



**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 SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN DEL ÁREA N° 6 EN EL CANTÓN PILLARO DE LA 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: Chancusig Quilumba, Silvia Alexandra.

Tutora: Lic. 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 SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN DEL ÁREA N° 6 EN EL CANTÓN PILLARO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012” de Silvia Alexandra Chancusig Quilumba 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 Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo del 2013.

LA TUTORA

.....

Lic. 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 SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN DEL ÁREA N° 6 EN EL CANTÓN PILLARO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012.”** Como también los contenidos, análisis, ideas, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Mayo del 2013.

LA AUTORA

.....
Silvia Alexandra Chancusig Quilumba

DERECHOS DEL AUTOR

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

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

Ambato, Mayo del 2013

LA AUTORA

.....
Silvia Alexandra Chancusig Quilumba

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 SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIASAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN DEL ÁREA N° 6 EN EL CANTÓN PILLARO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUAEN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”** de Silvia Alexandra Chancusig, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Julio del 2013

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres.

A Dios por darme la oportunidad de vivir, por iluminar cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar y por haberme regalado una familia maravillosa, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi capacidad y porque me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes.

Silvia Chancusig

AGRADECIMIENTO

Mi más profundo agradecimiento, a mis padres quien a lo largo de toda mi vida me han apoyo, motivaron mi formación académica, creyendo en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

A mis profesores a quienes le debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza, de manera especial a mi Tutora de Tesis Lcda. Maristela Constante quien guió 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, para prepararnos para un futuro competitivo y formar como personas de bien.

Silvia Chancusig

INDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DEL AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
RESUMEN	xiv
SUMMARY	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
1.1 Tema.....	2
1.2 Planteamiento de Problema	2
1.2.1Contextualización	2
MACRO.....	2
MESO.....	4
MICRO	5
1.2.2 Análisis crítico.....	6
1.2.3 Prognosis	8
1.2.4 Formulación del problema	8
1.2.5 Preguntas directrices	9
1.2.6 Delimitación del problema.....	9
1.2.6.1Delimitación Temporal	9
1.2.6.2Delimitación Espacial	10
1.3 Justificación	10
1.4 Objetivos	11
1.4.1Objetivo General	11
1.4.2Objetivos Específicos.....	12
CAPÍTULO II.....	13
MARCO TEÓRICO.....	13

2.1	Investigaciones Previas	13
2.2	Fundamentación Filosófica.....	14
2.3	Fundamentación Legal	15
2.4	Categorías Fundamentales	21
2.5	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE	22
2.5.1	Madres Adolescentes.....	22
2.5.2	Cambios Morfofisiológicos	23
2.5.3	Cambios Psicológicos	24
2.5.4	Sexualidad y Educación Sexual	25
2.5.5	Derechos Sexuales	25
2.5.6	Menarquía.....	25
2.5.7	Educación Sexual.....	26
2.5.8	Embarazo en la Adolescencia	26
2.5.9	Factores Que Inciden en el Embarazo en la Adolescencia	26
2.5.10	Complicaciones del Embarazo en Adolescentes	29
2.5.11	Madre Adolescente	30
2.6	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLES DEDEPENDIENTE	30
2.6.1	Crecimiento.....	30
2.6.2	Desarrollo.....	33
2.6.3	Medidas Antropométricas	35
2.6.4	Inmunizaciones.....	36
2.6.5	Control del Niño Sano	38
2.6.6	Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo del Niño	38
2.6.7	Enfermedades Prevalentes de la Infancia	41
2.6.8	Salud Pública.....	42
2.6.9	Programas del MSP en Beneficio de la Madre y del Niño.....	43
2.7	Hipótesis	47
2.8	VARIABLES DE LA HIPÓTESIS:	47
	CAPÍTULO III.....	48
	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
3.1	Enfoque.....	48

3.2	Modalidad Básica de la Investigación	48
3.3	Nivel o Tipo se Investigación	49
3.4	Población y Muestra.....	50
3.4.1	Población.....	50
3.4.2	Muestra.....	50
3.5	Técnicas e Instrumentos.....	50
3.6	Operacionalización de variables	51
3.6.1	Variable Independiente: Madres Adolescentes	52
3.6.2	Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del Niño	53
3.8	Plan de Recolección de Información	55
3.9	Plan de Procesamiento de Información:.....	56
	CAPÍTULO IV	57
	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	57
4.1	Análisis e Interpretación de fichas de observación dirigida a las Madres Adolescentes.....	57
4.3	Comprobación de la Hipótesis.....	78
	CAPÍTULO V	83
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
5.1	CONCLUSIONES.....	83
5.2	RECOMENDACIONES.....	85
	CAPÍTULO VI	86
	LA PROPUESTA	86
6.1	DATOS INFORMATIVOS	86
6.1.1	Título de la propuesta	86
6.1.2	Institución Ejecutora.....	86
6.1.3	Beneficiarios	86
6.1.4	Ubicación	86
6.1.5	Tiempo Estimado para la Ejecución.....	86
6.1.6	Equipo Técnico Responsable	87
6.1.7	Costo	87
6.2	ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	87
6.3	JUSTIFICACIÓN	88

6.4	OBJETIVOS.....	89
6.4.1	Objetivo General	89
6.4.2	Objetivos Específicos	90
6.5	ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	90
6.6	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA	91
6.7	DESARROLLO DE LA PROPUESTA.....	91
	DESARROLLO DEL TALLER.....	92
6.9	Administración de la Propuesta.....	111
6.1.0	Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta	111
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
	BIBLIOGRAFÍA.....	113
	LINKOGRAFÍA.....	115
	ANEXOS	118

ÍNDICE DE TABLAS

CAPITULO III

TABLA 3. 1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	52
TABLA 3. 2 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE. ...	52
TABLA 3. 3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.	54
TABLA 3. 4 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	55

CAPÍTULO IV

TABLA N° 1	57
TABLA N° 2	59
TABLA N° 3	60
TABLA N° 4	61
TABLA N° 5	62
TABLA N° 6	63
TABLA N° 7	64
TABLA N° 8	66
TABLA N° 9	68
TABLA N° 10	69
TABLA N° 11	70
TABLA N° 12	71
TABLA N° 13	73
TABLA N° 14	75
TABLA N° 15	77

INDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO II

GRÁFICO 2. 1 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	21
---	----

CAPÍTULO IV

GRÁFICO N° 1	57
GRÁFICO N° 2	59
GRÁFICO N° 3	60
GRÁFICO N° 4	61
GRÁFICO N° 5	62
GRÁFICO N° 6	63
GRÁFICO N° 7	64
GRÁFICO N° 8	66
GRÁFICO N° 9	68
GRÁFICO N° 10	69
GRÁFICO N° 11	70
GRÁFICO N° 12	71
GRÁFICO N° 13	73
GRÁFICO N° 14	75
GRÁFICO N° 15	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 SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN DEL ÁREA N° 6 EN EL CANTÓN PILLARO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA EN EL PERÍODO 23 DE JUNIO AL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2012”.

Autora: Silvia Alexandra, Chancusig Quilumba

Tutora: Lcda. Maristela Constante

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 Miguelito y Emilio María Terán 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 recolectó información acerca del tipo de embarazo que tuvo la madre, el crecimiento y desarrollo del niño, tomando como fuente 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 de la totalidad del universo, el nivel de escolaridad de las madres es bajo solo terminaron la educación secundaria, 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, los niños en los 2 subcentros de salud son alimentados con leche materna y fórmula por lo que prevalece las enfermedades EDA e IRA.

PALABRAS CLAVES:

MADRE, 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 HEALTH SUBCENTRE SAN MIGUELITO PARISH AND MARY TERÁN EMILIO No.6 AREA IN THE CANTON OF THE PROVINCE PÍLLARO TUNGURAHUA IN THE PERIOD JUNE 23 TO 23 NOVEMBER 2012 ".

Author: Silvia Alexandra, Chancusig Quilumba

Tutor: Atty. Constant Maristela

Date: May del 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, there has been a study of the children of teenage mothers health sub-centers of San Miguelito and Emilio Maria Teran 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 of

how 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, sourced review of 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 of the entire universe, the educational level of mothers is low only finished secondary education, a small percentage are married, and as for all the children studied have low weight and size averages reference parameters but remain within normal ranges, children in the two sub-health are breastfed and makes so prevalent diseases and ARI EDA.

KEYWORDS:

MOTHER, TEEN, CHILD, GROWTH, DEVELOPMENT.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en una preocupación general de la sociedad, siendo un problema a nivel mundial, sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer.

Es también una preocupación médica importante derivada de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de métodos anticonceptivos, e implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos a la muerte.

Como madre la adolescente debe satisfacer las necesidades del cuidado diario de su hijo, proporcionarle un medio seguro, darle el cuidado adecuado y criarlo. El sentido de confianza del recién nacido se desarrolla gracias al comportamiento de la madre, que brinda cuidados congruentes y adecuados para la etapa de desarrollo del niño.

Es así que las madres adolescentes muy jóvenes; emocionalmente no están preparadas para criar a un recién nacido, considerando una población de riesgo.

Esta investigación se llevó a cabo en el Subcentro de Salud de la Parroquia San Miguelito y Emilio María Terán del Cantón Píllaro de la Provincia de Tungurahua con la autorización pertinente para recoger información mediante la observación de las historias clínicas de las madres adolescentes y sus niños.

CAPÍTULO I

1.1 Tema

“Madres Adolescentes y su relación con el Crecimiento y Desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Subcentro de salud de la parroquia San Miguelito y Emilio María Terán del área N° 6 en el cantón Pillaro de la Provincia de Tungurahua en el periodo 23 de junio al 23 de noviembre del 2012.”

1.2 Planteamiento de Problema

1.2.1 Contextualización

MACRO

Globalmente, una de cada cinco niñas habrá sido madre antes de los 18 años. Niñas que tienen niños: las complicaciones del embarazo son primera causa de muerte entre niñas y adolescentes de entre 15 y 19 años en el mundo. Cada año, 50.000 adolescentes y jóvenes mueren durante el embarazo o el parto, en muchos casos porque sus cuerpos no están listos para gestar bebés. El riesgo de una mujer de morir por causas relacionadas con la maternidad es de 1 entre 3.800 en los países desarrollados y de 1 entre 150 en los países en desarrollo.

Se estiman que cada año dan a luz en todo el mundo alrededor de 16 millones de jóvenes entre 15 y 19 años, esto representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo, siendo estos embarazos involuntarios, inoportunos y no deseados y otras dos millones

menores de 15 años, el 95% en países de medianos y bajos ingresos. Estos datos, según ha alertado este organismo de Naciones Unidas, muestran como una de cada cinco mujeres ha dado a luz a los 18 años, aunque en las regiones más pobres del mundo la cifra se eleva a más de una de cada tres mujeres, se ha detectado que hay varios factores que contribuyen a estos nacimientos.

Por un lado, reconoce que en muchas sociedades las niñas pueden estar bajo presión para casarse y tener hijos pronto, mientras que también hay casos en que se limita su educación, y por tanto, sus perspectivas de empleo. De hecho, en los países de bajos y medianos ingresos más del 30% de las niñas se casa antes de los 18 años de edad y alrededor del 14% antes de los 15 años.

Además, las adolescentes casadas tienen más probabilidades de quedarse embarazadas y dar a luz, de acuerdo con las normas sociales. La educación, por otra parte, también es un importante factor de protección para el embarazo temprano, ya que cuantos más años de escolaridad menos probabilidad de embarazos tempranos. Igualmente, las tasas de natalidad entre las mujeres con bajo nivel educativo son más altos que para las que tienen educación secundaria o terciaria. También alerta de que hay a algunos adolescentes que no saben cómo evitar el embarazo y, si lo saben, no tienen acceso a métodos anticonceptivos.

Evidentemente lo ideal, desde el punto de vista moral y religioso es que no existieran los casos de adolescentes embarazadas y que siguieran los preceptos cristianos sobre sexualidad. Pero la cruel realidad es otra y hay que enfrentarla. Es de gran responsabilidad del Estado y de la sociedad en general, emprender una campaña de educación sexual no para promover abortos ni el libertinaje, como algunos quisieran, pero sí para explicar a los jóvenes las consecuencias que trae y cómo cuidar su vida, su cuerpo y su moralidad al mismo tiempo.⁵

MESO

En Ecuador, de un total que supera los siete millones de mujeres, 3,6 millones son madres y, de ellas, 122 mil son adolescentes, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). El 44,5% de las madres en Ecuador tiene entre 1 y 2 hijos, mientras que el 5,6% tiene 9 hijos y más. Según estos datos, el promedio de hijos se reduce de 3,8% (en 2001) a 3,5% en el 2010 en todos los grupos de edad.

Una de cada cinco adolescentes ecuatorianas están casadas, unidas o mantienen relaciones sexuales con riesgo de concepción. De cada 10 niños que nacen en el país, uno es hijo de una adolescente. La edad promedio de la mujer en el nacimiento de su primer hijo es 18 años. Las adolescentes constituyen el 23 por ciento de las mujeres ecuatorianas en edad fértil. A pesar de que el 86 por ciento de las adolescentes expuestas a riesgo de embarazo conoce algún método anticonceptivo, solamente el 20% lo utiliza.

El Ecuador, junto a México, tiene una de las más altas cifras de Latinoamérica con respecto a la maternidad en las adolescentes. Estas cifras, otorgadas por diversas investigaciones de CEPAR, comprueban la magnitud de este problema en nuestro país; considerado problema no solo por los riesgos biológicos y las repercusiones psicológicas de la maternidad en una adolescente, sino por la implicación social que éste conlleva.

En la mayoría de embarazos prematuros, los adolescentes se ven obligados a unirse legalmente por presiones familiares. Esto desencadena en crisis cuando una o ambas partes no lo desean, o se arrepienten más tarde. Frecuentemente, pasados uno u dos años, la incomprensión es tal que la separación o el divorcio es acudido como único recurso.

Es muy probable, además, que muchas de estas adolescentes recurran al aborto, que, aunque no está legalizado en nuestro país, es muy frecuente. Los lugares, según los costos y relativas seguridades, están a disposición del público.¹

MICRO

En la provincia de Tungurahua, el embarazo en adolescentes permanece en un 8 por ciento de la población existente, esto de acuerdo a las estadísticas que lleva adelante la Dirección Provincial de Salud.

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

Con frecuencia las adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo y tienen mayor riesgo de hipertensión arterial durante el embarazo y sus complicaciones. Los riesgos para el bebé incluyen partos prematuros de niños con poco peso al nacer.

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

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

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

El MIES en nuestra provincia abrirá espacios para jóvenes que busquen información sobre alternativas para evitar el embarazo adolescente; se prevén realizar 20 programas radiales y una revista juvenil sobre sexualidad, además de difundir material por Internet, según indicó Ximena Ponce, ministra de Inclusión Económica y Social.

1.2.2 Análisis crítico

El embarazo en la adolescencia resulta ser un tema polémico, que genera un debate social e importante en nuestro país, en el cual debemos realizar acciones inmediatas en el que se pueda disminuir el índice de embarazos precoces, ya que esto se debe a que nuestra sociedad considera al adolescente como inmadura biológica, psicológica y emocionalmente, para tomar la responsabilidad de criar a un hijo de la mejor manera.

Cada día los adolescentes están teniendo su primera relación sexual más temprano, antes de los 15 años de edad. Pero a pesar de que esto es conocido por las autoridades, se siguen violando los derechos sexuales y reproductivos de esta población a recibir información científica, objetiva y libre de prejuicios para la correcta toma de decisiones.

Se sabe que los riesgos del ejercicio de una sexualidad sin información ni acceso a la salud reproductiva aumentan los embarazos en adolescentes, los que a su vez tienen consecuencias biológicas y sociales importantes. Esto debido a que se trastoca la vida de las menores, las que pasan de jugar con muñecas a asumir responsabilidades para las que no están preparadas.

Las adolescentes por una falta de comunicación con los padres, por curiosidad sexual, en el cual han sido madres a temprana edad aunque muchas de las veces eligen el camino del aborto, por presiones familiares, de la pareja o por decisión propia. En diferentes casos, la falta de recursos económicos, la soledad, el desconocimiento, las lleva a poner en riesgo sus vidas y a sentir un sentimiento de culpabilidad.

Muchas de las madres adolescentes traen al mundo a sus hijos con múltiples complicaciones debido a varias causas como son: nutrición deficiente por parte de la madre, irresponsabilidad en el esquema de vacunas en el cual le conlleva a su niño a un retraso en el desarrollo psicomotriz.

El nivel económico bajo, el desconocimiento del uso de los métodos anticonceptivos y la nula experiencia laboral de las madres adolescentes hace que exista una falta de paternidad responsable ignorando aspectos básicos sobre el cuidado y desarrollo del niño, conllevando a la madre a la falta del control del niño sano por la irresponsabilidad y desorganización en el control.

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, 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 nada orientadoras.

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

Por ello es prioritario educar a las nuevas madres a fin de mejorar la calidad de vida del niño y garantizar un mejor crecimiento y desarrollo integral del infante realizando actividades de fomento, protección y promoción de la salud materno infantil, tendiente a prevenir nuevos embarazos.

1.2.3 Prognosis

De no darse solución a este problema se incrementarán las madres adolescentes y por ende aumentarán los niños que no son atendidos a temprana edad desde su nacimiento presentará problemas como peso y talla baja para la edad, también presentará desnutrición, en poco tiempo manifestará retraso en su crecimiento, puede llegar a presentar anemia y posiblemente pueden morir.

1.2.4 Formulación del problema

¿De qué manera influye el ser madre adolescente con el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el Subcentro de Salud de la Parroquia San Miguelito y Emilio María Terán del Área N°6 en el Cantón Pillaro de la Provincia de Tungurahua?

1.2.5 Preguntas directrices

- ¿Cuántas madres adolescentes de entre 11-19 años son atendidas en los Subcentros de Salud de San Miguelito y Emilio María Terán del Cantón 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?
- ¿Cómo afecta el esquema incompleto de vacunación en el crecimiento y desarrollo de los niños de 0 a 2 años 6 meses?
- ¿Cuáles fueron los factores causantes para que se dé el embarazo en adolescentes?
- ¿Qué actividades se podría desarrollar para disminuir el porcentaje de madres adolescentes y contrarrestar en parte 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 alteraciones en el desarrollo y crecimiento del niño.

1.2.6.1 Delimitación Temporal

La investigación comprenderá desde Junio 23 a Noviembre 23 del 2012.

1.2.6.2 Delimitación Espacial

El presente trabajo de investigación se realizará en los Subcentros de salud de las parroquias San Miguelito y Emilio María Terán del Área N°6 en el Cantón Píllaro de la Provincia de Tungurahua.

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.

El tema que se investiga es de considerable **interés e importancia** para la sociedad de los Subcentros de Salud de las parroquias de San Miguelito y Emilio María Terán del Cantón Píllaro de la Provincia de Tungurahua, ya que es de orden social, educativo, preventivo y curativo y debe ser tratado por un equipo integral de salud en el cual el papel de la enfermera es importante y prioritario.

Es de gran **utilidad** tener conocimiento de 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.

Aparte de proporcionar la información, educación, los medios y las condiciones adecuadas, así como la atención primaria, prioritaria, preferente y especializada durante el embarazo, el parto y puerperio, aplicando el principio del interés superior de los niños y adolescentes, prevaleciendo sus derechos sobre los demás.

Esta investigación es de **impacto** para la sociedad teniendo como consecuencia que las adolescentes que tuvieron su primer hijo antes de

los 19 años terminen teniendo en promedio de tres hijos más que aquellas que postergaron su primer embarazo.

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

Es **factible** de realizar en cuanto se tiene el permiso para el acceso a diferentes Subcentros de Salud de las Parroquias de San Miguelito y Emilio María Terán del Cantón Píllaro de la Provincia de Tungurahua, además se cuenta con la bibliografía suficiente, con la participación de la comunidad, con los recursos económicos, financieros, con el apoyo de profesionales y expertos.

Ya que al cumplir con la aplicación correcta de las medidas antropométricas y utilizado el test para el desarrollo motriz, los **beneficiarios** directos de la presente investigación sería la sociedad misma de las parroquias ya mencionadas.

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 dos años 6 meses de edad que han sido atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia San Miguelito y Emilio María Terán del Área N°6 en el cantón Píllaro de la Provincia de Tungurahua en el período del 23 de junio a 23 de noviembre del 2012.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Detectar cuantas madres adolescentes de 11-19 años son atendidas en los Subcentros de Salud de San Miguelito y Emilio María Terán del Cantón Píllaro de la Provincia de Tungurahua.
- Determinar la relación existente entre ser madre adolescente y la repercusión con el estado nutricional del niño.
- Identificar que alteraciones existe entre las medidas antropométricas, el test de Denver de los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad en los Subcentros de Salud de San Miguelito y Emilio María Terán del Cantón Píllaro de la Provincia de Tungurahua.
- Desarrollar una guía educativa que contribuyan a la disminución del índice de embarazos en madres adolescentes y contrarrestar en parte la alteración en el crecimiento antropométrico y el desarrollo psicomotriz del niño.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Investigaciones Previas

Marizande Lozada, María Fernanda (2011). Hospital de Latacunga, en su trabajo “Factores de Riesgo de Aparición de Complicaciones de las Enfermedades Hipertensivas en el Embarazo”. Concluye que:

Esta constituye una investigación cuali - cuantitativa, documental, descriptiva - retrospectiva, entre enero 2010 – enero 2011, recogiendo los datos de historias clínicas. La población en estudio fueron: pacientes que acudieron al Servicio de Ginecología del HPG “Latacunga” con diagnóstico de Enfermedades Hipertensivas del Embarazo.

Como resultados se obtuvo: la edad de la mayor parte de pacientes estaban entre los 15 – 20 años; 17 se encuentran en unión libre, 10 eran solteras y 8 estaban casadas, sobre el nivel de escolaridad: 20 de las pacientes apenas habían terminado el nivel primario de instrucción. En los antecedentes obstétricos, 2 del total presentaban antecedentes de gesta previa y fueron bajo peso al nacimiento. En la morbilidad en el embarazo: 7 pacientes presentaban anemia, 2 infecciones de vías urinarias y 1 Hiperémesis gravídica. 46% de las chicas del estudio tuvieron entre 1 – 3 visitas al médico durante su embarazo. La TA al ingreso: 69% de las pacientes tenían TA entre 140/190 – 159/99.

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.

2.2Fundamentación 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 y: propositivo porque busca plantear soluciones al problema investigado.

2.3 Fundamentación Legal

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 gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará 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.

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su

intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas.

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

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.⁽⁴⁾

2.4 Categorías Fundamentales

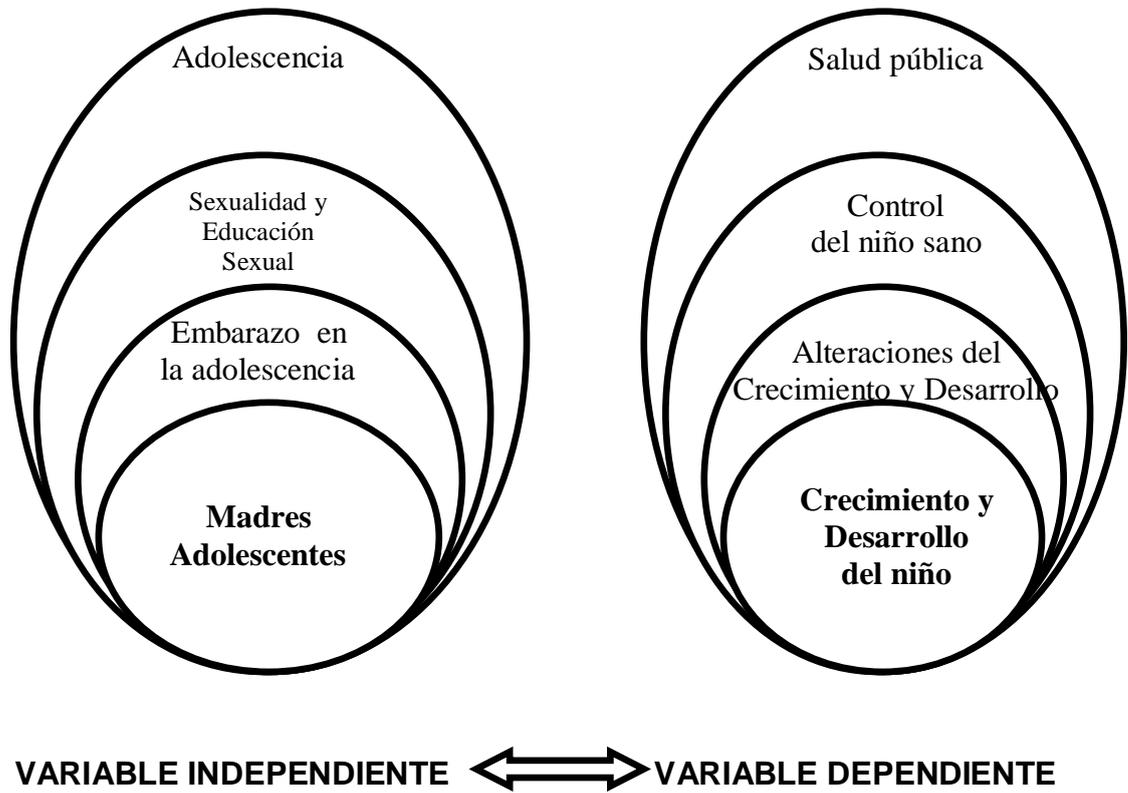


Gráfico 2. 1 Categorías Fundamentales
Elaborado por: Silvia Chancusig

2.5 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

2.5.1 Madres Adolescentes

Definición.- La OMS define la adolescencia como el "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

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.

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.

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.⁷

2.5.2 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 en la mujer

Características sexuales primarias.- los órganos sexuales son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina.

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.

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.

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.⁹

2.5.3 Cambios Psicológicos

Lowdermilk y otros (2008) refieren que los cambios psicológicos, en la primera etapa el adolescente comienzan 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.⁷

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. ¹

En la última etapa Lowdermilk y otros (2008) manifiesta que el adolescente se centra principalmente en la relación con el ambiente.⁷

2.5.4 Sexualidad y Educación Sexual

Sexualidad

Concepto.-“La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo.

La definición de trabajo propuesta por la OMS (2006) orienta también la necesidad de atender y educar la sexualidad humana.

2.5.5 Derechos Sexuales

Los derechos sexuales establecen que toda persona tiene la facultad de ejercer libremente su sexualidad y que nadie deberá sufrir discriminación por su orientación sexual:

1. A la equidad en el ejercicio de la sexualidad
2. A la libertad de expresión sobre sexualidad
3. A la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo
4. A la educación sexual
5. A la protección de la salud sexual óptima, libre de infecciones y enfermedades
6. A la libre asociación sexual
7. A la privacidad sexual
8. A ejercer la sexualidad sin fines reproductivos
9. A la información sobre sexualidad basada en el conocimiento científico
10. A la libertad de imprenta en materia de sexualidad
11. Al sano desarrollo de la sexualidad del y la menor. 8

2.5.6 Menarquía

Definición

La menarquía es la fecha del primer episodio de sangrado menstrual, o primera regla de la mujer o el comienzo de su capacidad reproductiva. El momento de la menarquía está condicionado por factores genéticos,

ambientales y nutricionales. El comienzo de la menstruación se produce entre los 10 y los 16 años de edad como norma general

La menarquía es el principal marcador psicológico de la transición de la infancia a la edad adulta. Su impacto depende en gran parte de la educación que reciban las chicas en las escuelas y de sus padres.³

2.5.7 Educación Sexual

Definición

Educación sexual es un término que se usa para describir la educación acerca de la sexualidad humana, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y otros aspectos de la sexualidad humana.⁵

2.5.8 Embarazo en la Adolescencia

Definición

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.¹¹

2.5.9 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.

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.

Factores Predisponentes

1. – Menarquia 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

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 (5)

Consecuencias

a) Consecuencias educativas

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

b) Consecuencias sociales y económicas

- Problemas económicas 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.

2.5.10 Complicaciones del Embarazo en Adolescentes

Laura Melissa Ordóñez León estable 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.¹⁰

2.5.11 Madre Adolescente

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define como madre adolescente aquella que tuvo su primer hijo antes de los 20 años. ⁸

Actitudes frente al embarazo y la maternidad:

➤ **Etapa de adolescencia temprana**

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

➤ **Etapa de adolescencia media**

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**

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 maternales protectores y sensación de anticipación del hijo.¹¹

2.6 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES DE LA VARIABLES DEPENDIENTE

Crecimiento y Desarrollo de los Niños

2.6.1 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.¹³

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. 4

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.¹²

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)

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).

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.

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).

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.

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

adulto; su medición durante los dos primeros años de vida es mandatorio, ya que la falta o aumento excesivo son signos de alarma.

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.⁶

2.6.2 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.⁶

Evaluación del Desarrollo

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.

Se aplicará:

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

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.

“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”

2.6.3 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 en 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.

- 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.

- 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.

- 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

2.6.4 Inmunizaciones

La inmunización es el proceso de inducción de inmunidad artificial frente a una enfermedad.

Vacunación: Es la administración de preparados toxoides o vacunas.

Vacuna: Es la preparación de microorganismos vivos atenuados, muertos

o de porción antigénicas de estos, que son presentados para un individuo para inducir inmunidad y prevenir una enfermedad específica.

- **Toxoide:** Es una toxina bacteriana modificada que se ha vuelto atóxica, pero conserva su capacidad de estimular la formación de antitoxina.

Vías de administración

- 1) **Vía intramuscular:** Se utiliza esta vía para la administración en la masa muscular profunda de un producto biológico (inmunoglobulinas o vacunas) que serán absorbidas de forma rápida.
 - **Musculo vasto externo o cara antero lateral del muslo;** esta es la localización indicada para las inyecciones intramusculares en recién nacidos, lactantes y niños menores de 12 años.
 - **Musculo deltoides;** se utiliza en adultos y niños mayores de 12 años y siempre teniendo en cuenta el peso y la talla del niño para asegurar una buena absorción.
- 2) **Vía subcutánea o hipodérmica:** Es la introducción en el interior del tejido conjuntivo, debajo de la piel, de un producto biológico que será absorbido lentamente.
- 3) **Vía intradérmica:** Es la introducción dentro de la dermis de una cantidad mínima (0.01 a 0.1 ml) de un producto biológico que será absorbido de forma lenta y local.
- 4) **Vía oral:** Es la vía utilizada para algunas vacunas como la VPO.

Efectos secundarios

Las vacunas pueden producir leves reacciones en los niños o adultos, por ejemplo:

- Malestar general
- A veces fiebre moderada
- Dolor o inflamación donde se aplicó la vacuna.

2.6.5 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.

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.

2.6.6 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.

Las clasificaciones más conocidas de P/E, T/E y P/T, agrupan a los niños en las siguientes categorías de puntaje Z.⁸

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.

Alto P/E.- Según Hinojosa este índice también es indicativo de sobrepeso, además esta relación es poco usado 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.

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.

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.

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.

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”

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.⁹

Trastorno en el desarrollo motriz. ¹Se 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.

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.⁶

2.6.7 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.

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

- Estimular el crecimiento físico y el desarrollo mental
- Prevenir enfermedades
- Brindar la mejor asistencia domiciliaria
- Identificar precozmente cuándo buscar atención fuera del hogar.¹

2.6.8 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.

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.¹

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.”

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.

2.6.9 Programas del MSP en Beneficio de la Madre y del Niño

Programa Integrado de Micronutrientes (PIM)

“Programa mediante el cual se busca erradicar o prevenir la ANEMIA por deficiencia de Hierro, así como los problemas de DEFICIENCIA DE VITAMINA "A", debido a que está demostrado que en el Ecuador los problemas por deficiencia de Micronutrientes, afectan principalmente a los niños menores 5 años, Madres Lactantes y Mujeres Embarazadas. Por lo

tanto se interviene mediante la implementación de las siguientes estrategias:

Fortificación en alimentos de consumo masivo

Mejoramiento y diversificación de la dieta con alimentos de bajo costo y de valor nutritivo adecuado

Suplementación con Hierro Prenatal e Infantil y Vitamina A de 100.000 y 200.000 UNIDADES INTERNACIONALES

Información educación y comunicación en procura de mejorar los hábitos alimentarios.

Micronutrientes en polvo (Sprinkles o Chis paz)

Los micronutrientes en polvo (mnp), conocidos como Spinkles@ o Chis Paz, como se denominan en Ecuador, son una propuesta creativa para brindar micronutrientes a niñas y niños pequeños, entre 6 a 24 meses de edad.

Se trata de sobres individuales con una combinación de micronutrientes (hierro encapsulado, zinc, vitaminas A, C, y 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 (Oller de Daroca, 2004; Zlotkin, 2004).

La administración de sesenta sobres de Chis Paz óptimamente, en sesenta días, un sobre por día, es suficiente para mejorar rápidamente las concentraciones de hemoglobina y los depósitos de hierro en una gran proporción de niñas y niños pequeños.

Efectos Secundarios de la administración de chis paz

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

Zinc

La suplementación con zinc, incluso con dosis bajas 93mg/d), incrementa la concentración plasmática de zinc y reduce la incidencia de diarrea.

Existe la evidencia científica que demuestra que no hay efectos adversos con la administración de 10 mg/d de suplemento de zinc en los marcadores del estatus de hierro y cobre que compiten en la absorción (Wuehler, 2008).

Vitamina A

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 los 6 meses y los tres años) o en regiones de alto riesgo, en conjunto con la administración de las vacunas).

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, que se debe de administrar una tableta diaria.

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

PEAN (Programa de Educación Alimentaria Nutricional)

“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.

SISVAN (Sistema de Vigilancia Alimentario Nutricional)

“Un Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) es un proceso sistemático de recolección, análisis, interpretación y difusión de datos, usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con lo que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de las medidas de control de los problemas alimentarios nutricionales.

2.7 Hipótesis

“Ser madres adolescente incide en la relación con la presencia de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad, en los Subcentros de Salud de la Parroquia San Miguelito y Emilio María Terán del Cantón Píllaro de la Provincia de Tungurahua en el período Junio 23 a Noviembre 23 del 2012”.

2.8 Variables de la Hipótesis:

Variable Independiente:

- Madres Adolescentes.

Variable Dependiente:

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

Palabra de Relación

- Y su relación

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Enfoque

Al tratarse de una investigación enmarca dentro del paradigma crítico-propositivo, el enfoque es predominantemente cuantitativo y cualitativo 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 las madres adolescentes en su entorno, pudiendo observar la realidad de su situación, sus condiciones de vida y de manera especial se identificarán las alteraciones que pudieran estar 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

El presente trabajo investigativo se identifica con el:

Método descriptivo. Este método se caracteriza globalmente con el objeto de la investigación; describe el desarrollo o evolución del objeto de estudio y las relaciones de éste con otros objetos, las partes, categorías o clases que componen el universo de estudio y las relaciones que se dan entre el objeto de estudio con otros.

El diseño descriptivo abarca las características y utilización de resultados como base para la planeación o proyección de hipótesis o variables. Se basa en el propósito de dar a conocer una información, un fenómeno de apreciaciones subjetivas.

Las cualidades de este método son la objetividad, claridad, precisión, coherencia lógica y referencia.

Método exploratorio. Este método se caracteriza con el objeto de reconocer variables de interés investigativo, sondear un problema poco investigativo o desconocido en un contexto particular. El diseño exploratorio abarca las características de ser una metodología flexible de mayor amplitud y dispersión.

Método retrospectivo. Este método trata de estudiar a los hijos de las madres adolescentes nacidos desde junio del 2012 hasta noviembre del 2012, período en el cual los niños tendrán edades comprendidas entre 0 meses de edad 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 N° 6 del cantón de Píllaro en Emilio María Terán está constituido por un equipo de salud como son: el médico rural quien es el Director del Subcentro de Salud, una Enfermera de contrato, una Auxiliar de Enfermería y un Odontólogo quien son los colaboradores del mismo, teniendo una población aproximadamente de 450 historias clínicas los cuales se encuentra 2 posibles casos de madres adolescentes.

En la parroquia de San Miguelito tenemos el mismo equipo de salud al cual se le suma dos Enfermeras rural y una Obstetriz, teniendo una población aproximadamente de 980 historias clínicas encontrando 13 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 Técnicas e Instrumentos

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

La observación utilizará como instrumento un cuestionario que 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 utilizarán los test de Denver, el test de Aldrich -Norval y el test de Barrera Moncada.

3.6 Operacionalización de variables

Operacionalizar una variable es el procedimiento por el medio del cual se pasa del plano abstracto de la investigación al plano concreto, transformando la variable a categorías, las categorías a indicadores, los indicadores a ítems para facilitar la recolección de la información por medio de un proceso lógico. Para así comprobar o verificar la hipótesis.

3.6 Operacionalización de las Variables

3.6.1 Variable Independiente: Madres Adolescentes

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 - Adolescente -Etapas	Maternidad Cambios (Físicos, Psico-social) 10-13 años 14-16 años 17-19 años	¿Su salud se vio afectada en la maternidad? ¿Afecto la maternidad en su adolescencia? ¿Qué reacciones se dieron en su entorno? ¿A qué edad tuvo su primer hijo?	Ficha de recolección de datos observación entrevista	Historias clínicas Carnet de vacunas Cuestionario

Tabla 3. 1Operacionalización de la Variable Independiente.

Fuente: Dr. Luis Herrera

Elaborado por: Silvia Chancusig

3.6.2 Variable Dependiente: Crecimiento y Desarrollo del Niño

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
<p>Son procesos continuos que incluye cambios físicos, emocionales, de personalidad, conducta de pensar y de lenguaje así mismo el cambio en el desarrollo motriz del niño</p>	<p>-Proceso continuo</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>¿Con qué frecuencia lleva al niño a los controle médicos?</p> <p>¿Cumple con el esquema de vacunación de acuerdo a la edad del niño?</p> <p>¿El peso, la talla y el perímetrocefálico en que rango se encuentran?</p> <p>¿De acuerdo al test de Aldrich y Norval el niño presenta alguna alteración?</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p> <p>observación</p>	<p>Historias clínicas</p> <p>Carnet de vacunas</p>

		<p>-Desarrollo en los 12 primeros meses</p> <p>-Desarrollo desde los 13 meses a los 60 meses</p>	<p>¿Si encuentra alguna alteración en los test anteriores aplicará el test de Denver?</p> <p>Cree usted que la elaboración de un rotafolio ayudará a detectar oportunamente las alteraciones en el control del crecimiento y desarrollo del niño?</p>		
--	--	--	---	--	--

Tabla 3. 2Operacionalización de la Variable Dependiente.

Fuente: Dr. Luis Herrera

Elaborado por: Silvia Chancusig

3.8 Plan de Recolección de Información

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

PREGUNTAS BÁSICAS	INFORMACIÓN
1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar la hipótesis
2.- ¿De qué persona u objeto?	De las madres adolescentes y su hijos de los Subcentros de San Miguelito y Emilio María Terán
3.- ¿Sobre qué aspectos?	Embarazo en la adolescencia y crecimiento y desarrollo del niño
4.- ¿Quién/Quienes?	Silvia Chancusig
5.- ¿Cuándo?	Junio 23 a Noviembre 23 del 2012
6.- ¿Dónde?	Subcentros de Salud de las Parroquias de San Miguelito y Emilio María Terán
7.- ¿Cuántas veces?	Las veces que sean necesarias
8.- ¿Qué Técnicas de recolección?	Observación
9.- ¿Con qué?	Papel, lápiz. Cuaderno
10.- ¿En qué situación?	Ambiente favorable

Tabla 3. 3Plan de recolección de la información.

Elaborado por: Silvia Chancusig

Fuente: Dr. Luis Herrera y otros

3.9 Plan de Procesamiento de Información:

Después de haber aplicado las encuestas elaboradas para las madres adolescentes y el personal de salud, procesaremos los datos que se obtiene de los diferentes aspectos investigativos, los mismos que serán representados en tablas y gráficos estadísticos de los cuales también se realizan el análisis de cada una de las preguntas que se aplicaran en las encuestas y así se elaboran las conclusiones que llevan a verificar la hipótesis que se plantea.

Se realizó la revisión crítica de la información recogida para pulir la información defectuosa contradictoria no pertinente, una vez que fueron codificadas los datos obtenidos en el estudio se procedió al análisis e interpretación de 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.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e Interpretación de fichas de observación dirigida a las Madres Adolescentes

TABLA N°1

INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES POR GRUPO ETAREO DESAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN

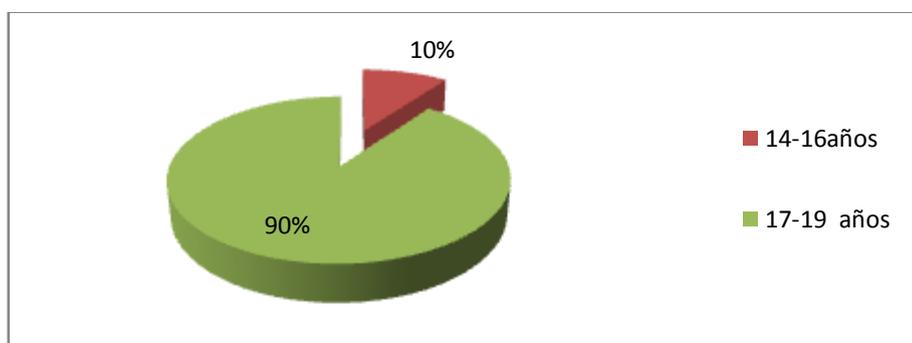
GRUPO ETAREO	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
temprana (10-13 años)	0	0%
media (14-16 años)	1	10%
tardía (17-19 años)	9	90%
TOTAL	10	100%

Fuente: H. Cl. del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán

Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 1 1

INCIDENCIA DE MADRES ADOLESCENTES POR GRUPO ETAREO DESAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN



Fuente: H. Cl. del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán

Elaborado por: Silvia Chancusig

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos recogidos de la parroquia de San Miguelito y Emilio maría Terán, muestran que existe una mayor incidencia de madres adolescentes dentro de la adolescencia tardía correspondiendo al 90%; 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

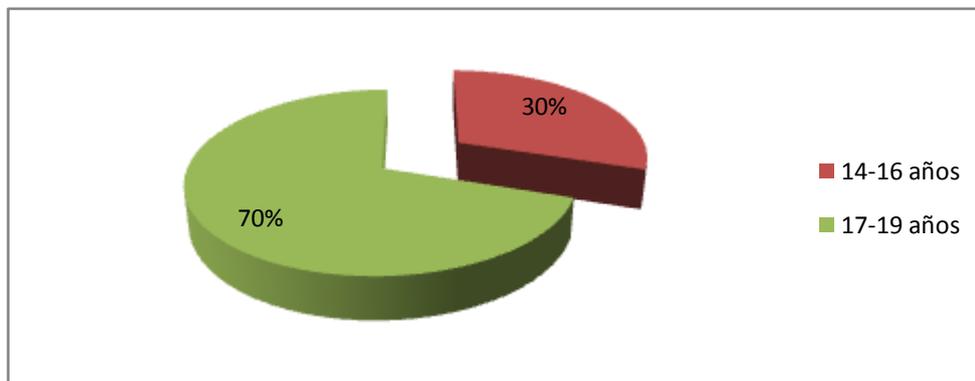
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS MADRES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN

EDAD	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
10-13 años	0	0%
14-16 años	3	30%
17-19 años	7	70%
TOTAL	10	100%

Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 2

INICIO DE RELACIONES SEXUALES DE LAS MADRES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN



Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la actualidad las relaciones sexuales se ha convertido en un tema muy liberal para los jóvenes en la que se toma con una actitud poco responsable sin pensar las consecuencias que conlleva el acto sexual sin responsabilidad, en el caso de la comunidad de investigación el gran índice de madres adolescentes inician a la edad de 17-19 años.

TABLA N° 3

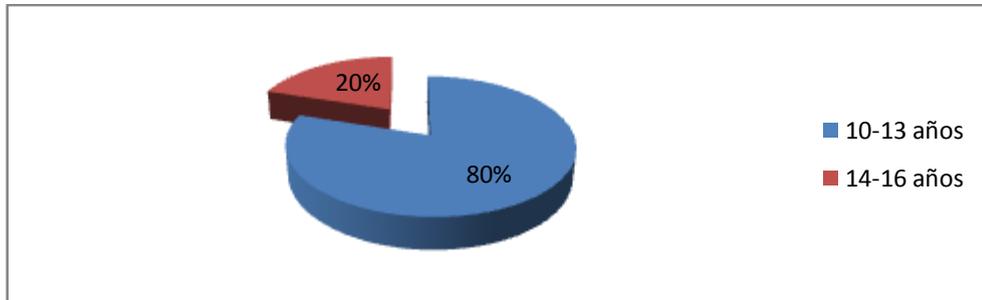
**INICIO DE LA PRIMERA MENARQUÍA DE LAS MADRES
ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN**

EDAD	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
10-13 años	8	80%
14-16 años	2	20%
17-19 años	0	0%
TOTAL		100%

Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 3

**INICIO DE LA PRIMERA MENARQUÍA DE LAS MADRES
ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN**



Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN

Con los datos obtenidos se puede evidenciar que la mayoría de las adolescentes experimentaron su primera menarquía en la pre-adolescencia, por lo tanto el riesgo de que se produzca un embarazo es mayor, tomando en cuenta que en el lugar de investigación el porcentaje de madres adolescentes con mayor incidencia es en la adolescencia tardía.

TABLA N° 4

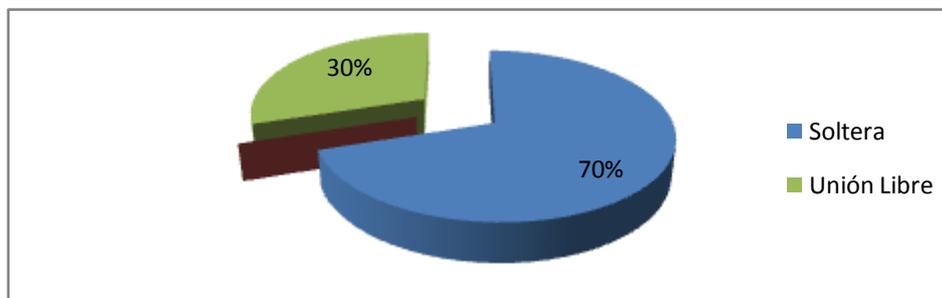
ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARIA TERÁN

OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Soltera	7	70%
Casada	0	0%
Unión Libre	3	30%
TOTAL	10	100%

Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 4

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARIA TERÁN



Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo al estado civil que tienen las madres adolescentes en su mayoría viven en unión libre, en muchos de los casos las jóvenes conviven con sus parejas obligadas por sus padres, a pesar de que se puede decir que tienen el apoyo de sus parejas no están preparadas para asumir un nuevo papel como madre.

TABLA N° 5

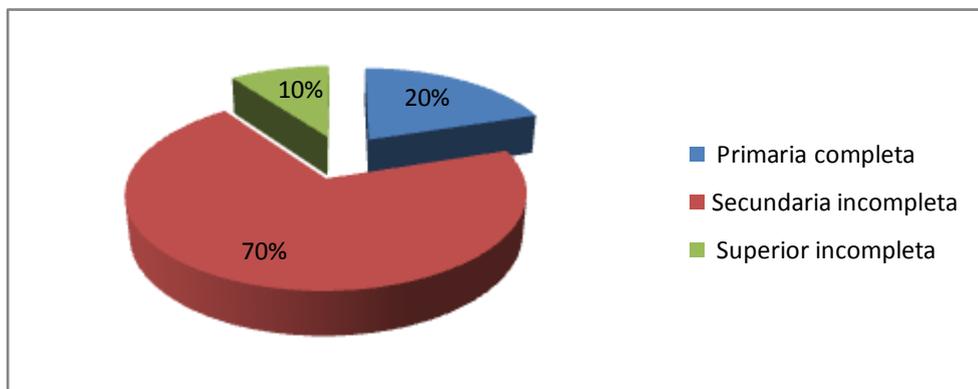
NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN

OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Primaria completa	2	20%
Secundaria incompleta	7	70%
Superior incompleta	1	10%
TOTAL	10	100%

Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 5

NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN



Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según investigaciones realizadas indican que una de las consecuencias de ser madre adolescente es el abandono de los estudios, relacionando con el lugar de investigación, la falta de estudio se debe a que tempranamente se dedican actividades del campo y que tan solo tiene una educación secundaria lo que perjudican en el buen vivir de la familia y por ende afecta en el crecimiento y desarrollo del niño.

TABLA N° 6

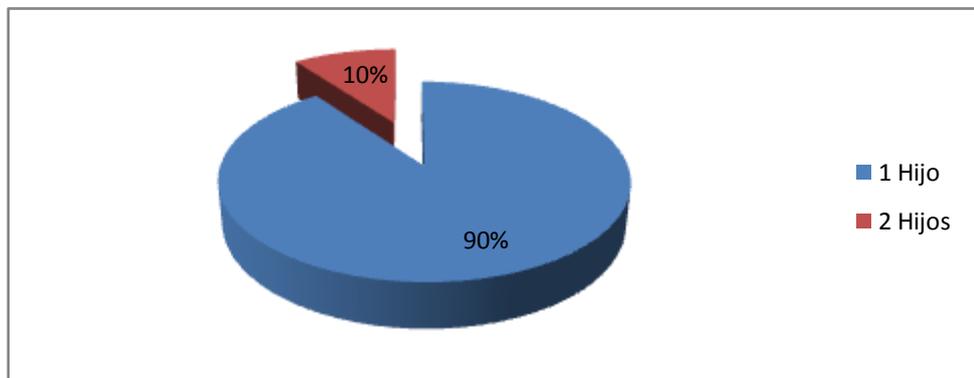
NÚMERO DE GESTAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN

OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
1 Hijo	9	90%
2 Hijos	1	10%
3 Hijos o más	0	0%
TOTAL	10	100%

Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 6

NÚMERO DE GESTAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN



Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la comunidad de investigación la mayoría de madres adolescentes tienen un solo niño, ya que la mayoría de ellas planifican.

TABLA N° 7

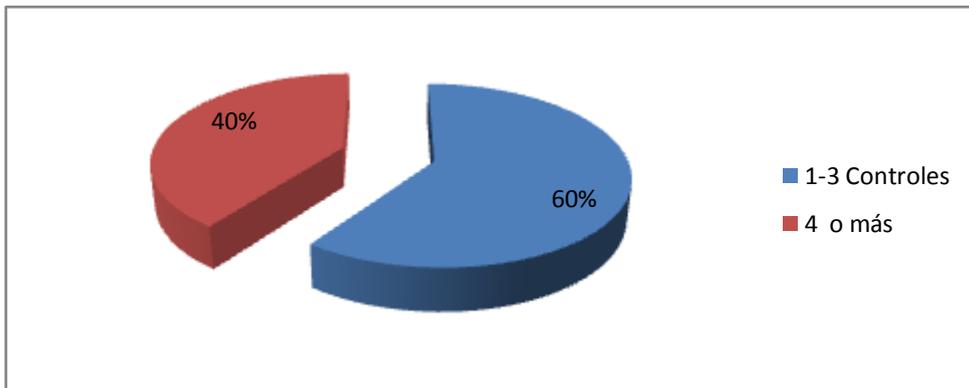
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN

CONTROLES PRENATALES	NÚMERO DE MADRES	PORCENTAJE
Entre 1 y 3 controles	6	60%
4 controles o más	4	40%
Total	10	100 %

Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 7

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN



Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN

Una vez que las adolescentes sienten su embarazo muchas de ellas se sienten con el temor de afrontar esta responsabilidad por lo que deciden esconder su embarazo, descuidando los cuidados necesarios, en el caso de las comunidades en investigación se puede evidenciar que no tienen un adecuado control de su embarazo en un 60 %, 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° 8

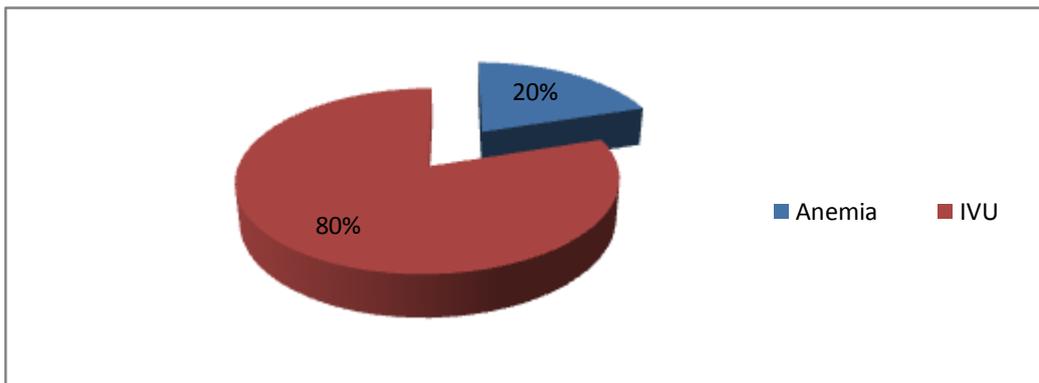
**COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO DE LAS MADRES
ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN**

Tipo De Complicaciones	Número De Madres	Porcentaje
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. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 8

**COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO DE LAS MADRES
ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN**



Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Por lo que se puede ver en los resultados la mayor complicación de las madres adolescentes con mayor recurrencia son las IVU pues al experimentar un cambio biológico el cuerpo de la adolescente por su embarazo tiene a alterar el PH vaginal ocasionando este fenómeno, como se puede evidenciar las complicaciones menos frecuentes se encuentra la anemia más bajo peso .

TABLA N° 9

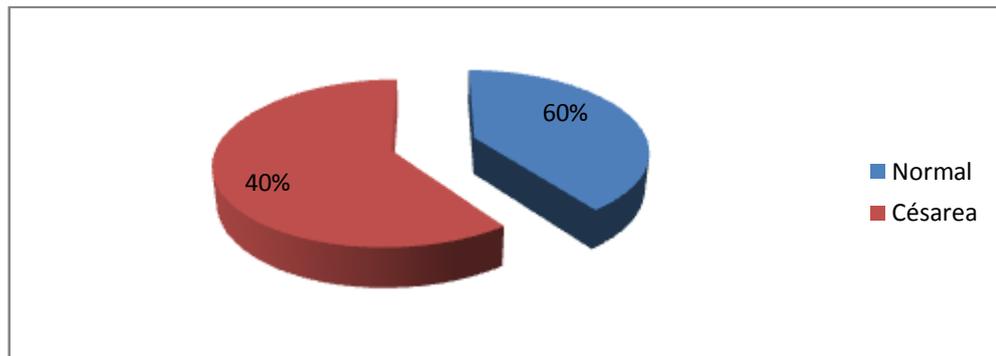
TIPOS DE PARTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN

OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Normal	6	40%
Cesárea	4	60%
TOTAL	10	100%

Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 9

TIPOS DE PARTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN



Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El parto en las adolescentes es un alto riesgo por las múltiples complicaciones que puede ocasionar; tanto para la madre como para el niño, se puede evidenciar que en las comunidades de investigación optan por el parto normal debido a creencias de fortaleza y de miedo frente al parto y la atención en área médica.

TABLA N° 10

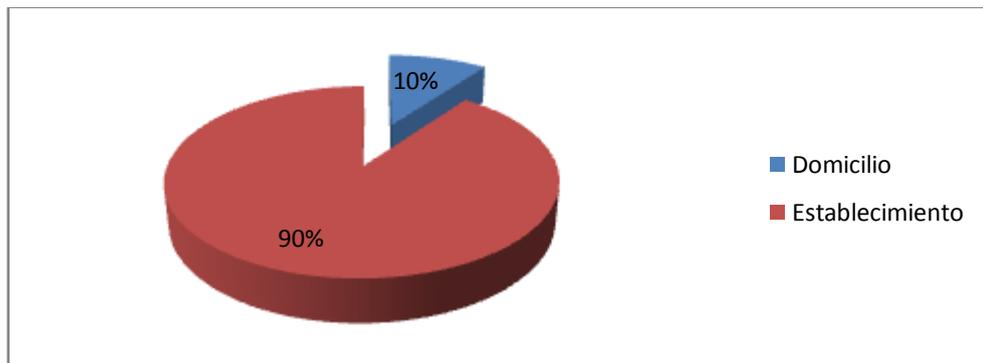
LUGAR DEL PARTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN

OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Domicilio	1	10%
Establecimiento de Salud	9	90%
TOTAL	10	100%

Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 10

LUGAR DEL PARTO DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN



Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que existen complicaciones, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los partos razón por la cual deben ser atendidos en casa de salud, por lo que si se evidencia en la población de investigación que han sido atendidos en dicho establecimiento.

TABLA N° 11

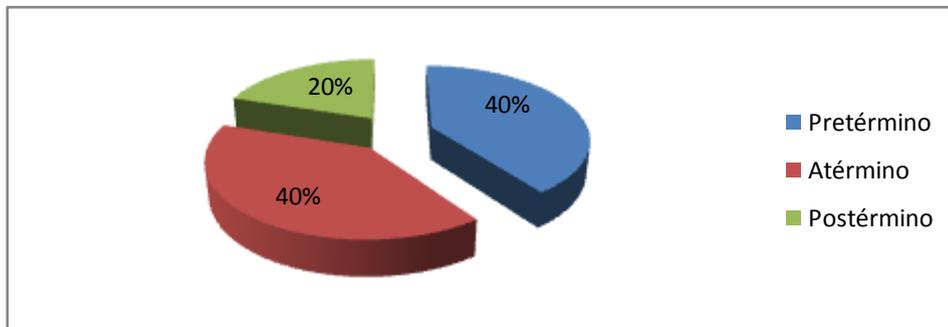
EDAD GESTACIONAL DE LA MADRES ADOLESCENTE DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN

OPCIONES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Pretérmino	4	40%
Atérmino	4	40%
Postérmino	2	20%
TOTAL	10	100%

Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 11

EDAD GESTACIONAL DE LA MADRES ADOLESCENTE DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN



Fuente: H. Cl. de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

ANÁLISIS INTERPRETACIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, la edad gestacional de las madres adolescentes fue atérmino y pretermino ya que una de las causas importantes es por lo que su organismo no esta completamente desarrollado y no han tenido un control medico adecuado.

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

TABLA N° 12

COMPLICACIONES NEONATALES DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN

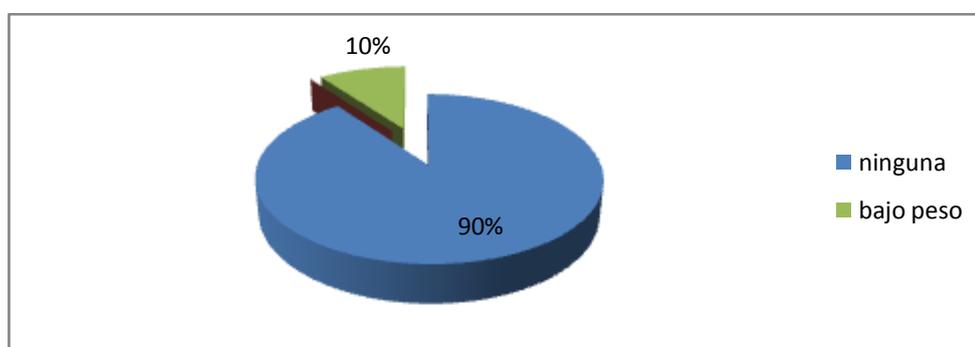
Complicaciones neonatales	Número de niños	Porcentaje
Ninguna	9	90%
Asfixia neonatal	0	0%
Bajo peso al nacer	1	10%
Bilirrubinemia	0	0%
Total	10	100%

Fuente:H.Cl. de los niños de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán

Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 12

COMPLICACIONES NEONATALES DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN



Fuente: H.Cl. de los niños de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán

Elaborado por: Silvia Chancusig

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° 13

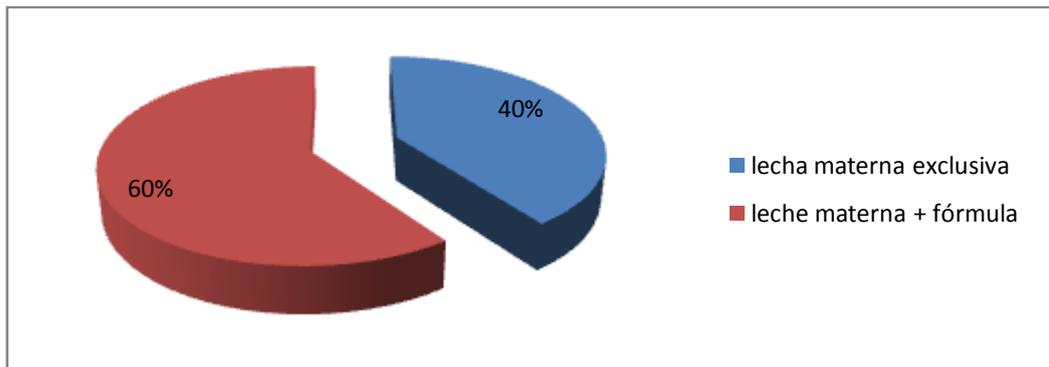
**LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES DE SAN MIGUELITO Y
EMILIO MARÍA TERÁN**

Lactancia materna	Número de niños	porcentaje
leche materna exclusiva	4	40%
leche materna + formula	6	60%
Formula	0	0%
Total	10	100 %

Fuente: H.CI. de los niños de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 13

**LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES DE SAN MIGUELITO Y
EMILIO MARÍA TERÁN**



Fuente: H.CI. de los niños de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

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° 14

ENFERMEDADES PREVALENTES DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN

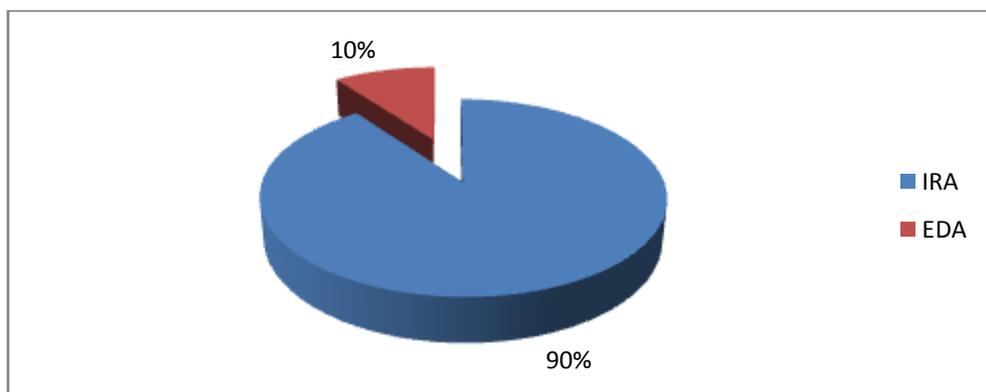
ENFERMEDADES PRELEVANTES	NÚMERO DE NIÑOS	PORCENTAJE
IRA	9	100%
EDA	1	0%
Anemia	0	0%
Total	10	100%

Fuente: H.CI. de los niños de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán

Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 14

ENFERMEDADES PREVALENTES DE LOS NIÑOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN



Fuente: H.CI. de los niños de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán

Elaborado por: Silvia Chancusig

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° 15

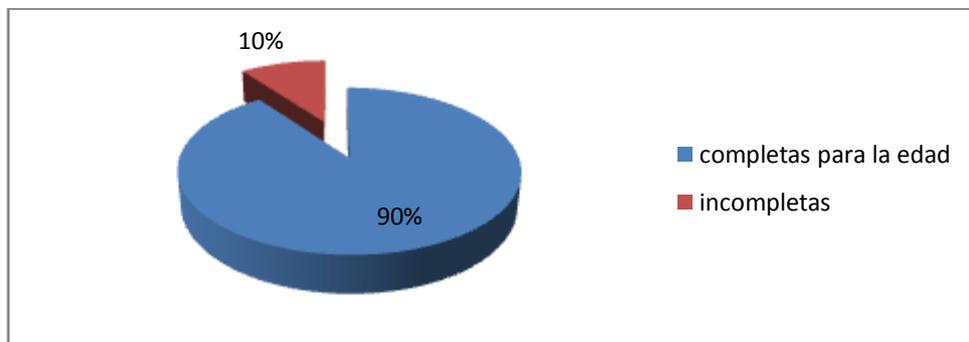
ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS HIJOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN

ESQUEMA DE VACUNACIÓN	NÚMERO DE NIÑOS	PORCENTAJE
Completas para la edad	9	90%
incompletas	1	10%
Total	10	100%

Fuente: H.CI. de los niños de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

GRÁFICO N° 15

ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LOS HIJOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES DE SAN MIGUELITO Y EMILIO MARÍA TERÁN



Fuente: H.CI. de los niños de las M.A del S.C.S de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al revisar el esquema de vacunación de los niños que son objetos de nuestra investigación se encuentra que la mayor parte de los niños tienen el esquema de vacunación acorde con su edad.

4.3 Comprobación de la Hipótesis

Para la comprobación de la hipótesis que señala que los niños de 0 a 2 años 6 meses de edad hijos de madres adolescentes de los Subcentros de Salud de San Miguelito y Emilio María Terán presentan alteraciones en el crecimiento y desarrollo, se utilizó el estadístico t-student (parámetro utilizado en variables cuantitativas), al 5% de significancia que no hay diferencia dentro de los parámetros normales, que se describe a continuación:

4.3.1 Peso

4.3.1.1 Hipótesis

Hipótesis Nula H_0 : Los valores del peso en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del subcentro de salud de San Miguelito y Emilio María Terán, no difiere de los valores referenciales.

Hipótesis Alternativa H_1 : Los valores del peso en niños y niñas hijos/as de madres adolescentes de subcentro de salud de San Miguelito y Emilio María Terán, 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 Miguelito y Emilio María Terán, del periodo Junio 23 a Noviembre 23 del 2012.

	<i>Peso inv</i>	<i>Peso ref</i>
Media	8,12	8,68
Varianza	1,104	1,744
Observaciones	10	10
Varianza agrupada	1,424	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	18	
Estadístico t	-1,04934436	
P(T<=t) una cola	0,15395266	
Valor crítico de t (una cola)	1,73406361	
P(T<=t) dos colas	0,30790532	
Valor crítico de t (dos colas)	2,10092204	

Fuente: Historias clínicas de las madres adolescentes del subcentro de salud de San Miguelito y Emilio María Terán.

Elaborado por: Silvia Chancusig

4.3.1.3 Significancia

NS= 0,05

Gl= 18

4.3.1.4 Resultado

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

4.3.2 Talla

4.3.2.1 Hipótesis

Hipótesis Nula H_0 : Los valores de la Talla en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes de subcentro de salud de San Miguelito y Emilio María Terán, no difiere de los valores referenciales.

Hipótesis Alternativa H_1 : Los valores de la Talla en niños y niñas hijos/as de madres adolescentes del subcentro de salud de San Miguelito y Emilio María Terán, 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 del peso de los hijos de madres adolescentes de San Miguelito y Emilio María Terán, del periodo Junio 23 a Noviembre 23 del 2012.

	<i>Talla Inves</i>	<i>Talla ref</i>
Media	70,45	72,85
Varianza	40,1361111	41,7805556
Observaciones	10	10
Varianza agrupada	40,9583333	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	18	
Estadístico t	-0,83854255	
P(T<=t) una cola	0,20636183	
Valor crítico de t (una cola)	1,73406361	
P(T<=t) dos colas	0,41272365	
Valor crítico de t (dos colas)	2,10092204	

Fuente: Historias Clínicas de las madres adolescentes del subcentro de salud de San Miguelito y Emilio María Terán
Elaborado por: Silvia Chancusig

4.3.2.3 Significancia

NS= 0,05

GI= 18

4.3.2.4 Respuesta

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 H_0 : Los valores del perímetro cefálico en niños y niñas, hijos/as de madres adolescentes del subcentro de salud de San Miguelito y Emilio María Terán, no difiere de los valores referenciales.

Hipótesis Alternativa H_1 : Los valores de la Talla en niños y niñas hijos/as de madres adolescentes de del subcentro de salud de San Miguelito y Emilio María Terán, 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 peso de los hijos de madres adolescentes de San Miguelito y Emilio María Terán, del periodo Junio 23 a Noviembre 23 del 2012.

	<i>Perímetro c inv.</i>	<i>Perí c referencial</i>
Media	46,12	47,24
Varianza	87,2684444	98,7893333
Observaciones	10	10
Varianza agrupada	93,0288889	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	18	
Estadístico t	-0,25965346	
P(T<=t) una cola	0,39903884	
Valor crítico de t (una cola)	1,73406361	
P(T<=t) dos colas	0,79807767	
Valor crítico de t (dos colas)	2,10092204	

Fuente: Encuesta a las madres adolescentes del subcentro de salud de San Miguelito y Emilio María Terán

Elaborado por: Silvia Chancusig

4.3.3.3 Significancia

NS= 0,05

Gl= 18

4.3.3.4 Respuesta

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

De este proceso se obtuvo un t calculado a un promedio de 18 grados de libertad en los dos Subcentros de Salud, 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 establecidas por la OMS y OPS, por otra parte de acuerdo a los resultados del test de Aldrich y Norval, Barrera Moncada y las tablas del AIEPI, podemos apreciar que no existe alteraciones en el desarrollo de los niños/as de los dos subcentros al igual que en las tablas de AIEPI.

Por lo expuesto anteriormente 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:

1. Se determinó que existe 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.
2. Dentro de este grupo de madres adolescentes existe un alto porcentaje de que el inicio de la primera menarquia está entre la edad de 10-13 años. Lo cual se considera que el inicio de las relaciones sexuales en la mayoría de las jóvenes es a partir de los 14 años.
3. La deficiencia de la cultura en salud se hace evidente al hacer el análisis de los controles prenatales teniendo que solo el 40% de estas madres adolescentes alcanza el límite mínimo requerido de los 6 controles, por lo tanto aumenta el riesgo de complicaciones en el embarazo y de una intervención temprana para su corrección.
4. Los hijos de las madres adolescentes en cuanto a la evaluación del crecimiento presentan en un 10% 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.

5. Dentro de las enfermedades prevalentes que se presentan en la mayoría de estos niños es IRA y EDA, por lo tanto en la valoración del crecimiento el resultado del niño de una madre adolescente que padeció anemia en su embarazo se encuentra tanto el peso como la talla bajo, el resto dentro de los parámetros normales.
6. Se puede evidenciar que pese a los riesgos que conlleva el ser madre adolescente y sus posibles alteraciones en el niño existe una adecuada cultura en salud de este grupo de madres adolescentes, lo cual ha permitido que disminuya notablemente sus riesgos.

5.2 RECOMENDACIONES

Al analizar cada una de las conclusiones se ha planteado las siguientes recomendaciones:

1. Brindar una atención personalizada por parte del personal de enfermería en especial a las madres adolescentes ya que están enfrentando un gran cambio en su vida y necesitan recibir una atención con calidad y calidez por parte del personal de salud.
2. Concientizar a las adolescentes sobre una guía de planificación familiar y control del niño sano para ampliar conocimientos en las madres adolescentes 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.
3. Reevaluar el método de control y atención del embarazo en la mujer adolescente, según las normas del MSP, para disminuir los riesgos que puede existir para el niño.
4. Que el personal de salud de estas comunidades realicen controles periódicos 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.
5. Incentivar a las madres adolescentes mediante charlas educativas a completar el esquema de vacunación en los niños ya que así se disminuirá las enfermedades prevalente en la infancia.
6. Brindar una atención personalizada por parte del personal de enfermería en especial a las madres adolescentes ya que están enfrentando un gran cambio en su vida y necesitan recibir una atención con calidad y calidez por parte del personal de salud.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 Título de la propuesta

“Taller de Capacitación destinada a mejorar el conocimiento para las madres adolescentes sobre Métodos de Planificación Familiar y el Control del Niño Sano de 0 a 2 años 6 meses de la parroquia de San Miguelito y Emilio María Terán 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.

6.1.3 Beneficiarios

Madres adolescentes e hijos de las madres adolescentes, residentes en la Parroquia de San Miguelito y Emilio María Terán.

6.1.4 Ubicación

Provincia de Tungurahua, Subcentro de Salud de la parroquia de San Miguelito, Emilio María Terán del cantón de Píllaro.

6.1.5 Tiempo Estimado para la Ejecución

Fecha de Inicio

Fin

Junio 2012

Diciembre 2012

6.1.6 Equipo Técnico Responsable

- Silvia Alexandra Chancusig Quilumba
- Personal de salud

6.1.7 Costo

RUBRO DE GASTOS	Costos
Material de Escritorio	200\$
Transporte	50\$
Material Didáctico	100\$
Total	350\$

Tabla 6. 1 Rubro de gastos de la ejecución de la propuesta
Elaborado por: Silvia Chancusig

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 la Parroquia San Miguelito y Emilio María Terán 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 14 – 16 años, esto toma valor clínico al investigar que las mujeres cerca de la edad de menarquía presentan mayor riesgo de presentar un embarazo no deseado.

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.

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:

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 Objetivo General

- Educar a la madre adolescente sobre todos los métodos de planificación familiar, como medio de una vida sexual saludable y el fomento de un buen control médico al infante que le garantice un desarrollo fisiológico normal.

6.4.2 Objetivos Específicos

- Profundizar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos 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.

6.7 DESARROLLO DE LA PROPUESTA

IDENTIFICACIÓN

- Unidad ejecutora: Subcentros de Salud de San Miguelito y Emilio María Terán cantón Pillaro.
- Nombre de la actividad: métodos de planificación familiar y el control del niño sano.
- Clase de actividad: Talleres de capacitación a Madres Adolescentes.
- Población objeto: Madres Adolescentes
- Horario

DESARROLLO DEL TALLER

Duración: El taller comenzará a las 10:15 (sábado 29 de noviembre del 2013)

Actividades desarrolladas: Las actividades del taller comenzaran a las 10:15.

Actividades Uno:

Presentación del taller, donde cada participante menciona su nombre y el motivo que los convoca. Duración 15 minutos.

Actividad dos:

“Romper el hielo” pequeño ejercicio de relajación –mover brazos y piernas como precalentamiento. A continuación nos dispondremos a caminar alrededor del salón, puntualizando la importancia de las miradas como primer contacto de interacción, la distancia de los cuerpos, gestos, movimiento del cuerpo para comprender que nos comunica el otro utilizando la comunicación no verbal. Duración aproximadamente 15 minutos.

Actividad tres:

La propuesta es lograr un mayor contacto con el cuerpo del otro, y desinhibir a los participantes. Para ello se utilizará globos y se dividirá en dos grupos de cinco y seis personas.

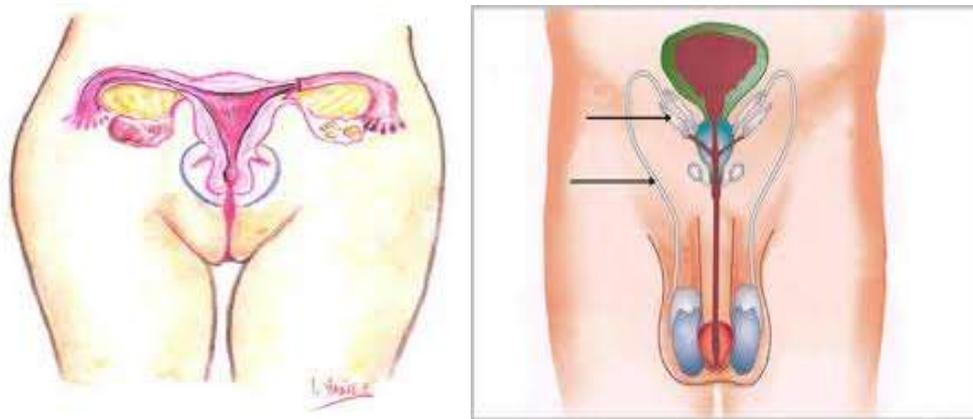
Una vez terminado el ejercicio la experiencia modifica las actitudes de los participantes, produciendo un acercamiento entre los asistentes. Cada grupo formará una ronda,

El objetivo es sostener el globo para que no caiga al suelo, pero al mismo tiempo seguir el ritmo de la música, para ello tienen que mantenerse unidos.

Actividad cuatro:

“¿Qué sabemos de nuestros cuerpos?”:

Es la pregunta para dar comienzo a éste ejercicio. Se repartirá láminas con dibujos de los aparatos reproductivos femenino y masculino, en donde los participantes tienen que completar con los nombres que conocieran, científicos o populares. Los asistentes se consultaran entre ellos, para buscar validación a las respuestas que tengan. Luego se sociabilizarán las respuestas de cada uno.



Actividades cinco:

Explicación de los nombres científicos los cuales se mencionará y se señala en una lámina y se anotará en un pápelografo para figurar una guía clara donde los participantes puedan recurrir.

Actividad seis:

CHARLA SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y CONTROL DEL NIÑO SANO

Planificación familiar

La planificación familiar requerida de un proceso complejo de formación que promueva desde tempranas edades valores, actitudes y habilidades para una paternidad/maternidad responsable y exitosa como producto de una opción libre y consciente.

Los métodos anticonceptivos

Serie de procedimientos utilizando. Objetos, medicamentos, conocimientos o intervenciones quirúrgicas, con el fin de evitar, principalmente el embarazo no deseado.

Clasificación de los métodos anticonceptivos

La clasificación en 2 grandes grupos: Temporales y Definitivos

Naturales

- Método del Ritmo
- Método del Moco cervical
- Método de Lactancia Materna
- Método Retiro (Coito Interrumpido)
- Método Temperatura Basal.

Artificial

- Barrera: Preservativo o condón
- Espermicida
- Diafragma
- Hormonales: Orales, Inyectables, Implantes Norplant
- Mecánicos: DIU
- Definitivo Ligadura Trompas
- Irreversibles Vasectomía

Métodos Temporales ó Reversibles

Métodos Naturales

Se basan en la abstinencia durante el periodo periovulatoria del ciclo menstrual.

1.- Método del Ritmo.- Es un método que consiste en evitar las

relaciones cóitales durante el periodo fértil del ciclo menstrual.

2.- Método del Moco Cervical.- Requiere conocer los cambios del moco cervical a largo del ciclo menstrual.

3.- Método de Lactancia Materna.- Basada en el hecho en que durante la lactancia se produce en la mujer un aumento de la hormona llamado prolactina, que suprime la ovulación, por tanto se impide el embarazo durante este periodo, requiere que la mujer cumpla condiciones durante la lactancia.

- Amamantar de 10 - 12 veces durante el día y la noche (lactancia exclusiva).
- No menstruar.
- Estar en los primeros 6 meses posteriores del parto.

Ventajas

- Está disponible universalmente.
- Es muy eficaz en por lo menos un 98 %.
- La protección comienza inmediatamente después del parto.
- Ofrece múltiples beneficios de salud a la madre y al lactante.
- No se requieren productos ni suministros, por lo que carece de costo.
- Se considera una conexión para el uso de otros anticonceptivos.
- Se basa en prácticas religiosas y culturales establecidas universalmente.
- Mejora los factores de lactancia materna y destete.
- Pospone el uso de esteroides hasta que el lactante este más desarrollado.

Desventajas

- El patrón de lactancia puede ser difícil de mantener.
- No protege contra los ITS (Infección de Transmisión Sexual).

Incluida la infección por el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH).

- La duración del método es limitada.
- Es útil solo para mujeres en el posparto que estén amamantando.

4.- Método del Coito Interrumpido (Retiro).- Es un método de planificación familiar tradicional en el que el hombre retira el pene completamente de la vagina antes de eyacular. A consecuencia de ello, los espermatozoides no entran en la vagina y se impide la fertilización.

Ventajas

- Es simple.
- No requiere supervisión profesional.
- No tiene costo.
- Es accesible en todo momento y circunstancia.

Desventajas

- El retiro incompleto a tardío durante el periodo fértil de la mujer incrementa la probabilidad de embarazo no deseado, obviamente al retiro tardío fuera del periodo fértil femenino no ocasiona embarazo.
- Requiere alta motivación en ambos miembros de la pareja ya que el hombre debe retirarse interrumpiendo todo contacto corporal con su pareja en momentos de máxima excitación sexual. Esto influye en la aceptabilidad del método.
- La apreciación de que el retiro produciría trastornos neuróticos no está suficientemente avalada. Debe evitarse producir iatrogénica con este concepto.
- Los urólogos mencionan este método como causante de congestión de la próstata y los ginecólogos como causante de congestión pélvica, todo lo cual tampoco tiene sólida demostración científica.
- Está constituida en los casos que hay poco control sobre la eyaculación (eyaculación prematura o en adolescentes).

5.- Método de temperatura Basal.- Este Método se basa en el hecho de que el momento de la ovulación, la temperatura aumenta.

Requiere que previamente la mujer establece su temperatura (oral o axilar) normal, diariamente a la misma hora (antes de levantarse).

II.- Métodos Artificiales

A) Métodos de Barrera

Ofrecen un obstáculo mecánico que impiden al semen ponerse en contacto con el cerviz. Se recomienda para parejas con baja frecuencia coital, especialmente para jóvenes solteros, con relaciones sexuales ocasionales, siempre y cuando eviten el coito en los días de mayor fertilidad; protegiéndose, así mismo, contra muchas enfermedades de transmisión sexual como el Sida e incluso el Cáncer de Cerviz (en el caso del condón).

1.- Preservativo o Condón.- Es un anticonceptivo para uso masculino el cual es fabricado por látex muy delgado y resistente. Se colocan sobre el pene erecto.

Acción del Condón

- Impide que el semen entre en la vagina.
- Evita la transmisión de enfermedades venéreas

Beneficios o Ventajas colaterales del condón.

- Prevenir de infecciones vaginales o transmitidas por contacto sexual y, posiblemente, de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Mayor comodidad y placer sexual con los dispositivos lubricados.
- Inclusión del condón en el juego sexual.
- Reducción de títulos de anticuerpos en las parejas en que la mujer los produzca contra los espermatozoide se su compañero.

Es un Método:

- Accesible con una amplia posibilidad de distribución comunitaria.
- Prácticamente sin efectos secundarios.
- Protege efectivamente contra ETS/VIH - Sida.
- Es reversible.
- Es de relativamente bajo costo.
- Posible efecto en la prevención del cáncer de cuello uterino.
- Puede ser utilizado como método único de apoyo a otros métodos.
- Permite la participación de los hombres en la responsabilidad de la planificación familiar.

Desventajas:

Para el Usuario:

- Interrumpe el acto sexual para su colocación: interrupción del juego previo.
- “Incomodidad” del método.
- Reducción de la sensibilidad masculina y femenina.
- Dificultad de mantener erección.
- Disminución en el disfrute de la relación sexual.
- “Mal” Concepto del Método.
- Conceptos errados sobre eficacia y efectos secundarios.

Complicaciones

Están dadas por el escape de semen debido a rotura accidental del condón, accidente absolutamente impredecible para el usuario.

2.- Espermicida.- Son geles espumas, cremas o capsulas que se insertan profundamente en la vagina liberando sustancias que moviliza o matan los espermatozoides.

Se presentan en varias formas farmacéuticas

- Cremas, jaleas y espumas
- Tabletas espumantes
- Óvulos licerables.
- Óvulos Espumantes
- Películas solubles

Ventajas

El tampón o esponja es absorbente de las secreciones vaginales por lo que sería útil en los casos de hipersecreciones vaginales. Las drogas espermicidas no pasan a la sangre ni a la leche materna.

Desventajas:

- Tienen relativamente tasa altas de embarazo accidental.
- Necesidad de prever la interrupción de la actividad sexual para usarlas.
- Necesidad de uso constante y cuidadoso en cada relación sexual.

Diafragma.- Dispositivo vaginal fabricado de caucho delgado en forma de copa ancha cuyo borde mayor tiene un resorte semirígido, cuya tensión contra las paredes de la vagina mantiene la forma de dispositivo; y la presión que da al contorno la musculatura vaginal la mantiene en su sitio.

Acción del Diafragma.- Impide que el semen penetre al tracto reproductivo superior (útero y trompas de Falopio)

Ventajas:

- No interfiere la lactancia
- Puede insertarse de dos a seis horas antes del coito.
- Se evita la ingestión diaria de comprimidos.
- No altera los procesos metabólicos o fisiológicos.
- Los beneficios colaterales del empelo del diafragma consisten en

cierta protección contra enfermedades de transmisión sexual y contra el desarrollo de displasia cervical.

- Protege levemente contra la ETS.
- Evita el escape” sanguíneo menstrual durante el coito.

Desventajas

- Regular medición por el profesional para su selección adecuada.
- Ajuste cuidadoso a la cúpula vaginal.
- Requiere adiestramiento de la paciente para su correcta utilización.
- Tiempo suficiente de enseñanza a la usuaria de 30 a 60 minutos.
- Es necesario una alta motivación para su uso.
- No tiene acción preventiva para ETS, VIH - SIDA.
- No se puede retirar antes de 6 - 8 horas del coito.

B).- Métodos Hormonales.

1.- Anticonceptivos Orales.- Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son pastillas que contienen las hormonas estrógenos y progesterina. Estas pastillas se toman diariamente.

Efectos Secundarios más frecuentes

- Amenorrea.
- Goteo/ sangrado vaginal anormal.
- Náuseas mareos, vómitos
- Aumento de peso.
- Cefalea persistente y/o progresiva.

Ventajas de la Píldora

- Fácil de Utilizar.
- Reduce las molestias pre menstrual - buena tolerancia.

Desventajas de las Píldoras

- Es menos eficaz que los anticonceptivos orales combinados.

- Produce efectos secundarios (primordialmente alteración del patrón de sangrado menstrual, como hemorragias por supresión menstrual irregular e intensa, y amenorrea.
- Requiere el empleo de un método de refuerzo durante los tres primeros meses.
- Se asocia con una mayor incidencia de vaginitis por monilias o por candida.

2.- Inyectables

Consiste en la aplicación intramuscular de sustancias hormonales que inhiben la ovulación.

Tasa de Fallo

De 0.5 a 1 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

3.- Implantes Norplant.- El sistema de Norplant consiste en seis capsulas delgadas y flexibles hechas de tubos de Silastic®, las cuales están llenas de una progestina sintética (levonorgestrel). Estas cápsulas se insertan justo por debajo de la piel en la parte superior del brazo de la mujer por medio de un procedimiento quirúrgico menor. Son aproximadamente de 4 cm de largo a 2mm de diámetro.

Ventajas

- Altamente eficaz, prolongado y reversible.
- Su eficacia es independiente del cumplimiento del usuario.
- Es de uso prolongado sin menor atención clínica.
- Aportan niveles de Progestágenos estables.
- Ausencia de estrógenos exógenos.
- Mejora la dismenorrea.
- Simple y rápida inserción

Desventajas

- Debe proveerse de una clínica y requiere personal entrenado en su inserción y retiro.
- Requiere de una consejería cuidadosa y específica para lograr continuidad de uso ante los sangrados irregulares y otros efectos.
- Existe una correlación negativa entre el peso de las usuarias y la eficacia, la cual disminuye en forma proporcional con el aumento de peso después de los 70 kg.

C) Métodos Mecánicos

1.- Dispositivos Intrauterinos (DIU)

El dispositivo intrauterino, (DIU) es un dispositivo flexible en forma de T que se inserta en el útero. Los DIU pueden ser inertes, liberadores de cobre o progestina.

Ventajas del DIU

- No requiere la toma periódica de medicamentos (como la píldora), ni ninguna maniobra cada vez que se practica el coito (como los métodos de barrera) ni aprendizaje alguno.
- No tiene efectos colaterales generales, ya que actúa a nivel local.
- Tiene una elevada eficacia, con un índice de fracasos cifrado actualmente en el 0.5 - 2 %.

Desventajas del DIU

- Es necesario cambiar el DIU cada / año.
- No es totalmente efectivo durante el primer mes. De la colocación por lo que se requiere de otro método complementario en este periodo.
- Puede provocar hemorragias menstruales más prolongadas y abundantes, así como sangrado no menstrual.

- La mujer debe controlar la situación del DIU después de cada menstruación (mediante palpación del hilo vaginal), ya que puede modificarse su posición o ser expulsado.

Métodos Definitivos e Irreversibles

1.- Ligadura de Trompas

Consiste en cortar y ligar las trompas de Falopio para impedir el paso del ovulo por ellas.

Características

- Eficacia alta inmediata y permanente.
- No interfiere con el deseo sexual ni con la producción Hormonal por parte de los ovarios.
- Requiere previamente ovulación médica y orientación adecuada.
- Es definitiva debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico capacitado, requiere instrumental especial.

Complicaciones

- Lesiones de la vejiga o intestinal.
- Sangrado superficial (en los bordes de la piel o en los bordes subcutáneo).
- Dolor en el sitio de la incisión.
- Hematoma(subcutáneo)
- Infección de la herida.
- Fiebre pos operatoria.

2.- Vasectomía

La vasectomía es un procedimiento quirúrgico voluntario que termina la fertilidad del hombre permanentemente. La vasectomía puede realizarse

utilizando el método estándar o la técnica sin bisturí la cual es el método preferido. La vasectomía bloquea los conductos deferentes (conducto eyaculador) para que no haya espermatozoides en la eyaculación.

Complicaciones

- Inflamación Excesiva
- Hematoma (escroto)
- Infección de la herida
- Fiebre.

CONTROL DE NIÑO SANO

El control de niño sano es la supervisión de salud que lleva a cabo el pediatra y que comprende el seguimiento integral de los distintos aspectos del niño en todas sus etapas de crecimiento, desde sus primeros días de vida hasta los catorce años de edad.

Las actividades de promoción de la salud en la infancia tienen como objetivo la prevención de enfermedades, la promoción de unos desarrollos físicos, psíquicos y sociales óptimos y la detección precoz de determinadas anomalías.

Los controles de salud en el niño incluyen una serie de actividades fundamentales para detectar y tratar determinadas anomalías de forma temprana, como son:

- 1.- Exploración física completa, sobre todo en el recién nacido y los primeros meses de vida.
- 2.- Exploración de la cadera en el recién nacido durante los primeros 6 meses y cuando el niño inicia la marcha. Ecografía de cadera cuando existan factores de riesgo.

3.- Detección de cardiopatías al nacimiento y a los 2 meses de vida mediante auscultación cardíaca.

4.- Detección de criptorquidia (ausencia de descenso de los testículos) durante el primer año de vida del niño.

5.- Control del peso, talla y perímetro cefálico durante el primer año de vida y seguimiento del peso y talla durante la infancia. A través de este control periódico, el pediatra estudia la evolución de su crecimiento, comparándola con los márgenes generales que existen para la población. De esta manera, puede evaluar si su crecimiento progresa de manera adecuada o existe alguna anomalía.

6.- Evaluación del desarrollo psicomotor. Para ello, el especialista controla que el niño vaya cumpliendo una serie de hitos de desarrollo que están claramente definidos de acuerdo a la edad mediante el estudio de su capacidad de respuesta ante determinadas tareas físicas y neurológicas.

El control del niño sano también implica una serie de actividades preventivas fundamentales como:

Vacunación. Es importante cumplir con el Calendario de Vacunación infantil, el cual le será entregado en su visita, para que el niño no padezca ninguna enfermedad que podrá haber sido prevenida. Las vacunas tienen como objetivo que el niño vaya desarrollando poco a poco sus defensas y pueda hacer frente a una serie de infecciones que se contagian unos a otros a lo largo de su infancia. Aunque la mayoría son intrascendentes, algunas de estas infecciones pueden llegar a ser graves o presentar importantes secuelas (tétanos, tosferina, etc.).

- Prevención del tabaquismo pasivo.
- Promoción de la lactancia materna
- Prevención de la muerte súbita del lactante.
- Profilaxis del raquitismo.
- Detección de hipotiroidismo
- Prevención de accidentes

- Consejo nutricional: dieta saludable, ejercicio físico.
- Detección de estrabismo, obesidad, hipertensión, colesterol, en niños de alto riesgo.

6.8 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	2. Elaboración y recolección de material didáctico.	Disponer de un material didáctico en un 100%	a) Ejecución de los talleres, charlas educativas	Cartulinas \$5,00 Marcadores \$ 3,00 Diseño e impresión del tríptico \$ 10,00	La investigadora
	3. Establecer el lugar adecuado y la fecha para el desarrollo de las charlas.	Contar con lugar adecuado.	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.	Transporte \$5,00	La investigadora y miembros del equipo de salud
	4. Reunir a las madres adolescentes y comunicarles el desarrollo del plan educativo.	Disponer de la presencia del grupo al cual nos vamos a dirigir en un 80%	a) Invitar a las madres adolescentes mediante los parlantes de la Parroquias de San Miguelito y Emilio	Publicidad \$20,00 Pasajes \$5,00 Refrigerio \$15,00	Silvia Chancusig

			<p>María Terán</p> <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>		
	<p>1. Desarrollo del plan educativo.</p>	<p>Garantizar un aprendizaje en un 60%.</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</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	La investigadora 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

Tabla 6. 2 Plan Operativo.
Elaborado por: Silvia Chancusig

6.9 Administración de la Propuesta

La presente propuesta será administrada por la Universidad Técnica de Ambato y la autora del presente trabajo de investigación, VI Seminario de Graduación de Enfermería y se desarrollará en la parroquia de San Miguelito y Emilio María Terán, para efectos de evaluación se tomará en cuenta las Unidades de Salud del área con el personal que laboran en dichas Instituciones.

6.1.0 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.

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 la guía y charlas impartidas, 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 los talleres y

	las charlas impartidas 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.

Tabla 6. 3 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta
Elaborado por: Silvia Chancusig

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. BARRERA M., Gabriel. Problemas sociales de adolescente Caracas. Tomo II del Compendio de Puericultura y Pediatría. Universidad Central de Venezuela. Ediciones de la Biblioteca. Capítulo IV. Venezuela, 1996, 300p.
2. BEJERANO G., Fátima. Características Generales del Niño y la Niña de 0 A 3 Años. Cuadernos de Educación y Desarrollo, Vol. 1, Nº 5, Instituto de Enseñanza Secundaria El Greco de Toledo, España, 2009,94 p.
3. BERGES, Virginia. “El embarazo en adolescentes, un problema social y familiar” Administración de Salud Familiar, E.E.U.U.2007, 125 p.
4. BERRUEZO, Pedro Pablo. El contenido de la psicomotricidad. Psicomotricidad: prácticas y conceptos”, 1ª ed. Madrid, 2000,99 p.
5. BURROWS, Raquel. “Crecimiento y Desarrollo de hijos de adolescentes de clase media y baja”, II parte: 30 meses de vida, Revista Chilena de Pediatría, Vol. 57, Nº 6, Chile, 1986, 496 p.
6. FARRIOL, María Rosa, Desarrollo Psicomotor del Niño Entre 0-3 Años, Principios del Desarrollo, I Jornadas de Salud Escolar y Universitaria Hospital San Pedro, Logroño, España, 2008, 65 p.
7. GÓMEZ DE TERREROS I, Calidad de Vida y Educación para la Salud. La Educación para la Salud en el ámbito comunitario. Pediatría Integral y Psicología Pediátrica, Vol. 2. Sevilla, España, 1995, 553 p.

8. ISSLER, Juan R. "Embarazo en la Adolescencia", Revista de Postgrado de la Cátedra, Via Medicina N° 107, Chile, 2001, 23p.
9. INEC IV Censo de Población y V de Vivienda Noviembre 2001. Tomo I, Ecuador, 2001.
10. KIMMEL SR, y RatliffSchaub K, "El Crecimiento y Desarrollo", Medicina Familiar, 7ª ed. Filadelfia, Saunders, Elsevier; 2007, 1278p.
11. MARTÍN Delia Aurora (2009). Hacia la excelencia en los Servicios de Salud. Capacitación de los cuadros administrativos. Maestría en Desarrollo Social, FLACSO Programa Cuba. La Habana. 99p.
12. MSP. Manual de Normas Técnico Administrativas, Métodos y Procedimientos de Vacunación y Vigilancia Epidemiológica del (PAI), Dirección de Control y Mejoramiento de la Salud Pública, 2005, 129p.
13. MSP. "Manual de Normas para la Atención Materno Infantil", Ecuador, 2000, 386p.
14. PAHO, Boletín Epidemiológico, "Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia", Niños Sanos: La Meta del 2002", Vol. 20 N° 4, diciembre, 1999, 25p.
15. RIVADENEIRA, Hernán "La Responsabilidad Moral y El Proyecto de Vida", Ética y Valores Humanos, 3era ed., Colombia, 2010, 144p.
16. VILLADA Luis, y Hospital de la Misericordia, "Programa de Crecimiento y Desarrollo", Colombia, 2010, 728p.

LINKOGRAFÍA

1. CAMEJO Reinerio Lluch, Dr., “ La Adolescencia y sus Etapas”, Las Tunas, 2004 [fecha de consulta: 18 de julio 2012], disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/5912/adolescencia-etapas.html>
2. CORONADO, Yelitza Riesgos del Embarazo Precoz, 2010. [Fecha de consulta: 3 de julio 2012], disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/casclin/casclin/shtml>
3. BELTRÁN M. Luz (2006), Investigación sobre Embarazo en Adolescentes, Fundación Escuela de Gerencia Social Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo Venezuela. [fecha de consulta: 12 de junio del 2012]. Disponible en: <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>
4. BRAVO Natalia y otros. “Sexualidad Precoz”, 2007. [fecha de consulta: 3 de julio 2012] disponible en: <http://elfindelainocencia.blogspot.com/2007/10/los-hermenuticos.html>
5. DIARIO HOY. “Madres Adolescentes”, Quito, sábado 10 de septiembre de 2011, disponible en <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/madres-adolescentes-60326.html>
6. ECUADOR inmediato.com “Embarazos en Adolescentes en el Ecuador”, mayo 11 del 2011, disponible en <http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news-user-list&date=2011,05,11>

7. EL UNIVERSO, “Una tasa de natalidad que rebasa los planes creados para frenarla”, Sábado 5 de Marzo 2011. Disponible en <<http://www.eluniverso.com/2011/03/06/1/1447/tasa-natalidad-rebasa-planos-creados-frenarla.html>>
8. EL DIARIO, 2011, “En Ecuador dos de cada tres adolescentes están embarazadas”, 04 de Marzo de 2011, disponible en <solonline.com/noticias/view/90399/en-ecuador—dos-de-cada-tres-adolescentes-estan-embarazadas>
9. KOHLBERG Lawrence, “Estadios Evolutivos del Razonamiento Moral”, 1960. [fecha de consulta 11 de julio 2012] disponible en: <<http://www.xtec.cat/lvallmaj/passeig/kohlber2.htm>>
10. PAHO “Crecimiento y Desarrollo” Documento “Ayudando a Crecer” disponible en : <<http://www.paho.org/crecer-desarrollo.pdf>>
11. OMS. Definiciones. Disponible en [16 de junio del 2012], disponible en:
<<http://wwwescuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios1.htm>>
12. UNICEF, Informe Ecuador [fecha de consulta: 16 de Julio del 2012], disponible en <<http://www.unicef.org/ecuador>>.
13. VÁSQUEZ Rafael; GÓMEZ Ana Isabel, Revista de Obstetricia y Ginecología Vol. 46, N°3, Maternidad Adolescente: Vínculo y Desarrollo, Jornadas de Pediatría Colombia, 1995. [fecha de consulta: julio 26 del 2012], disponible en: <<http://ebosque.edu.co/moodle3/>>

14. VITERI Díaz Galo, Situación de la Salud en el Ecuador, Observatorio de la Economía Latinoamericana, Subsecretaría de Política Económica del Ministerio de Economía y Finanzas, Ecuador 2007 [fecha de consulta 3 de Julio 2012] disponible en: <<http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm>>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASES DE DATOS UTA

1. PROQUEST CORTEZ Vásquez Lorraine. Ayudando al Pueblo: Consecuencias y prevención del embarazo adolescente, El diario la Prensa, New York, 2000.<http://search.proquest.com/docview/368443846/13C887A35035AF90E90/24?accountid=36765>
2. PROQUEST ROBLEDO, Juan Alberto. Su salud no es un juego, México, 2002
<http://search.proquest.com/docview/3107618117/13C88A05F514E2F91B/16?accountid=36765>
3. PROQUEST PÉREZ, Sonia. Un problema de salud pública: Adolescentes embarazadas, México 1998.
<http://search.proquest.com/docview/376981207/13C88911AC82BDD4983/7?accountid=36765>
4. PROQUEST RODRÍGUEZ, Gabriel, “Adolescencia: esté preparado”, México, 1999
<http://search.proquest.com/docview/3100225061/13C8885942C7683B246/5?accountid=36765>
5. PROQUEST SÁNCHEZ, Andrea Sanz ¿Cómo piensan y viven los adolescentes su sexualidad?
<http://search.proquest.com/docview/213907934/13C88A7155517B2E569/2?accountid=36765>

ANEXOS
**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: Silvia Chancusig

**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: Silvia Chancusig

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.

Desarrollo del Niño de 0 a 2 años 6 Meses en sus Diferentes Áreas

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)

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)

CONTENIDO DEL SOBRE DE SPRINKLES O CHIPAZ PARA LA SALUD

1 gramo contiene			
Vitamina A (acetato)	400 ug	ácido fólico	150 mg
Vitamina B1 (tiamina mononitrato)	0,5 mg	Niacin (niacinamide)	6,0 mg
Vitamina B2 (riboflavina)	0,5 mg	Cobre (gluconato de cobre)	0,56 mg
Vitamina B6 (pyridoxina)	0,5 mg	Yodo (yodato de potasio)	90 ug
Vitamina B12 (cianocobalamin)	0,9 ug	Hierro (fumarato ferroso)	10 mg
Vitamina C (ácido ascórbico)	30 mg	Zinc (gluconato de zinc)	4,1 mg
Vitamina D3 (colecalfiferol)	5 ug	Selenio (selenio sódico)	17 ug
Vitamina E (vitamina E acetato)	5,0 mg	Ingredientes no médicos	Maltodextrina silicón dióxido

Fuente y Elaboración: MIES, Aliméntate Ecuador, MSP, USFQ. Fortificación en casa con micronutrientes de los alimentos de los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad para combatir la anemia por falta de hierro y otras deficiencias, Quito: MIES, Aliméntate Ecuador, MSP, USFQ; agosto 2008. p. 43.

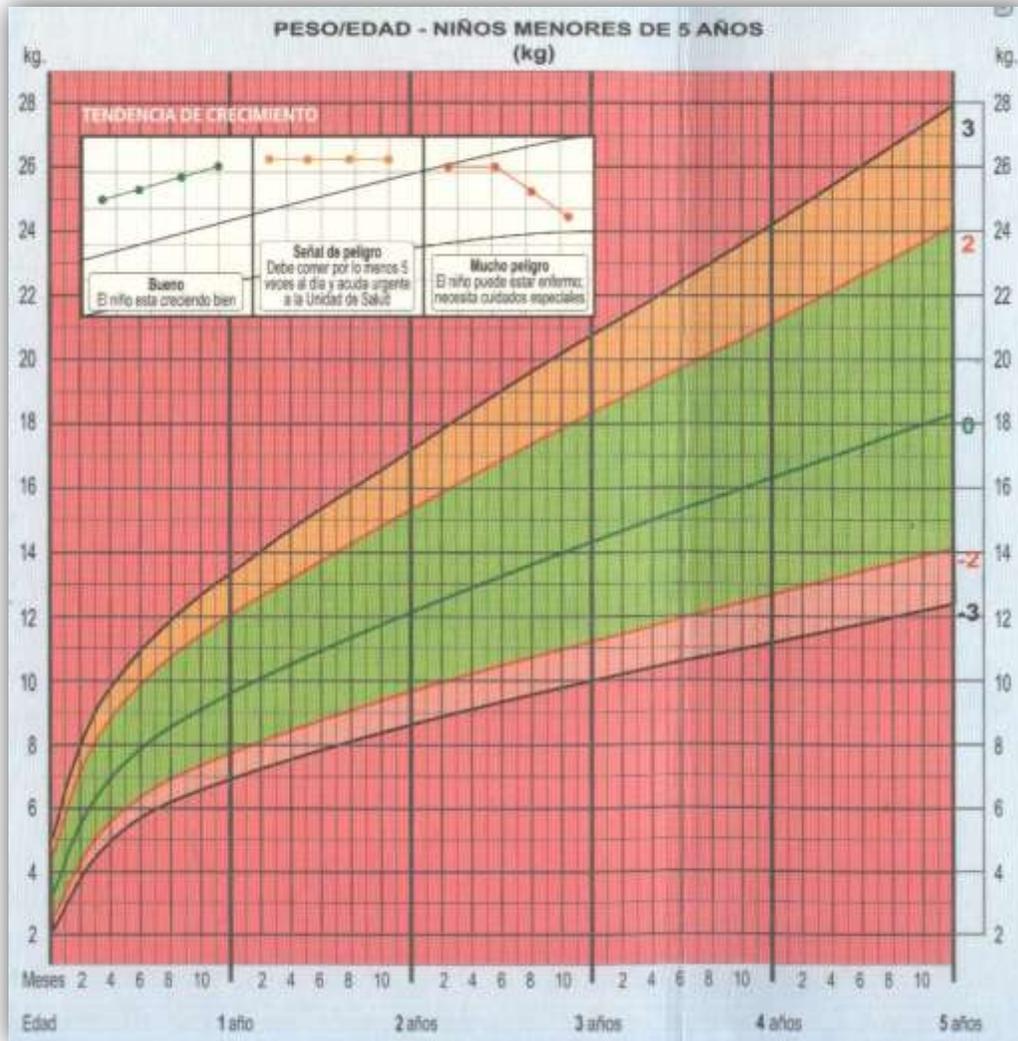
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE TUNGURAHUA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
ESQUEMA DE VACUNACIÓN

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 Conjugada	2	0,5 ml	I.M	2 m.	4 m.				
	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.			

CURVAS DE CRECIMIENTO

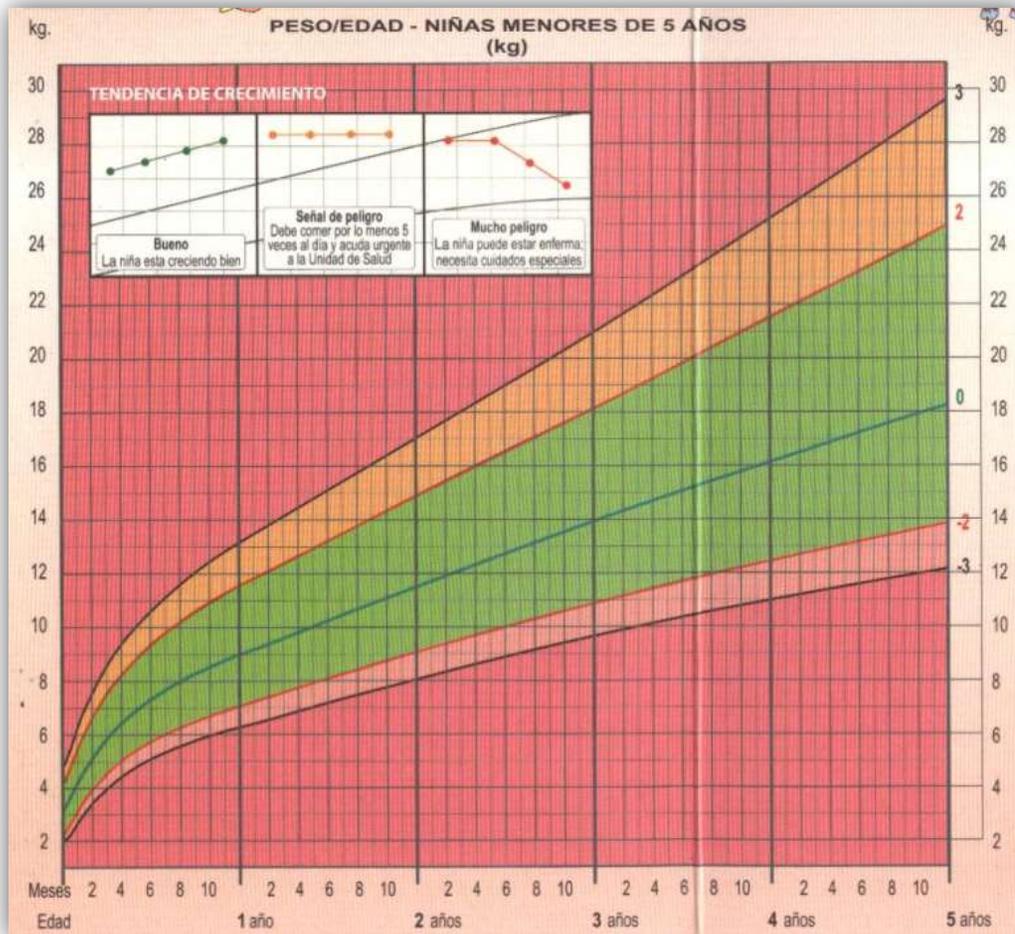
PESO PARA LA EDAD - NIÑOS



Fuente: Carnet de Salud del Niño

CURVAS DE CRECIMIENTO

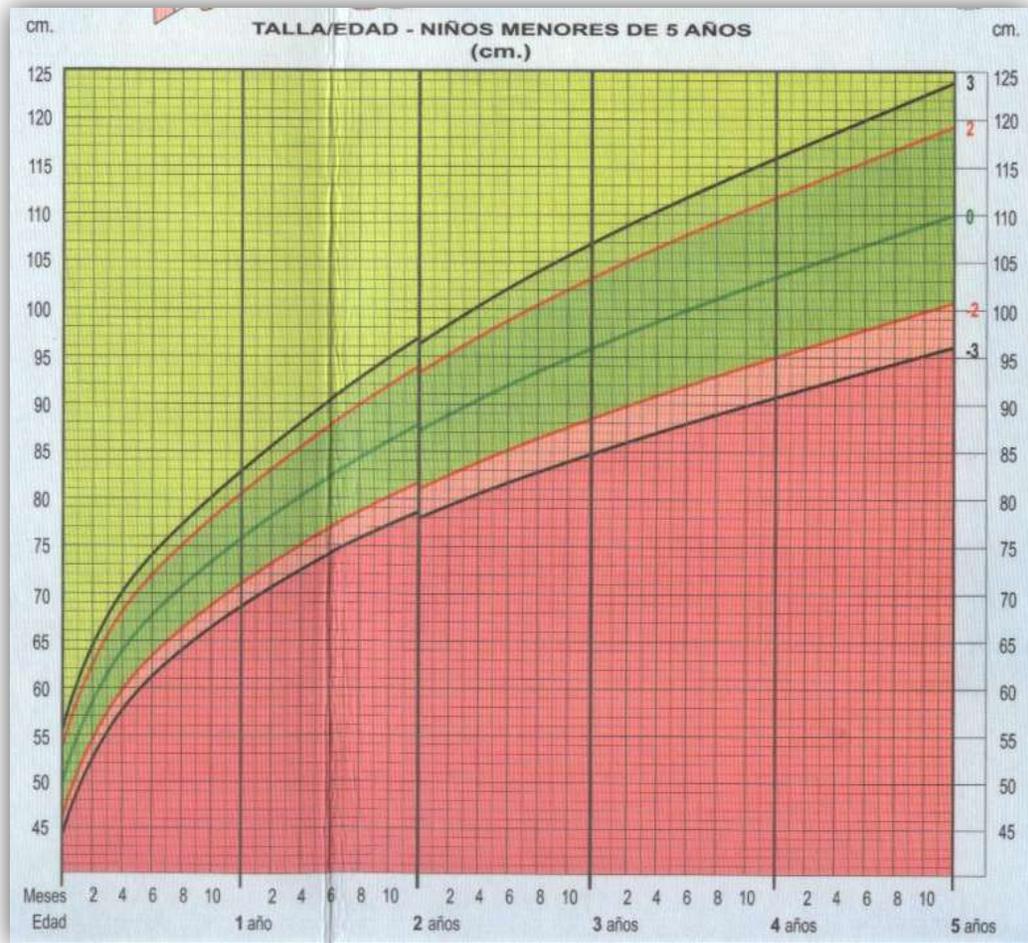
PESO PARA LA EDAD- NIÑAS



Fuente: Carnet de Salud de la Niña

CURVAS DE CRECIMIENTO

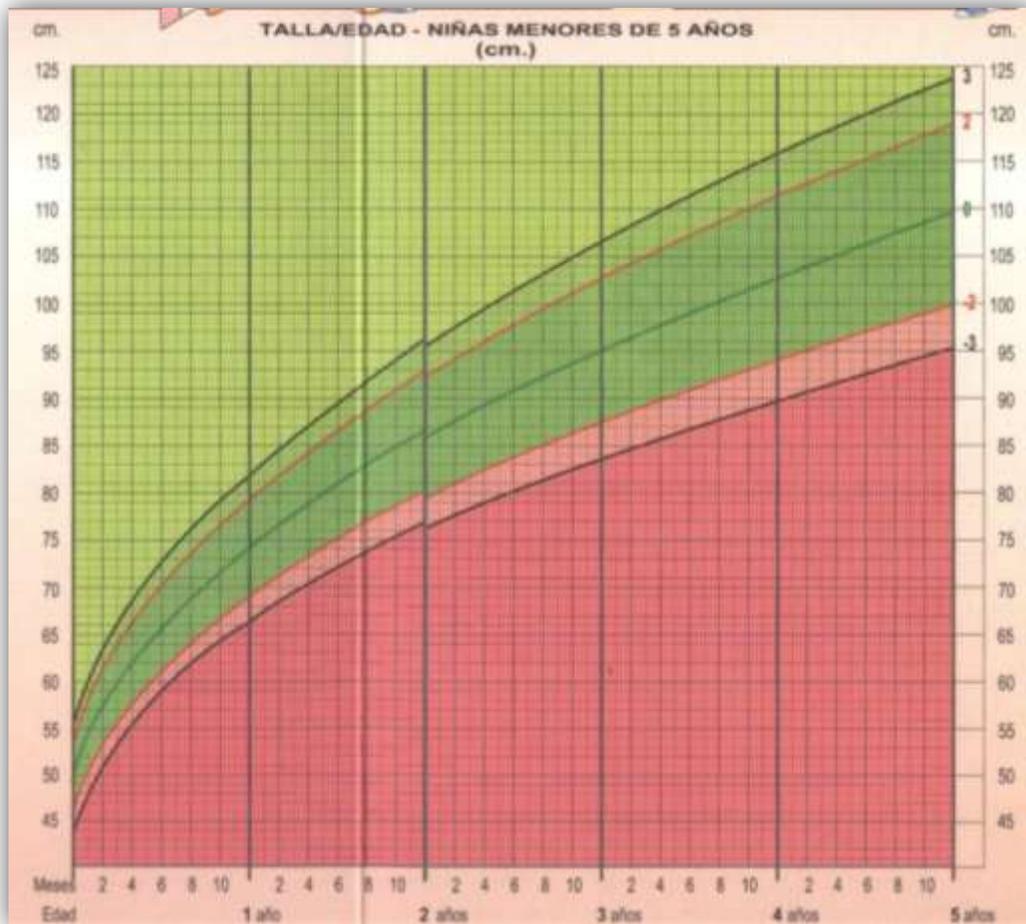
LONGITUD/TALLA PARA LA EDAD- NIÑOS



Fuente: Carnet de Salud del Niño

CURVAS DE CRECIMIENTO

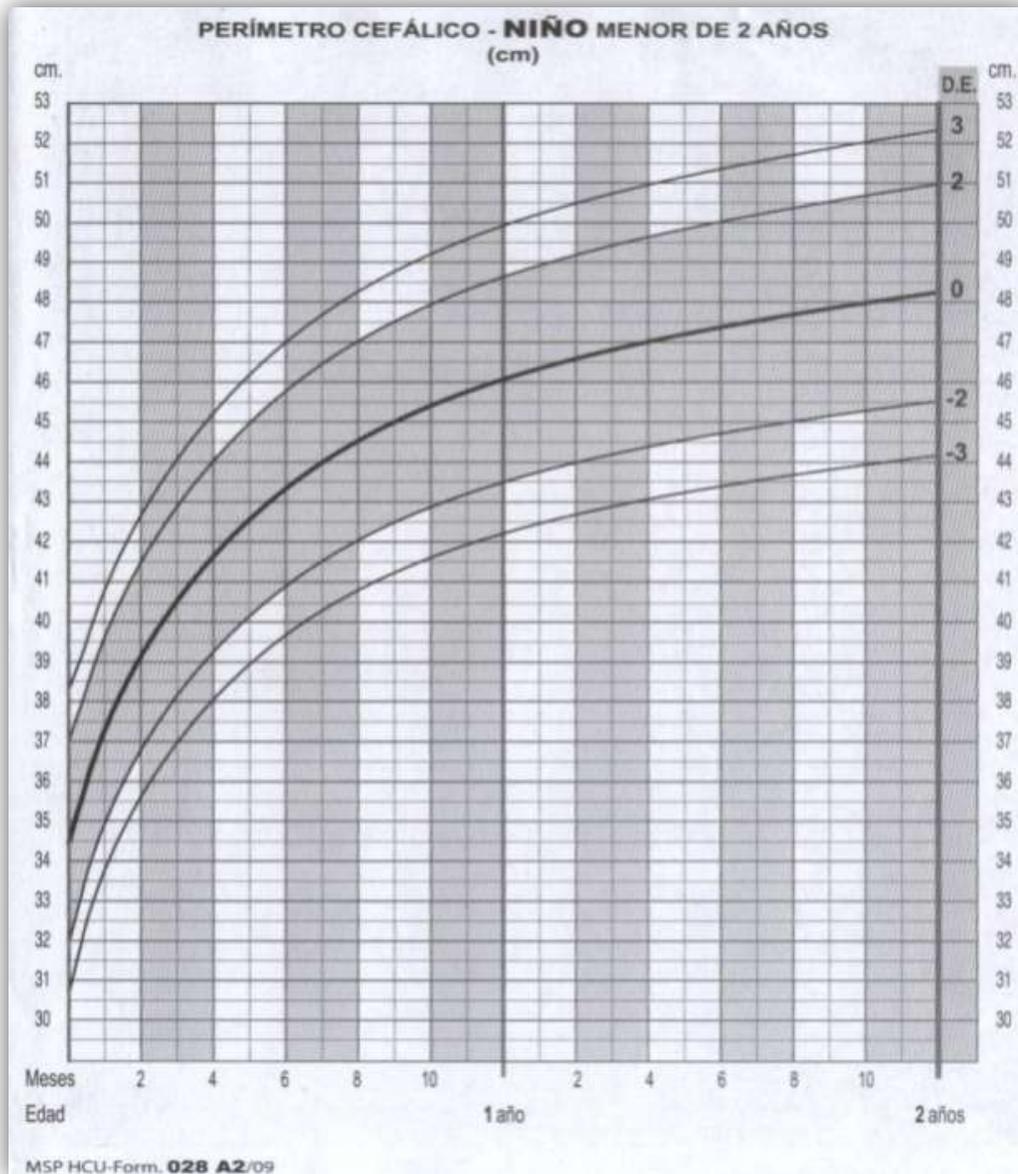
LONGITUD/TALLA PARA LA EDAD- NIÑAS



Fuente: Carnet de Salud de la Niña

CURVAS DE CRECIMIENTO

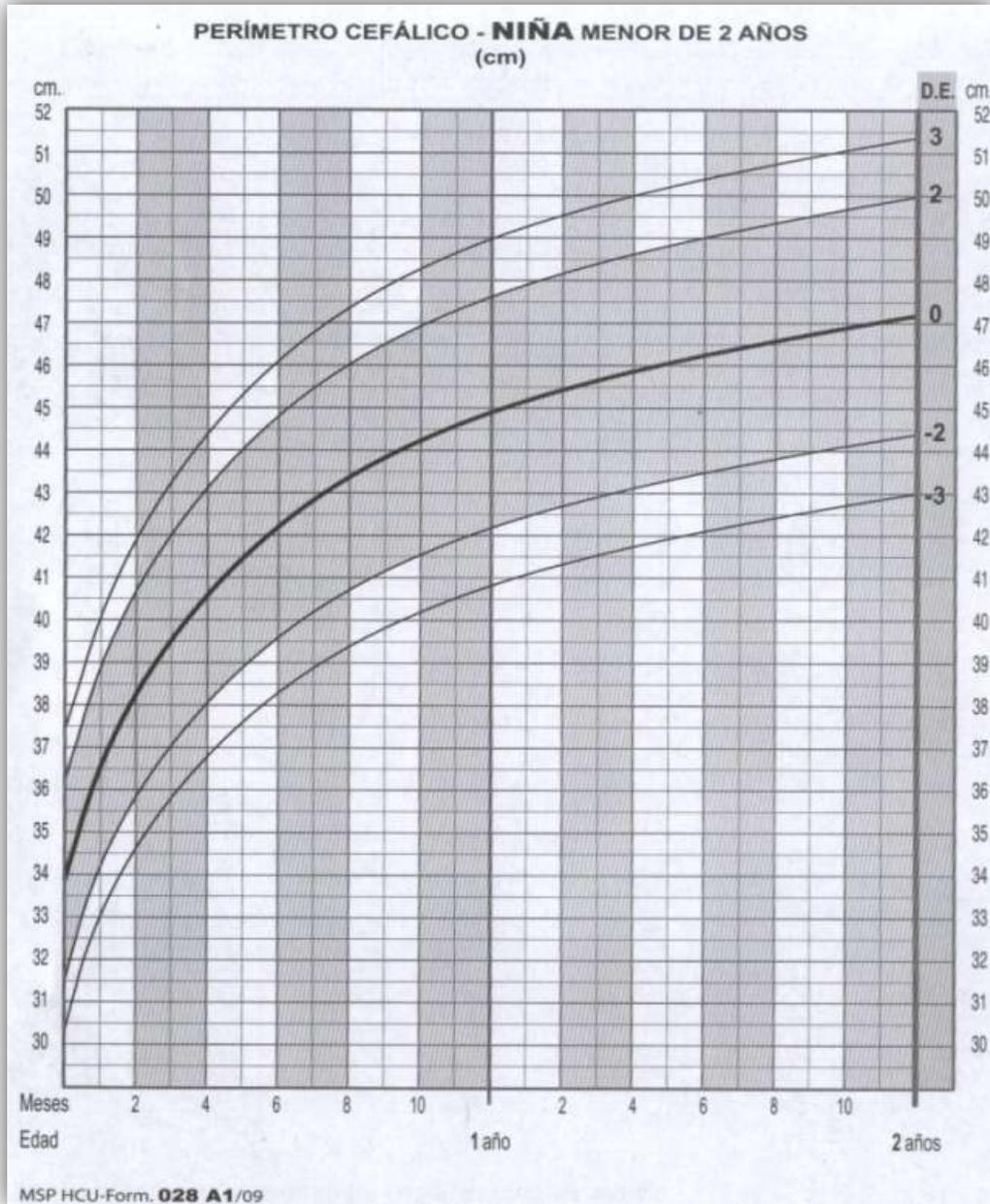
PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD – NIÑOS



Fuente: Curvas de Crecimiento de la OPS/OMS.

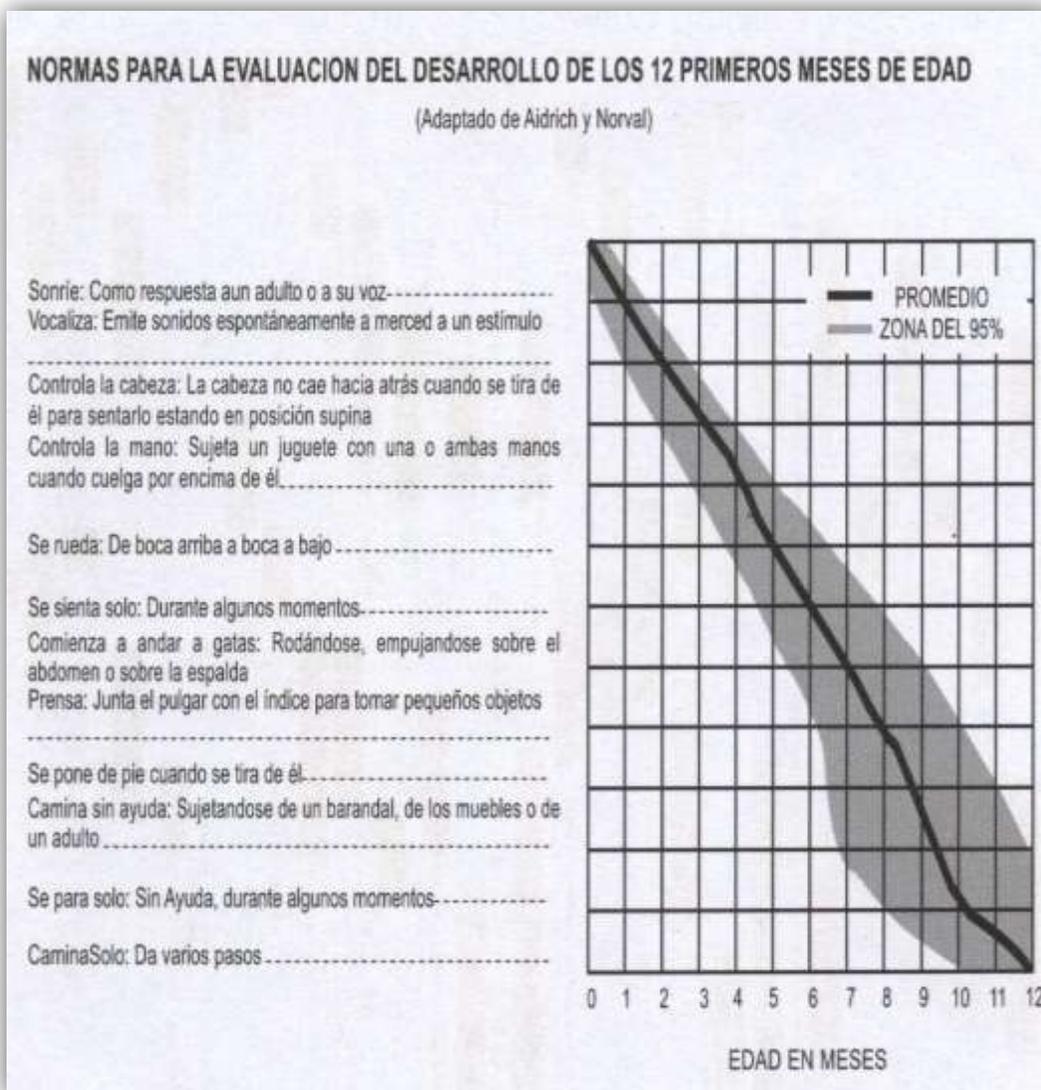
CURVAS DE CRECIMIENTO

PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD – NIÑAS

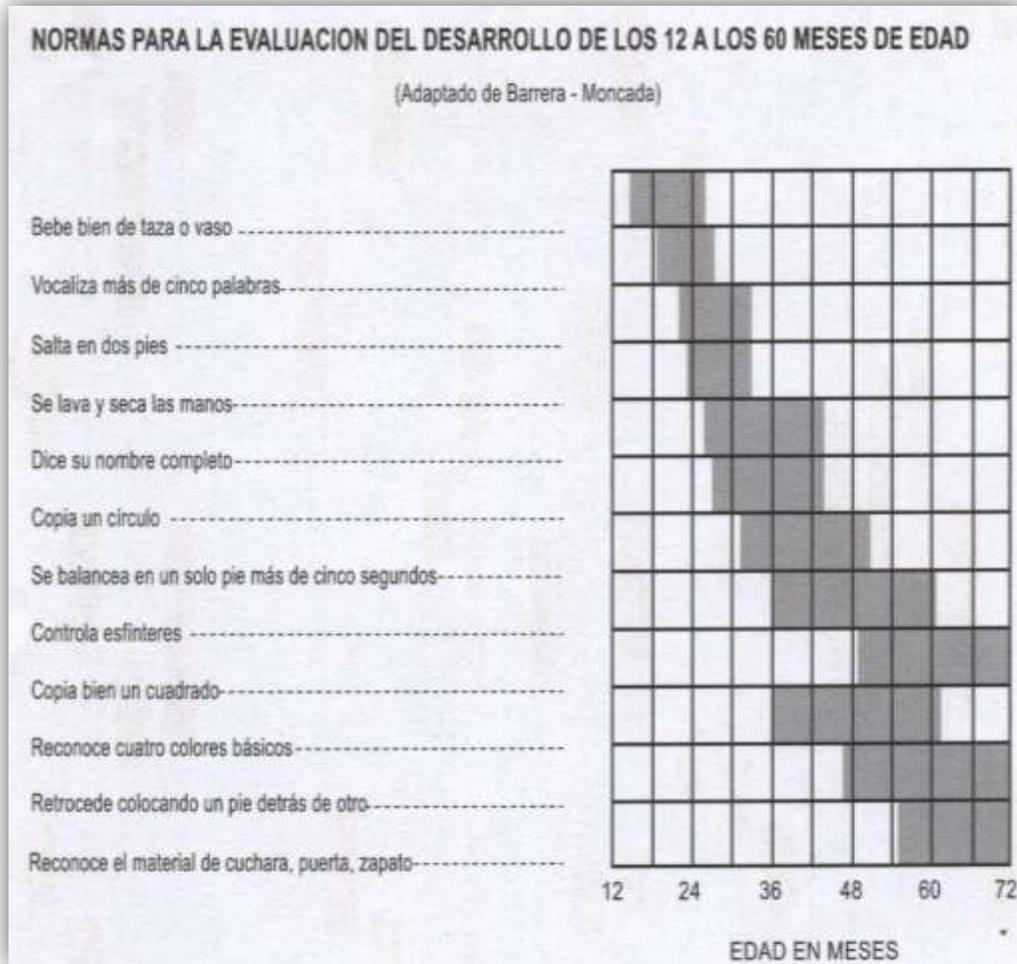


Fuente: Curvas de Crecimiento de la OPS/OMS.

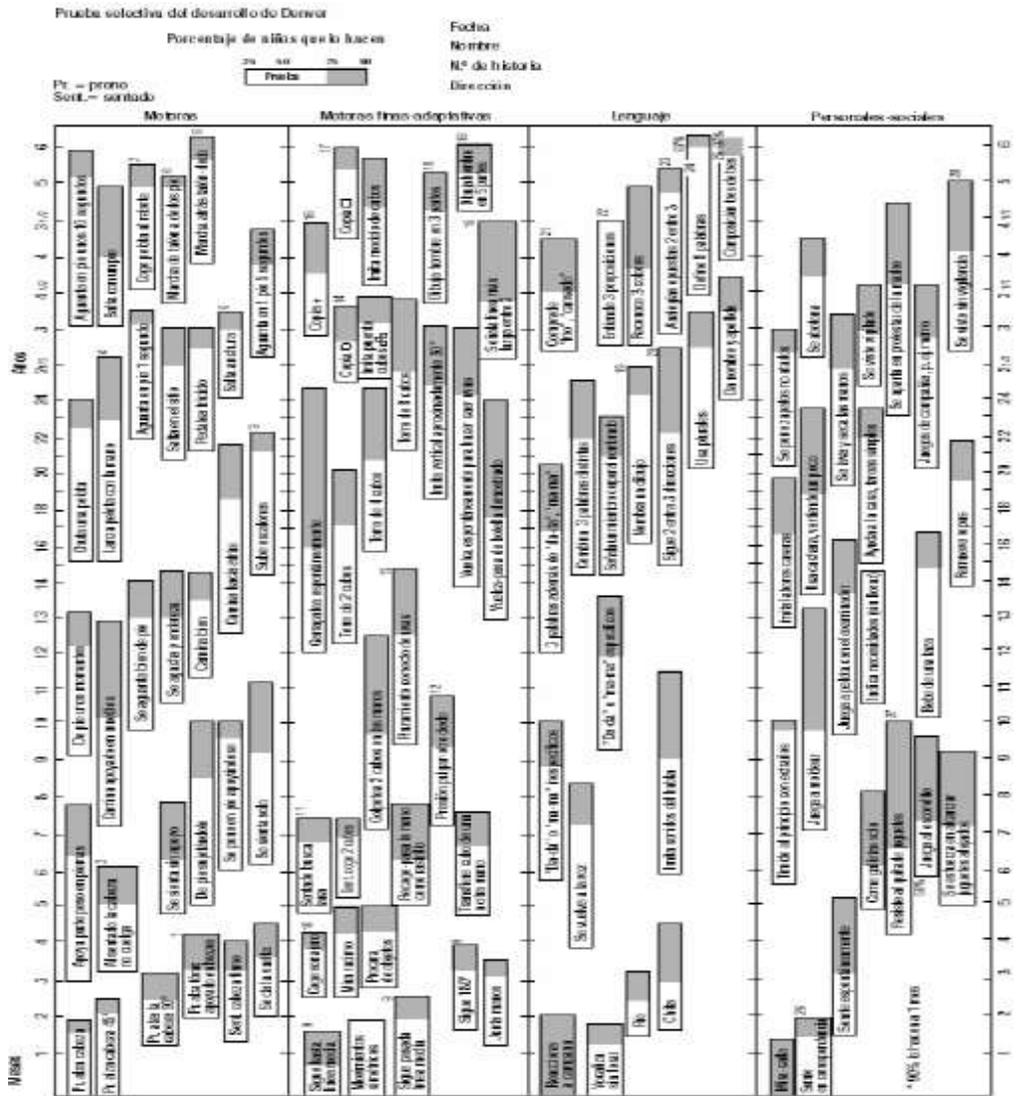
TEST DE ALDRICH Y NORVAL



ADAPTADO DE BARRERA MONCADA



TEST DE DENVER



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
SEMINARIO DE GRADUACIÓN
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 N.	Edad	Ficha
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:		

SUBCENTRO DE SALUD DE SAN MIGUELITO





