prevalentes:		
Esquema de Vacunación para la edad:		

ANEXO N.18
SUBCENTRO DE SALUD DE SAN JOSÉ DE POALÓ





SUBCENTRO DE SALUD DE SANTA RITA



